



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros: uma *scoping review*

Sara Maria de Jesus Mota

Julho de 2025



Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros: uma *scoping review*

Sara Maria de Jesus Mota

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 1º Edição

Orientação: Professor Doutor Olivério Ribeiro

Julho de 2025

“Só se nos detivermos a pensar nas pequenas coisas chegaremos a compreender as
grandes.”
(José Saramago)

Agradecimentos

A concretização deste percurso académico, culminando na presente dissertação de mestrado, só foi possível graças ao apoio, incentivo e compreensão de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este objetivo se tornasse realidade.

À minha filha, minha querida Luana Matilde, o meu mais profundo e sentido agradecimento. Com apenas 6 anos, demonstraste uma maturidade que me emocionou em cada gesto de compreensão perante as minhas ausências e os momentos em que tive de me dedicar aos desafios académicos. Apesar da distância física em alguns dias, procurei sempre que nunca sentisses a minha ausência em plenitude, tentando compensar com todo o amor e presença nos momentos partilhados. És, sem dúvida, a minha maior inspiração. Que este percurso te sirva de exemplo: que compreendas que, mesmo perante as dificuldades, devemos persistir, acreditar em nós próprios e lutar pelos nossos sonhos e objetivos de vida, com coragem e determinação. A ti, a minha eterna gratidão, pois nos dias mais sombrios foste e continuas a ser a luz serena que ilumina o meu caminho e me inspira a seguir em frente.

Ao meu marido, meu pilar, obrigada por todo o apoio, paciência e amor incondicional. A tua presença constante foi essencial para manter o equilíbrio entre os desafios profissionais, académicos e familiares.

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, o meu sincero agradecimento pela orientação generosa, disponibilidade e contributos que enriqueceram este trabalho.

À Dra. Fátima Jorge, do Centro de Documentação da Escola Superior de Saúde de Viseu, agradeço o apoio na revisão e aperfeiçoamento da estratégia de pesquisa desta Scoping Review.

A todos os que torceram por mim, celebraram cada conquista ou simplesmente estiveram presentes com uma palavra amiga – Obrigada.

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

Resumo

Enquadramento: Este relatório espelha um percurso formativo cuja finalidade *major* foi a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica. Desenvolveu-se igualmente a capacidade de investigação, competência fundamental no contexto da prática baseada na evidência. A sua expressão máxima concretizou-se na realização de uma *scoping review* subordinada ao tema “Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros”, uma temática de elevada relevância para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Objetivos: Relatar o trajeto formativo nos diferentes contextos de estágio e refletir criticamente sobre as atividades realizadas durante os estágios; mapear a evidência científica disponível sobre os fatores relacionados com a omissão de cuidados; analisar os cuidados de enfermagem mais omissos pelos enfermeiros; verificar a influência do processo de tomada de decisão dos enfermeiros na omissão de cuidados; perceber se existem diferentes perceções sobre cuidados omissos pelos enfermeiros generalistas *versus* enfermeiros especialistas; analisar o impacto da omissão de cuidados na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Metodologia: Recorreu-se a uma metodologia descritiva e reflexiva do percurso formativo nos diferentes contextos de estágio. E foi desenvolvida uma *Scoping Review*, seguindo as orientações estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute*. A seleção dos artigos foi orientada pelo modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*. Foram incluídos 13 artigos científicos.

Resultados: A omissão de cuidados de enfermagem revela-se um fenómeno multifatorial, sendo atribuída principalmente à escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho, carência de materiais, falhas de comunicação e ausência de formação contínua. Entre os cuidados mais frequentemente negligenciados destacam-se a mobilização, higiene oral, documentação, educação ao doente e apoio emocional. Estes dados sublinham a urgência de reforçar os recursos humanos e materiais, melhorar os ambientes de trabalho e investir na qualificação profissional, de forma a garantir cuidados seguros e de qualidade.

Conclusão: As evidências apontadas por diversos autores revelam a multiplicidade de causas associadas à omissão de cuidados de enfermagem, refletindo a complexidade do fenómeno. Este cenário reforça a necessidade de estratégias sistémicas, integradas e sustentadas, que visem a prevenção da omissão e a promoção de cuidados seguros, completos e centrados no doente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Omissos; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Segurança do Doente; Ambiente Hospitalar; *Scoping Review*.

Abstract

Background: This report reflects a training journey whose primary purpose was the acquisition of both common and specific competencies of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the field of the Person in Critical Condition. Research skills were also developed throughout this process, as a fundamental component of evidence-based practice. The pinnacle of this dimension was the completion of a scoping review on the topic “Missed Nursing Care – Nurses’ Perceptions”, a subject of high relevance to the quality and safety of care provided.

Objectives: To report on the training path across the various clinical placement settings and to critically reflect on the activities undertaken during the internships; to map the available scientific evidence on factors related to missed nursing care; to analyze the most frequently omitted nursing interventions; to assess the influence of nurses’ decision-making processes on care omission; to identify potential differences in perceptions of missed care between generalist and specialist nurses; and to evaluate the impact of missed care on the quality of nursing care.

Methodology: A descriptive and reflective methodology was used to analyze the formative journey across various clinical training contexts. In addition, a Scoping Review was conducted, following the guidelines established by the Joanna Briggs Institute. Article selection followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A total of 13 scientific articles were included.

Results: Missed nursing care is identified as a multifactorial phenomenon, mainly attributed to staff shortages, excessive workload, lack of materials, communication failures, and insufficient continuous training. The most frequently omitted interventions include patient mobilization, oral hygiene, documentation, patient education, and emotional support. These findings highlight the urgent need to strengthen human and material resources, improve working conditions, and invest in professional development to ensure safe and high-quality care.

Conclusion: The evidence presented by various authors demonstrates the complexity of missed nursing care and the multiplicity of contributing factors. This highlights the need for systemic, integrated, and sustained strategies aimed at preventing care omissions and promoting safe, complete, and patient-centered care.

Keywords: Missed Nursing Care; Medical-Surgical Nursing; Patient Safety; Hospital Environment; Scoping Review.

Sumário

	Pág.
Lista de quadros	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução Geral	21
Parte I – Relatório da Componente Clínica	25
1. Caracterização dos contextos de estágio	27
1.1. Serviço de Urgência.....	27
1.2. Cuidados Intensivos.....	31
2. Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica	37
2.1. Enfermagem de Urgência	37
2.2. Enfermagem de Cuidados Intensivos.....	49
Parte II – Relatório Final da Componente Investigação	60
Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros	60
1. Justificação do estudo	62
2. Metodologia	67
2.1. Tipo de estudo	67
2.2. Critérios de elegibilidade e questão de revisão	67
2.3. Objetivos.....	68
2.4. Tipos de fontes de evidência.....	68

2.5. Estratégia de pesquisa.....	69
2.6. Seleção de Estudos	71
4. Resultados	73
Quadro 3. Resumo dos 13 estudos incluídos na ScR	73
Principais cuidados omitidos	76
Razões mais prevalentes para omissão.....	77
Correlações estatísticas.....	78
5. Discussão dos resultados.....	88
Conclusão	94
Referências bibliográficas	96

Lista de quadros

		Pág.
Quadro 1	Matriz PCC	70
Quadro 2	Estratégia de pesquisa por base de dados	72
Quadro 3	Resumo dos 13 estudos incluídos na ScR	75
Quadro 4	Causas da omissão de cuidados de enfermagem	88
Quadro 5	Cuidados de enfermagem mais frequentemente omissos	87

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	PRISMA-ScR	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

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

CGECI – Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos

CMEMC-EPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRT – dispositivo de ressincronização cardíaca

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro/a Especialista

EMC-EPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de proteção Individual

ESC - European Society of Cardiology

ESCID – E - Escala de Coma de Glasgow, S – Sedação, C – Confusão, I – Intoxicação, D - Delirium

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

FC – Frequência Cardíaca

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – I - Identificação, S - Situação, B - Background, A - Avaliação, R - Recomendação

MHI - Monitorização Hemodinâmica Invasiva

NP – Nutrição parentérica

OE – Ordem dos enfermeiros

p. – página

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cardio – Respiratória

PEG – Sonda de Gastrostomia

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV – Suporte Avançado de Vida

ScR - *Scoping Review*

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNG – Sonda Nasogástrica

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico- Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar

TOT - Tubo Orotraqueal

TQT - Traqueostomia

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

VM - Ventilação Mecânica

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VVT – Via Verde de Trauma

Introdução Geral

A Enfermagem tem seguido a progresso da sociedade, tendo a própria disciplina progredido nos diversos níveis de formação académica e no exercício profissional, constatando-se o valor do enfermeiro em relação à qualidade e à eficácia dos cuidados de saúde que presta (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2015), fundamentando a sua prática na evidência científica mais atual. A prática baseada em evidência tem-se consolidado como um dos pilares fundamentais da Enfermagem contemporânea, desempenhando um papel crucial na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na segurança dos doentes. Como tal, os enfermeiros procuram integrar a melhor evidência científica disponível com a sua experiência clínica e as preferências das pessoas cuidadas. Este modelo de prática ajuda a otimizar os resultados clínicos e garante que as decisões de cuidado sejam baseadas em dados concretos e atualizados, refletindo as mais recentes descobertas científicas e as melhores práticas de cuidados (Polit & Beck, 2017; Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, tem como objetivo promover o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação, para atuar na prestação de cuidados na área clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC) (Escola Superior de Saúde de Viseu, ESSV, 2024). Neste pressuposto, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMC-EPSC) - 1º Edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, foi estruturado com o intuito de consolidar e desenvolver um nível especializado de várias competências nos estudantes, sendo estas: pessoais e ético-deontológicas,

Este relatório assoma no contexto da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na ESSV, inserido na Opção 8 - Estágio de Natureza Profissional em Cuidados intensivos e Urgência, cujo término é assinalado pela elaboração e apresentação pública deste documento. O estágio, com duração de 20 semanas (equivalente a 360 horas), foi realizado no Serviço de Urgência (SU) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar localizado numa Unidade Local de Saúde na região norte de Portugal.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021), a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e a conclusão do grau de Mestre pressupõem a realização de um estágio em ambiente de prática clínica, acompanhado da elaboração de um relatório reflexivo. Este processo tem como finalidade a articulação entre o conhecimento teórico e a prática profissional, promovendo o desenvolvimento de competências através da experiência concreta. O relatório de estágio assume, assim, um papel crucial na avaliação do percurso formativo, ao refletir de forma crítica e fundamentada as atividades realizadas e as competências adquiridas (OE, 2021).

Ao Enfermeiro Especialista (EE) é exigido um desempenho criterioso, com capacidade de análise e sistematização, sustentado na recolha e interpretação constante de dados que sustentem intervenções adequadas às necessidades PSC e da sua rede de apoio. Este profissional deve demonstrar autonomia e capacidade de decisão fundamentada, aliando conhecimento técnico-científico e competências relacionais (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Neste contexto, a PSC é definida como aquela cuja sobrevivência se encontra em risco devido à falência, ou ameaça iminente de falência, de uma ou mais funções vitais, requerendo recursos avançados de monitorização e suporte (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Os cuidados prestados à PSC e à sua família/cuidador são altamente especializados, contínuos e ajustados à complexidade da situação clínica. Estes cuidados visam assegurar a estabilidade das funções vitais, prevenir deteriorações e reduzir incapacidades, sendo particularmente relevantes em cenários críticos, emergentes ou de catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Estes cuidados visam a manutenção das funções vitais, a prevenção de agravamentos e a minimização de incapacidades, constituindo-se como um contributo essencial para a recuperação da pessoa em contextos emergentes, excecionais ou de catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Durante o processo de aquisição das competências específicas e comuns da área, diversas problemáticas emergem como relevantes para os cuidados à PSC e respetiva família/cuidador. Estas temáticas revelam-se propícias à investigação, sendo fundamentais para a evolução e inovação da prática de enfermagem. Por conseguinte, emergiu o tema “Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros”, como objeto de estudo de uma *scoping review* (ScR) que se justifica pela crescente relevância que esta problemática assume no contexto da prática clínica contemporânea. A omissão de cuidados constitui um fenómeno multifacetado e complexo, cuja ocorrência tem implicações diretas na qualidade e segurança dos cuidados prestados,

no bem-estar dos profissionais e nos resultados em saúde dos utentes (Sarpong et al., 2023).

A literatura evidencia que a omissão de cuidados pode decorrer de múltiplos fatores, nomeadamente a escassez de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho, a priorização inadequada de tarefas, bem como questões organizacionais e estruturais e de gestão (Pefoyo et al., 2015; Smith et al., 2018, 2022). Estes fatores, frequentemente interligados, condicionam negativamente a capacidade dos enfermeiros para prestar cuidados contínuos, holísticos e centrados na pessoa. A perceção dos profissionais de enfermagem sobre este fenómeno assume, assim, particular importância, dado que são estes os intervenientes diretos na prestação dos cuidados e os primeiros a reconhecer as barreiras e fragilidades do sistema (Sarpong et al., 2023).

A realização de uma *scoping review* sobre esta temática permite mapear de forma abrangente a evidência científica disponível, identificar lacunas no conhecimento e contribuir para o desenvolvimento de estratégias interventivas e políticas de saúde que promovam ambientes clínicos mais seguros e resilientes. Esta escolha é, portanto, coerente com os princípios da prática baseada na evidência, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da valorização da voz do enfermeiro enquanto agente fundamental na promoção da excelência assistencial. Por conseguinte, delineou-se como objetivo geral mapear a evidência científica da perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto hospitalar.

Em termos estruturais, este documento está estruturado em duas seções. A primeira seção apresenta o Relatório da Componente Clínica, no qual é realizada uma descrição dos locais de estágio, seguida de uma análise crítica e reflexiva sobre as competências gerais e específicas do EE e do EEEMC-EPSC. A segunda seção contém o Relatório Final da Componente de Investigação, subordinado ao tema “Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros”.

Parte I – Relatório da Componente Clínica

1. Caracterização dos contextos de estágio

A realização de estágios constitui uma etapa fundamental na formação avançada em Enfermagem, proporcionando experiências práticas que visam consolidar competências essenciais ao exercício profissional, nomeadamente na prestação de cuidados à PSC e respetiva família. Esta componente formativa permite a integração dos saberes teóricos na prática clínica, promovendo a construção da identidade profissional, o aperfeiçoamento técnico-científico e a prestação de cuidados qualificados e centrados na pessoa.

No âmbito do plano curricular deste mestrado, destaca-se a unidade curricular do Relatório Final de Estágio Profissional. Esta unidade contempla tanto a dimensão prática como a vertente investigativa, sendo o estágio organizado de modo a proporcionar contacto direto com diferentes contextos clínicos. Em conformidade com os objetivos definidos, o estágio abrange três áreas distintas de cuidados, das quais duas são obrigatórias: o SU e o SMI. A descrição e análise reflexiva destes contextos serão apresentadas de seguida, com enfoque crítico sobre a experiência vivenciada.

1.1. Serviço de Urgência

A ULS, onde decorreu o estágio, tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, com qualidade e eficiência elevados e na colaboração na promoção da saúde, no ensino, na investigação e no desenvolvimento científico e tecnológico, procurando assegurar a cada doente os cuidados que correspondam à sua necessidade (SNS, 2020). Os seus objetivos reúnem-se na atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade, bem como a prestação de cuidados de saúde com qualidade, eficácia e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (SNS, 2020).

A Rede de Serviço de Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico

(SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014).

O SU, classificado como um SUP, que faculta cuidados diferenciados aos utentes urgentes e emergentes de um modo atempado e adequado, apresenta-se funcional 24 horas por dia, sete dias por semana. Possui uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, seguranças e administrativos, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde personalizados com qualidade, eficiência e em tempo útil ao utente com necessidades médicas urgentes, de modo a promover a qualidade e exigência dos mesmos.

O Centro Hospitalar integra um SUP que constitui o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência (Despacho normativo nº 10319/2014, 2024). Oferece resposta de proximidade à população da sua área e, para além dos recursos referentes ao SUMC, o SUP dá resposta específica nas seguintes valências: Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e RMN; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia; Pneumologia (com endoscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vasculuar; Medicina Intensiva (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014). A Equipa de Enfermagem no SUP apresenta o seguinte rácio: Nº de Enfermeiros Urgência = 108 elementos; Nº de Enfermeiros Especialistas = 41 elementos.

Para além destas valências, o SUP tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte (Despacho normativo nº 10319/2014, 2024). O SUP desenvolve também ensino em matérias de urgência/emergência e possui um centro de formação acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em conformidade com o disposto no Decreto-Lei nº 34/2012, de 14 de fevereiro (Despacho normativo nº 10319/2014, 2014).

Este serviço encontra-se dividido em diversas áreas, sendo elas:

- _ Área de admissão e registo;
- _ Área de triagem de prioridades, onde o enfermeiro, de acordo com a Triagem de Manchester, identifica critérios de gravidade e classifica a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido. É atribuído ao utente uma pulseira azul, verde, amarela, laranja ou vermelha consoante a gravidade clínica, ou

ainda uma pulseira branca em casos de atividade programada ou quando a situação não é aguda ou urgente;

- _ Área de espera dos utentes já triados;
- _ Área dos amarelos 1, que recebe utentes triados com a pulseira amarela (urgente) e que estejam em pé ou em cadeira de rodas;
- _ Área dos amarelos 2, onde estão doentes com pulseira verde ou amarela, mas que se apresentem em maca;
- _ Área dos verdes, que recebe utentes triados com a pulseira verde (pouco urgente) ou com pulseira azul (não urgente) e utentes de ortopedia;
- _ Área Médica, que funciona como o apoio a diversas especialidades médicas como cardiologia, medicina, neurologia, pneumologia, entre outros;
- _ Cirurgia e pequena cirurgia;
- _ Sala de Observação (SO), que consiste num internamento de curta duração onde os doentes se encontram em observação da evolução clínica;
- _ Unidade de Decisão Clínica (UDC), onde estão os utentes que necessitam de monitorização constante;
- _ Sala de Emergência, que recebe doentes que necessitam de cuidados emergentes como em paragem cardiorrespiratória, doentes politraumatizados, Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via verde Coronária e doentes hemodinamicamente instáveis.

A ULS integra o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, desde as 00 horas do dia 24 de outubro de 2024. Esta iniciativa, lançada em maio de 2023 pela Direção Executiva do SNS, pretende otimizar a orientação dos utentes com doença aguda de menor gravidade, garantindo o seu encaminhamento para o serviço mais adequado em tempo útil e com a melhor qualidade de cuidados. O projeto piloto foi implementado nos concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde em maio de 2023 e tem vindo a ser alargado a várias ULS. O projeto promove o uso prioritário da linha SNS 24 (808 24 24 24) como ponto de entrada no SNS para situações não emergentes. Com esta medida, pretende-se melhorar a organização dos serviços e aumentar a satisfação dos utentes e profissionais, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis.

Após o contacto com a linha SNS 24, um enfermeiro avaliará a situação clínica do utente, podendo encaminhá-lo para autocuidados, para os cuidados de saúde primários ou, em casos mais graves, para o hospital, acionando o INEM se necessário.

Se for indicada observação pelo médico dos cuidados de saúde primários, o SNS 24 agenda uma consulta na respetiva unidade, no prazo máximo de 24 horas, evitando deslocações desnecessárias. Nos casos em que os centros de saúde não disponham de vagas suficientes, o doente será encaminhado para o hospital. Também nos termos da legislação encontra-se assegurado o atendimento em instituição privada com a qual foi celebrado protocolo, desde que ultrapassada a capacidade de resposta do SNS. Está disponível um telefone, quer na urgência geral quer na urgência pediátrica, para os utentes que se desloquem ao serviço de urgência por iniciativa própria, para que possam efetuar contacto prévio com a linha SNS 24. A comunidade será orientada a utilizar o SNS 24 como primeiro ponto de contacto com o SNS para triagem e encaminhamento adequados, para que seja dada a melhor resposta às necessidades de saúde de cada pessoa em concreto.

1 - Chegado ao SUP é perguntado ao doente se fez previamente o contacto com a linha SNS 24. Em caso de resposta afirmativa, e de ter sido a linha SNS 24 a aconselhar o doente a dirigir-se ao SU, o doente é inscrito e triado normalmente, permanecendo no SUP e sendo aqui atendido independentemente da cor atribuída.

2 - Em caso de resposta negativa (deslocou-se ao SU sem antes ligar SNS 24), será convidado a fazer a chamada num telefone próprio e devidamente identificado que será colocado junto à admissão de doentes. Posteriormente, e no seguimento desta chamada, será encaminhado para o local adequado (autocuidado/ Centro de Saúde/ CSSM) ou informado que deve permanecer no SUP, sendo neste caso triado normalmente e atendido aqui independentemente da prioridade atribuída.

3 - Caso um doente chegue à triagem sem ter feito o contacto prévio com a linha SNS 24, é triado normalmente. Se a cor atribuída for Verde ou Azul, é-lhe dada a folha da triagem e encaminhado para o assistente técnico na admissão de doentes que fará uma marcação para esse dia ou dia seguinte numa outra Instituição de Saúde de referência. Para este último caso, será criada no ALERT© uma sala para onde estes doentes devem ser desviados, de modo a que não sejam chamados pelos médicos de serviço, mas antes pelos assistentes técnicos para marcação de atendimento noutra Instituição. Neste terceiro caso, o doente é triado de Verde ou Azul, procede-se como atrás descrito, exceto os doentes triados pelos seguintes fluxogramas, que serão atendidos neste SUP independentemente da cor de triagem:

- _ Agressão;
- _ Doenças sexualmente transmissíveis;
- _ Embriaguez aparente;

- _ Exposição a químicos;
- _ Feridas;
- _ Gravidez;
- _ Hemorragia gastrointestinal;
- _ Hemorragia Vaginal;
- _ Infecções locais e abscessos;
- _ Problemas oftalmológicos;
- _ Queda;
- _ Queimaduras profundas e superficiais;
- _ Sobredosagem e envenenamento;
- _ Traumatismo cranioencefálico;
- _ Convulsões;
- _ Corpo estranho.

Doentes com antecedentes de: doença oncológica ativa; doença cursando com imunossupressão; doença renal crónica; doença arterial periférica.

Acrescenta-se a estas exceções: doentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios; vítimas de trauma recente - menos de 48h; situações cardiovasculares agudas, tais como dor torácica e síncope; défices neurológicos (hemiparesias, paraparesias, monoparesias) de instalação progressiva subaguda, em mais de 24 horas, mas menos de 30 dias; situações agudas, do foro psiquiátrico (incluindo situações de risco de suicídio), obstétricas ou outras, desde que necessitem de tratamento urgente e inadiável; idade maior ou igual a 70 anos; utentes acompanhados por forças de segurança; utentes com indicação de perícia médico-legal.

1.2. Cuidados Intensivos

Os termos “cuidados intensivos” e “Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)” são frequentemente utilizados de forma intercambiável para descrever um local de prestação de cuidados. No entanto, um refere-se à função desempenhada por uma equipa especializada de profissionais de saúde dedicada ao apoio e cuidado da PSC, durante uma emergência médica ou crise; o outro designa o espaço físico onde esses cuidados especializados são prestados. Enquanto local de cuidados intensivos, é a presença de tecnologia avançada que o distingue de outras áreas hospitalares (Christensen et al., 2023). O conceito de “cuidados intensivos” costuma evocar a imagem de um local hospitalar específico onde se cuidam doentes em estado grave ou

crítico. Em muitos aspetos, o termo “cuidados críticos” pode parecer não possuir diferentes significados ou parecer vago, o que se poderá dever à linguagem comum utilizada para descrever este conceito. No entanto, o termo “cuidados intensivos” ou “cuidados críticos” apresenta diversas designações e, eventualmente, significados distintos que procuram transmitir a essência da prática, como, por exemplo: unidade de cuidados críticos, UCI ou SMI (Christensen et al., 2023).

A UCIP, onde decorreu o estágio, caracteriza-se por ser uma unidade de internamento autónoma, destinada à vigilância e tratamento de utentes em situação crítica do foro médico-cirúrgico resultante de patologias potencialmente reversíveis, utilizando, para tal, meios humanos especializados/treinados e meios técnicos complexos. Localiza-se no terceiro piso da instituição e encontra-se inserida na Rede de Referenciação Hospitalar de Cuidados Intensivos da Zona Centro.

Apesar das diversas situações e patologias que conduzem os utentes à UCI, sobretudo disfunções ou falências multiorgânicas, o motivo transversal de admissão é a falência ou insuficiência respiratória, que determina, na maioria das situações, a necessidade de suporte ventilatório, com recurso a ventilação artificial invasiva. Maioritariamente são provenientes do BO e do SU embora também sejam admitidos doentes dos restantes serviços (Pneumologia, Medicina, Neurocirurgia, Cirurgia). A decisão de internamento cabe sempre ao médico intensivista que após avaliação prévia da situação clínica comunica à restante equipa a possibilidade de admissão, de modo a existir uma preparação prévia do espaço físico e adequação da dotação de pessoal.

A UCIP insere-se na Rede de Referenciação Hospitalar de Cuidados Intensivos da Região Centro, a sua área de influência abrange toda a região Interior Centro do país. É uma unidade funcional autónoma, com regulamento próprio, cujo objetivo é a vigilância e o tratamento de pessoas em situação crítica e/ou falência multiorgânica. Admite doentes de nível 2 e 3. Os cuidados de nível 2 estão indicados para doentes que requerem vigilância, monitorização ou intervenção específica por falência de um único órgão ou sistema, não requerendo ventilação mecânica (Paiva et al 2016). Incluem-se aqui doentes com patologia do foro médico ou cirúrgico (pós-operatório). Os cuidados de nível 3 estão indicados para doentes que apresentem disfunção de dois ou mais órgãos vitais, potencialmente ameaçadores de vida, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al, 2016). Neste nível incluem-se todos os doentes que necessitam de suporte por falência multiorgânica.

O serviço encontra-se dividido em duas unidades, UCIP1 e UCIP2, sendo que no início do estágio a UCIP1 se encontrava desativada, tendo sido ativada, em janeiro, pelo

plano de contingência da ULS Viseu Dão-Lafões. O estágio desenvolveu-se apenas na UCIP 2, localizada no 3º piso, que partilha o piso com outras valências como o Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia.

No que concerne aos recursos humanos, é constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte uma equipa médica, de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde 24 horas por dia, distribuídos por turnos rotativos. Além desses recursos, conta ainda com a colaboração de outros profissionais, como fisiatras, fisioterapeutas, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico bem como o capelão. A equipa de enfermagem é constituída por 41 enfermeiros, sendo 22 EEE, dos quais 16 detêm a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontram-se divididos em 5 equipas de enfermagem, cada um com um responsável de equipa, detentor de especialidade em enfermagem, um elemento EEE de apoio exclusivo à gestão e um enfermeiro gestor.

A UCIP 2 é um serviço relativamente recente, criado em virtude da necessidade do aumento de camas para doentes críticos devido à pandemia COVID 19. Dispõe de capacidade de internamento de 12 camas. É composto por uma sala com capacidade para 3 doentes, duas salas com capacidade para dois doentes e cinco quartos de isolamento com possibilidade de pressão negativa. Possui múltiplos materiais, equipamentos e dispositivos, de um modo geral cada unidade de internamento é composta por cama articulada, ventilador, monitor cardíaco, rampas de oxigénio, ar e vácuo, bombas infusoras, seringas infusoras, bomba de nutrição entérica e uma área com material individualizado como sondas de aspiração, material para higiene oral, soluções alcoólicas com e sem cloro-hexidina 2% para antisepsia cutânea, elétrodos, creme hidratante, entre outros (em quantidade mínima). Cada unidade do doente tem anexa um computador para registos de enfermagem, com acesso a vários sistemas de informação, com destaque para o B-Simple.

No cerne do serviço existe uma consola central, com múltiplos computadores, sistema de videovigilância, armários para arrumação de material e fármacos, bem como o carro de emergência, com desfibrilhador. O SMI dispõe de técnicas intermitentes de suporte renal (hemodiálise) e possibilidade de iniciar suporte mediante técnica de suporte renal contínua, bem como monitores de avaliação de índice bispectral (BIS), monitor de *Pulse Index Continuous Cardiac Output* (PICCO), *Cough Assist* e equipamento para Oxigenoterapia de Alto Fluxo.

Os doentes internados na UCIP 2 apresentam variadas patologias, sendo A maior parte dos internamentos do foro da cirúrgica geral, neurocirurgia e medicina

interna. A admissão dos doentes efetua-se através do SU, do BO e dos internamentos, sempre que se verifica agravamento do estado clínico, com intensificação do nível de cuidados. O alvo dos cuidados é a PSC e família, também unidade de cuidados, definidos como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitir manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Neste contexto, e entre as diversas teorias de Enfermagem, destaca-se a teoria das Transições de Meleis (2010) como um contributo fundamental para a compreensão do percurso da PSC e respetiva família. Esta teoria permite interpretar de forma estruturada as múltiplas etapas vivenciadas, desde a admissão no serviço de urgência, a hospitalização na UCIP, até à progressiva recuperação e reintegração nos diferentes níveis de cuidados. A condição crítica implica frequentemente alterações fisiológicas profundas, exigindo um processo de recuperação prolongado, no qual se torna essencial gerir emoções, reajustar expectativas e integrar novos conhecimentos e aprendizagens.

Estas vivências, que se desenrolam ao longo de um período de tempo delimitado, são conceptualizadas como transições, conforme definido por Meleis e Trangenstein (1994). O conceito de transição refere-se a aspetos centrais da experiência humana, abrange alterações no estado de saúde, nas relações interpessoais, nas expectativas e nas capacidades. Para estas autoras, os enfermeiros assumem um papel de acompanhamento e suporte às pessoas que vivenciam, antecipam ou concluem processos de transição. Tais processos exigem a aquisição de novos saberes, a modificação de comportamentos e a redefinição do “eu” no seu contexto social.

A transição é, assim, entendida como a passagem de uma etapa da vida, condição ou estado para outro, envolvendo o processo e os resultados decorrentes da interação complexa entre pessoa e ambiente, traduzindo-se em alterações no estado de saúde, nos papéis sociais e relacionais, nas expectativas e nas competências (Meleis & Trangenstein, 1994).

Neste âmbito, o EEEMC-PSC desempenha um papel essencial na facilitação da transição dos doentes em contexto de UCIP. Alinhando-se com o modelo teórico de Meleis (2010), este profissional assegura o apoio necessário à adaptação dos doentes e das suas famílias às novas realidades de saúde e aos contextos de cuidado. Tal intervenção contribui para a minimização do stresse associado à situação crítica, promove a continuidade dos cuidados e potencia a autonomia da PSC, assim como o

envolvimento ativo da família no processo de recuperação. O conhecimento clínico avançado e as competências comunicacionais do EEEMC-PSC são, por isso, determinantes para garantir uma transição segura, humanizada e eficaz.

2. Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à Pessoa em Situação Crítica

2.1. Enfermagem de Urgência

A minha integração no SUP iniciou com uma reunião com a Enfermeira Responsável de Turno e pela Formação em Serviço, Isabel Tavares, que fez uma breve apresentação do serviço, do seu modo de funcionamento, metodologia de trabalho e organização. Posteriormente fez-me uma visita guiada ao serviço mostrando-me as diferentes áreas de trabalho, recursos humanos e materiais existentes, o que permitiu uma melhor assimilação e identificação dos espaços, infraestruturas e equipamentos.

O contacto com o enfermeiro Tutor só ocorreu num segundo turno, tendo sido fundamental logo desde o início definir com este os objetivos de estágio e o percurso que pretendia realizar ao longo das várias semanas. Desta forma, a generalidade dos turnos foram desenvolvidos em Sala de Emergência (SE), uma vez que é aqui que é alocada a grande maioria das PSC.

A adaptação ao sistema informático Alert© foi inicialmente uma dificuldade, mas facilmente ultrapassada. Por forma a ultrapassar esta dificuldade, tentei sempre acompanhar os registos efetuados pelos profissionais e validei-os verbalmente com todas as informações que deveria integrar no registo de enfermagem, para dar continuidade aos cuidados.

Constatei que todas as salas de trabalho se encontram equipadas com o material indispensável à prestação de cuidados, sendo a sua reposição realizada durante o turno da manhã ou sempre que necessário pelos senhores enfermeiros em cada posto. Consultei os planos de emergência em situações de Catástrofe ou Emergência multivítima no SUG. Todavia, salvaguardo que, durante o estágio, não se verificou nenhuma situação para se pragmatizar os referidos planos. Verifiquei que os *kits* de catástrofe encontram-se guardados num armário da sala de emergência.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de estar dois turnos na Sala de Triagem com o meu orientador. Não posso dizer que atingi este objetivo, pois não

posso o curso de Triagem de Manchester. Foram turnos de observação na tentativa de compreender como era feita a triagem dos doentes consoante a queixa que apresentavam. Colaborei com o orientador na avaliação de sinais vitais, fiz alguns registos e ainda fiz a triagem de alguns doentes, mas sempre com a supervisão do orientador.

O posto de triagem é de grande responsabilidade e exige muita atenção, uma vez que o enfermeiro tem de interpretar e avaliar a informação que lhe é transmitida pelo doente e, muitas das vezes, tem de utilizar estratégias para conseguir perceber realmente o problema, recorrendo ao método interrogativo. Por vezes, encaixar as queixas dos doentes num fluxograma sem prejuízo para o mesmo não é fácil e este raciocínio impõe capacidade de juízo clínico e muita experiência, o que espero vir a alcançar com a experiência.

Considero, assim, que o conhecimento do SUP influenciou diretamente a minha aprendizagem e o meu desenvolvimento profissional, pois cada serviço de saúde, por exemplo, pode apresentar um foco distinto de atuação, diferentes práticas, protocolos e exigências. Caracterizar o ambiente de estágio permitiu-me compreender como as suas características impactaram a minha formação, especialmente em relação às competências adquiridas e às aprimoradas, num contexto de elevada complexidade dos cuidados prestados.

A SE tem capacidade para admitir quatro doentes. O enfermeiro responsável por este setor, para além do atendimento ao doente em situação emergente, tem também ao seu cuidado a verificação de todo o equipamento, a reposição do material necessário a cada unidade, verificação dos carros de emergência e respetiva selagem, reposição de todo o *stock* existente nos armários de suporte, verificação da caixa da via aérea difícil e mala de transporte, de acordo com uma *check-list* existente. Durante o estágio em vários turnos colaborei na verificação e reposição dos carros de emergência e toda a sala.

Durante o estágio as oportunidades foram imensas e, neste contexto, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma doente com AVC Isquémico, submetida a trombólise. À entrada da doente, depois de otimizado o vestuário e monitorizada, foram colocados 2 acessos venosos de grande calibre, colhidas análises. Doente consciente, desorientada e pouco colaborante. Eupneica a ar ambiente, apresentava hemiplegia esquerda. Acompanhada à imagiologia para realização de TAC CE, iniciou trombólise e regressou à SE. Deve manter-se uma observação constante do doente e seguir sempre o algoritmo ABCDE (A - Airway / B – Breathing / C – Circulation / D – Disability / E –

Exposure) preconizada para avaliar a vítima crítica através da identificação de lesões *life threatening*, e tratamento de acordo com as prioridades estabelecidas (INEM, 2020). A doente foi inserida nos critérios de ativação da Via Verde AVC.

Outra oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências foi a situação de uma doente F/79A trazida ao SU pela SIV por fibrilhação auricular (FA) com resposta ventricular rápida (RVR), ativados meios por dor torácica e taquicardia. Tinha feito 300mg de amiodarona no pré-hospitalar. Antecedentes pessoais: Asma, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em fevereiro de 2022, FA, obesidade e glaucoma. À entrada, consciente, orientada e colaborante, otimizado vestuário, já monitorizada (FC 130bpm, normotensa), já trazia um CVP de grande calibre no MSD, puncionado outro CVP e colhidas análises para H+B+C. Iniciou perfusão de 40 m3q KCL em 500ml SPE simples a 125ml/h. Realizou ECG e RX tórax, na SE. Perante este caso colaborei com a equipa presente na SE, foi uma situação de FA sem critérios de gravidade e com estabilidade hemodinâmica da doente. Este caso foi uma oportunidade rica para aplicar e dilatar os meus conhecimentos em arritmias cardíacas, farmacologia e gestão de situações críticas, além de me permitir melhorar competências práticas na abordagem inicial de emergências cardíacas.

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia crónica mais prevalente e uma das principais causas de AVC e mortalidade (Dhande et al., 2023). Metade do risco duas a três vezes superior de mortalidade entre os doentes com FA está relacionada com a própria FA, não só através da progressão fatal da insuficiência cardíaca, a forma mais frequente, mas também com a morte súbita e eventos embólicos (Ghzally, et al., 2024). A definição de FA requisita “a documentação do ritmo com um traçado eletrocardiográfico que comprove a existência de FA”. Vários “dispositivos implantados e monitores portáteis junto ao corpo permitem a deteção de episódios de arritmias auriculares de frequência elevada/fibrilhação auricular subclínica” (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2023, p. 3).

O estudo eletrofisiológico consiste numa análise sistemática das disritmias através do registo e medição de uma variedade de eventos eletrofisiológicos com o doente no estado basal e da avaliação da resposta do doente à estimulação elétrica programada (Ghzally et al., 2024). Para realizar e interpretar corretamente o estudo tem de se compreender alguns conceitos e métodos, incluindo os diferentes tipos de registos de eletrocardiogramas, a avaliação dos intervalos de condução aurículo ventricular, o mapeamento da ativação e a resposta à estimulação elétrica programada. O conhecimento do significado das várias respostas, particularmente a protocolos de

estimulação agressivos, é obrigatório antes de empregar tais respostas para fazer julgamentos clínicos (Ghzally et al., 2024).

Tive a oportunidade de colaborar na abordagem a uma utente do sexo feminino, com 91 anos de idade, que deu entrada no Serviço de Emergência (SE) acompanhada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), por alteração do estado de consciência. Como antecedentes pessoais, apresentava Acidente Vascular Cerebeloso (AVC) em 2019, Hipertensão Arterial (HTA), Doença Renal Crónica (DRC), Perturbação Obstrutiva da Artéria dos Membros Inferiores (POAD) e Dislipidemia (DLP). Foi encontrada pela filha em estado comatoso.

À admissão na SE, a doente encontrava-se em coma, eupneica, com saturação periférica de oxigénio (SpO_2) de 95% em ar ambiente. Foi iniciada monitorização contínua de ECG (frequência cardíaca de 81 bpm), pressão arterial de 155/61 mmHg, glicémia capilar de 132 mg/dl e temperatura timpânica de 36,1 °C. A utente apresentava um cateter venoso periférico (CVP) n.º 18 no membro superior esquerdo (MSE). Foi colhida amostra de sangue para análises laboratoriais e a Escala de Coma de Glasgow foi de 4 (O1V1M2). À avaliação neurológica, as pupilas encontravam-se em midríase, bilateralmente não reativas à luz. Foram promovidas medidas de conforto térmico, colocada fralda de proteção e procedeu-se à sua transferência para o serviço de Imagiologia, onde realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) crânio-encefálica e radiografia torácica. Após os exames complementares, foi identificada uma hemorragia cerebral extensa. A utente regressou à SE sem intercorrências, mantendo-se em coma. Colaborei com a equipa médica na entubação orotraqueal, com introdução de tubo orotraqueal (TOT) n.º 7, posicionado ao nível da comissura labial aos 19 cm, tendo sido conectada a prótese ventilatória, com boa adaptação. O sensor de capnografia registava 34 mmHg, SpO_2 de 99% e frequência respiratória de 15 rpm. Foram administrados fentanil e propofol, conforme prescrição médica. Após estabilização, os sinais vitais registavam pressão arterial de 137/74 mmHg e frequência cardíaca de 84 bpm. Procedeu-se à colocação de sonda nasogástrica para drenagem livre, com saída de conteúdo aquoso em volume estimado entre 50 e 100 ml. Foi ainda realizado novo RX tórax na SE. Posteriormente, a utente foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) para vigilância contínua e cuidados intensivos especializados.

A vivência deste caso clínico revelou-se particularmente significativa no processo de aquisição de competências na área da EMC-EPSC. A participação ativa na abordagem de uma utente em coma, com diagnóstico de hemorragia cerebral extensa e necessidade de intervenção imediata e altamente diferenciada, permitiu-me integrar

conhecimentos técnico-científicos e desenvolver competências clínicas essenciais. Este caso realçou a importância da atuação célere, da tomada de decisão fundamentada e da colaboração interdisciplinar, aspetos centrais na prática avançada de enfermagem. Além disso, proporcionou o contacto direto com procedimentos complexos, como a entubação orotraqueal, a ventilação mecânica invasiva e a monitorização contínua de parâmetros vitais, reforçando a minha capacidade de resposta em contextos críticos. Ter refletido sobre esta experiência permitiu-me também reconhecer a relevância da comunicação eficaz, do raciocínio clínico e da empatia, enquanto pilares da prestação de cuidados à PSC e à sua família. Assim, esta experiência de aprendizagem contribuiu de forma inequívoca para o meu crescimento profissional e para a consolidação das competências específicas da especialidade.

Um outro caso clínico que relato e que considero de elevada relevância para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais no contexto da SE refere-se à abordagem de um utente do sexo masculino, com 51 anos de idade, vítima de politrauma provocado pela queda de um pinheiro sobre o seu corpo. O utente foi transportado pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) até ao SE, onde foi triado com prioridade vermelha – emergência, de acordo com o fluxograma 31 – Grande Traumatismo, sendo identificado o discriminador choque.

A primeira abordagem foi realizada pela equipa de bombeiros, tendo sido encontrado o utente em posição sentada, consciente, mas com queixas algícas ao nível da região dorsal e do membro inferior direito, bem como uma ferida sangrante na face. A equipa VMER, ao chegar, encontrou o utente agitado, orientado, com amnésia para o evento. Escala de Coma de Glasgow entre 14 e 15, pressão arterial sistólica de 90 mmHg e auscultação pulmonar sem ruídos respiratórios à direita. Foi colocado cateter venoso periférico de grande calibre na linha média clavicular, ao nível do 2.º espaço intercostal, verificando-se enfisema subcutâneo. Foram administrados fentanil, ácido tranexâmico e ondansetron. O historial clínico incluía diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e obesidade.

À chegada ao SE, o doente encontrava-se consciente, orientado, mas com agitação psicomotora significativa. Foi monitorizado e procedeu-se à remoção do vestuário para avaliação completa. Apresentava polipneia, recebia oxigenoterapia com máscara de alto débito a 15 L/min, ausência de expansibilidade torácica à direita e enfisema subcutâneo, com saturação de oxigénio mínima de 66%. Foi colocado dreno torácico n.º 32 à direita, com saída imediata de cerca de 300 mL de sangue e ar. De seguida, foi entubado com tubo orotraqueal n.º 7,5, posicionado à comissura labial aos 23 cm, e conectado a prótese ventilatória com boa adaptação. Apresentava hipotensão

arterial, sudorese profusa, taquicardia, epistaxe com ferida aberta, hematomas e escoriações dorsais. Com dois cateteres venosos periféricos de grande calibre instalados, encontrava-se em perfusão contínua. Foram colhidas amostras para análises laboratoriais completas, incluindo hemograma, bioquímica, coagulação e grupo sanguíneo. A gasimetria arterial com oxigenoterapia a 15 L/min revelou acidose respiratória grave e hiperlactatemia: pH 7,01; PaCO₂ 83 mmHg; PaO₂ 69 mmHg; HCO₃⁻ 20,9 mmol/L; SatO₂ 82%; Lactato 7,6 mmol/L. Após ventilação mecânica com Vt 500 mL, PEEP 2, FiO₂ 100%, a 20 cpm, verificou-se: pH 7,11; PaCO₂ 74 mmHg; PaO₂ 66 mmHg; SatO₂ 84%; Lactato 4,7 mmol/L. Foram administradas noradrenalina (10 mg/500 mL a 100 mL/h, depois 10 mg/50 mL a 30 mL/h por CVC na subclávia direita), fenilefrina, ceftriaxona e gentamicina. Iniciou-se alfentanil a 5 mL/h. Foram colocadas sonda orogástrica, com pequena drenagem hemorrágica, e algália n.º 16 com débito urinário límpido. Realizou-se TAC a múltiplas regiões anatómicas e foi administrado bicarbonato de sódio. Foram transfundidas duas unidades de concentrado de eritrócitos.

Foi ainda avaliado por Otorrinolaringologia, tendo sido aplicada compressão nasal com Merocel bilateral e suturada a ferida nasal. Por indicação da Ortopedia, foi colocada cinta pélvica devido a fratura da bacia. Foi também inserida linha arterial na radial esquerda para monitorização contínua. As soluções em curso incluíam Lactato de Ringer e NaCl 0,9%, ambos a 100 mL/h. A dose de noradrenalina foi ajustada conforme a resposta hemodinâmica. O doente foi encaminhado para a UCIP). Após avaliação imagiológica, os diagnósticos médicos incluíam: pneumotórax direito, derrame pleural direito, fratura de 2.^a a 12.^a costelas direitas, fratura do frontal com pneumoencéfalo, contusões cerebrais e hemorragia subaracnoideia, fratura da omoplata direita, fratura da bacia, fraturas das apófises transversas de L1 e L2 direitas e de ambas as apófises de L5.

A abordagem deste caso clínico representou uma oportunidade ímpar de consolidação de competências técnicas e relacionais em contexto de urgência e emergência. O envolvimento direto num cenário clínico de elevada complexidade reforçou a importância da intervenção rápida, da priorização de cuidados e da colaboração inter e multiprofissional. A complexidade da situação exigiu raciocínio clínico apurado, destreza técnica e capacidade de adaptação, alicerces da prática avançada de Enfermagem. Esta experiência contribuiu, inequivocamente, para o meu crescimento profissional e para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência e orientada para a excelência no cuidado à PSC e sua família/cuidador.

A abordagem dos casos clínicos durante o estágio possibilitou-me o cuidado à PSC e à sua família/cuidador em contexto de doença crítica complexa e/ou em presença

de falência orgânica, consolidando uma das competências centrais do EEEMC-EPSC. Esta competência revela-se particularmente exigente, pois pressupõe a mobilização de conhecimentos especializados, pensamento crítico e tomada de decisão célere e fundamentada.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e à sua rede de apoio, o EE deve mobilizar múltiplos saberes e competências de forma integrada, garantindo intervenções tempestivas e holísticas (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363). A vivência destes contextos demonstrou ser uma das competências mais desenvolvidas ao longo do estágio, exigindo um elevado grau de adaptação, responsabilidade e reflexão constante sobre as minhas limitações, reconhecendo a importância de aproveitar cada experiência como uma oportunidade de evolução profissional.

No âmbito da unidade de competência em que o EE “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363), torna-se imperativo o reconhecimento precoce de sinais de descompensação. A monitorização contínua e sistematizada da PSC permite detetar alterações hemodinâmicas com potencial de comprometer funções vitais, possibilitando intervenções precoces e dirigidas à estabilização clínica. Conforme preconizado por Sousa et al. (2021), a avaliação e o seguimento rigoroso do perfil hemodinâmico constitui um pilar essencial da prática avançada em enfermagem nesta área, permitindo ao enfermeiro especialista restaurar ou compensar disfunções orgânicas de forma segura e eficaz.

Considero que mantive sempre uma atitude proativa, de observação do método de abordagem realizado pelos enfermeiros especialistas e mais experientes/peritos, assimilando os seus saberes-fazer e partilhando experiências. Estes momentos de *debriefing*, que ocorriam quer com os enfermeiros responsáveis pela orientação em estágio, quer com os enfermeiros especialistas que se encontravam a realizar aquele turno, revelaram-se essenciais para, progressivamente, me tornar autónoma na abordagem do doente crítico, particularmente, na SE.

A SE é um local onde se vivenciam muitas emoções devido ao estado crítico dos doentes. Vivenciar um processo de doença gera muitas vezes uma situação de crise no seio familiar, isto é, ocorre no seio familiar uma situação temporária de instabilidade e tensões que geram stresse e ansiedade. Do que fui presenciando na SE, existe uma preocupação constante com o doente e família. É notório o sentido de estabelecer uma relação de ajuda, e de confiança, esclarecendo as dúvidas e receios que podem ocorrer,

contribuindo, assim, para uma redução dos níveis de ansiedade do doente e da sua família. Neste sentido, o SU tem escalado um enfermeiro por turno para dar informações aos familiares dos doentes. O familiar tem de referir que querem receber informações acerca do estado de saúde do seu familiar e de seguida é chamado pelo enfermeiro e recebe a informação num gabinete próprio para o efeito, de modo a ter privacidade sobre a informação fornecida.

A comunicação revela-se uma ferramenta essencial para o estabelecimento de uma relação de ajuda, logo assume-se como uma ferramenta essencial para o estabelecimento dos cuidados de enfermagem. Ao longo do ensino clínico, tentei sempre adaptar a comunicação ao doente e à família, estabelecer escuta ativa e mostrar disponibilidade para com estes. Sempre que o fluxo de doentes no SU era considerado normal, era permitido o acompanhamento do doente por parte dos familiares ainda que apenas durante alguns minutos e mesmo em contexto de sala de emergência, quando as condições o permitiam era permitida uma visita do familiar mais próximo.

Nas últimas décadas, tem-se registado um aumento progressivo da utilização da tecnologia na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. O objetivo é geralmente aumentar a qualidade, a eficiência e a segurança dos cuidados. Para além disso, tem-se registado um aumento da especialização e subespecialização em contextos de enfermagem, a fim de proporcionar uma maior perícia no tratamento de doenças e condições específicas e complexas (Busch et al., 2019). Embora estes desenvolvimentos na área da saúde tenham melhorado alguns elementos dos cuidados prestados aos doentes, tais como a segurança, a eficácia e a eficiência, os mesmos trazem consigo novos problemas. A automatização e a normalização dos cuidados, bem como a fragmentação do trabalho e dos percursos dos cuidados, frequentemente associados ao racionamento do tempo e do pessoal, podem conduzir a uma desumanização e despersonalização dos cuidados (Coscrato et al., 2013). Há uma tendência para tratar a pessoa doente como um “grupo de sintomas” em vez de um ser humano com necessidades individuais, afetando negativamente a relação enfermeiro/doente e largar a confiança dos doentes e família no sistema de saúde.

Neste âmbito, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) refere que a efetividade de um sistema de saúde é, entre outros fatores, fortemente influenciada pela qualidade das relações humanas que se estabelecem entre profissionais e utentes durante o processo de tratamento. Os processos de “humanização” visam criar maior autonomia, ampliando a capacidade dos utentes e enfermeiros transformarem a realidade em que vivem através da responsabilização compartilhada e da criação de vínculos solidários, o que é considerado parte da questão mais ampla da equidade no

acesso a cuidados de saúde de qualidade. O termo “humanização” pode assumir múltiplos significados que podem ser entendidos a partir dos conceitos de “acolhimento”, “hospitalidade”, “compreensão” e “informação” (OMS, 2022). Refere-se a um conjunto de comportamentos adquiridos pelos sistemas de cuidados de saúde para prestar um serviço que respeite as necessidades relacionais das pessoas, a sua humanidade e a sua necessidade de empatia (OMS, 2022).

A humanização dos cuidados de saúde tornou-se o grande desafio dos serviços de saúde a nível mundial (Caballero et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, apesar de estarem a transformá-los há seis anos e a conceber cuidados centrados na procura dos protagonistas (doentes, famílias e profissionais de saúde), “parece que foi preciso sofrer uma pandemia para chegarmos a um ponto de viragem. Agora, mais do que nunca, o que permanece invisível para muitos no quotidiano tornou-se visível” (Caballero et al., 2020, s.p.). Estes autores argumentam que

A humanização é mais uma disciplina do conhecimento e a sua realização é da responsabilidade de todos: doentes, famílias e pessoal de saúde; gestores e autoridades de saúde. A humanização é cultura, política, sociedade, economia, ética e justiça. E não são apenas as pessoas e os nossos comportamentos que precisam de ser humanizados. A humanização não é apenas uma questão de atitude; é preciso também pôr H nas estruturas materiais e técnicas (Caballero et al., 2020, s.p.).

Por conseguinte, ainda na perspetiva dos autores supracitados,

falar de humanização é falar de movimento, não é apenas estudar uma técnica ou um procedimento e pô-lo em prática. Trata-se de uma reflexão profunda. Humanizar é tomar consciência de si próprio: onde estou? O que posso fazer? E embarcar numa viagem ao interior de cada ser humano: é um compromisso pessoal importante para melhorar a realidade, as nossas relações e o ambiente a partir de cada pessoa (Caballero et al., 2020, s.p.).

Os SU são um recurso único dentro dos benefícios que o Sistema Nacional de Saúde (SNS), disponibilizado aos cidadãos, juntamente com os Cuidados de Saúde Primários, entre outros. Mais importante ainda é muitas vezes a porta de entrada para o SNS, não só para os utentes que solicitam cuidados de urgência/emergência, mas também para todos aqueles para quem as outras vias não foram capazes de resolver os seus problemas em tempo útil. Para muitos utentes e seus familiares, o SU não é “um local amigável”, mas um local de passagem por onde “circulam” todos os doentes do espectro, desde os mais ligeiros até aos de patologia mais grave ou urgente. Depois de uma maior ou menor demora inicial (triagem), muitas pessoas sofrem o choque entre o ritmo frenético do SU, prevalecendo a sensação que os profissionais de saúde, mais precisamente os enfermeiros, ignoram e anulam as pessoas, o que é ainda mais agravado pelos tempos de espera obrigatórios impostos pelo resto do Hospital à sua

admissão ou pelo próprio SU à sua alta. De facto, o SU, para muitas pessoas, “é o lugar onde os tempos se devoram uns aos outros. Um lugar hostil onde a cura do corpo impõe a sua ditadura sobre o resto das necessidades do doente” (Caballero et al., 2020, s.p.).

São inúmeras as ocasiões em que persiste a tendência de tratar o utente, no SU, como um “grupo de sintomas” em vez de um ser humano com necessidades individuais. Todavia, ao longo do estágio verifiquei que os enfermeiros procuravam sempre garantir respostas às reais necessidades dos seus utentes/família, ou seja, garantir o apoio biopsicossocial, envolver a família como parceira de cuidados, promover o conforto, relações terapêuticas empáticas e assertivas, sem discriminar pela condição socioeconómica, promovem o autocuidado, respeitam a vontade manifesta dos utentes/família, garantem respostas em tempo útil, garantem a segurança do doente, entre tantas outras especificidades que tornam este SUP mais humanizado. Tal ganha ainda mais sentido quando se fala de cuidados a PSC que, *a priori* e de forma inalienável, já pressupõe humanização holística.

Como não podia deixar de ser, reafirmo, que as necessidades mais puramente humanas têm se “entranhar” no SU, a ponto de se criar um ambiente que favoreça e humanize ainda mais os cuidados ao doente. Para tal, é fundamental: a sensibilização e formação da equipa de saúde, o apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais dos utentes e familiares, a identificação de cuidados a utentes mais vulneráveis, a promoção da comunicação entre todos os elementos da equipa, a comunicação e informação ao utente e à família, a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual desta diáde, a promoção da autonomia do utente, bem-estar ambiental, a sensibilização para a síndrome de *burnout* e fatores associados, a prevenção do *burnout* e promoção do bem-estar dos enfermeiros, prevenção e gestão integrada das situações de conflito no SU; a promoção da privacidade e intimidade do utente/família, a promoção do seu conforto geral, conforto ambiental e funcionalidade na área de cuidados, bem como o conforto na área administrativa, entre outras ações.

No SU, em todos os turnos há um enfermeiro responsável, que será sempre um enfermeiro especialista, que para além de colaborar na prestação de cuidados, acumula funções de gestão no serviço. Em dois dias de estágio tive a oportunidade de acompanhar o responsável de turno nas suas funções. O responsável de turno zela para que tudo funcione bem. No início do turno dirigiu-se a todos os setores para verificar quais os profissionais de saúde que se encontravam nos postos de trabalho, neste caso se estivesse a faltar alguém seria uma questão para o responsável resolver. Fizemos a escala para o jantar com o respetivo horário, dispusemos a medicação no respetivo lugar, que tinha sido pedida, fizemos novos pedidos aos serviços farmacêuticos de

medição que se encontrava a faltar em algum setor, demos apoio na sala de emergência.

O enfermeiro, como responsável de turno, assume a responsabilidade de gerir e apropriar os recursos humanos e materiais. Relativamente aos equipamentos do serviço, caso seja detetado alguma avaria ou anormalidade é de imediato comunicado ao serviço de instalações e equipamentos que assume a responsabilidade de os reparar. Os pedidos são realizados através de sistema informático, uma situação que não tive oportunidade de executar.

O EEEMC-EPSC detém um papel central na abordagem à PSC/família/cuidador, dado que é o profissional que se encontra numa posição de cuidar privilegiada para identificar precocemente sinais de mal-estar e gerir quer medidas farmacológicas dotadas de elevada complexidade pelo tipo de medicação administrada, assim como medidas não farmacológicas para aliviar a dor, tal como o posicionamento, a gestão do ambiente, a permanência de pessoa significativa, entre outras. Os conhecimentos adquiridos academicamente, aliados à prática clínica, foram fulcrais para vivenciar da melhor forma todas as experiências que me potenciaram a aquisição de competências.

O estágio foi, indubitavelmente, uma experiência de grande importância para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, permitindo-me aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica em um contexto prático. A experiência foi um reflexo da integração entre teoria e prática, onde pude aprimorar competências técnicas, mas também desenvolver a minha capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados prestados. As reflexões com os meus tutores permitiram uma boa adaptação e evolução ao longo do estágio.

Tendo em conta todo o meu percurso profissional e após a realização deste estágio, posso afirmar que realmente a EMC é uma das áreas mais desafiadoras e gratificantes da prática profissional, pois compreende a gestão/prestação de cuidados a PSC com uma variedade de condições agudas e crónicas, frequentemente em ambientes de alta complexidade, como Unidades de Cuidados Intensivos ou SU. O EEEMC-EPC desempenha um papel fundamental neste cenário, combinando competências clínicas avançadas, conhecimento científico e habilidades interpessoais para garantir um cuidado de elevada qualidade. Ao refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro especialista nesta área, posso reafirmar que estou no caminho certo, sempre orientada por profissionais de elevadas competências, não são apenas habilidades isoladas, mas com uma integração entre o saber (conhecimento), o saber fazer (habilidade prática) e o saber ser (atitude), na esteira de Le Boterf (2006). O autor

conceptualiza as competências a partir de três dimensões, nomeadamente: i) a dimensão dos recursos disponíveis, que se refere aos recursos que o indivíduo pode mobilizar para a sua ação; ii) a dimensão das ações e dos resultados, que constitui a própria ação e os seus resultados; e iii) a dimensão da reflexividade, permitindo a análise das práticas adotadas e a aprendizagem a partir da reflexão.

Em relação aos recursos que podem ser mobilizados, Le Boterf (2006) indica que os mesmos podem derivar dos recursos pessoais de cada profissional, tais como o conhecimento, o saber-fazer, as capacidades cognitivas, entre outros, e recursos derivados do contexto em que a pessoa se encontra, como as redes de operações, competências dos colegas, base de dados, por exemplo. Assim, considero que, por tudo o que vivenciei ao longo do estágio, as minhas ações e os seus resultados, por sua vez, traduzem o conhecimento adquirido para atuar de forma pertinente em relação a novas situações, acontecimentos ou problemas apresentados na minha fletira prática profissional, com base nos recursos mobilizados; “[...] saber agir não pressupõe o domínio de aspetos isolados, implica ser capaz de combinar diferentes operações, a fim de alcançar o objetivo desejado” (Le Boterf, 2006, p. 62). Ao ter usado a reflexividade, permiti-me analisar a minha prática em relação ao experienciado e aos resultados obtidos.

2.2. Enfermagem de Cuidados Intensivos

A prestação de cuidados à PSC e sua família exige competências altamente diferenciadas e especializadas por parte do enfermeiro, uma vez que esta se encontra numa condição clínica em que a vida está iminentemente ameaçada. A monitorização rigorosa e contínua destas funções apenas é exequível em contextos altamente diferenciados, como as UCIP, onde a complexidade da situação clínica requer a atuação articulada de equipas multidisciplinares altamente qualificadas, aliada ao suporte de tecnologia médica sofisticada. A interação entre o conhecimento clínico especializado, os recursos tecnológicos e o cuidado humanizado constitui a base da intervenção orientada para a estabilização do doente, a sua recuperação funcional e adaptação ao ambiente hospitalar.

Neste contexto, o estágio com vertente eminentemente prática revelou-se determinante para a consolidação de competências clínicas avançadas, configurando-se como uma oportunidade ímpar no meu percurso formativo como futura EEEM-EPSC. A imersão em contextos reais de prestação de cuidados intensivos potenciou-me o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, promoveu a minha autonomia técnico-científica e reforçou a minha capacidade de atuação integrada e segura junto da PSC e sua família/cuidador, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional como futura EE.

A Medicina Intensiva configura-se como uma subespecialidade altamente diferenciada no âmbito das Ciências da Saúde, cujo foco se centra na prevenção, diagnóstico, monitorização e tratamento de estados clínicos agudos e potencialmente reversíveis. Estes estados colocam a vida do doente em risco iminente, devido à disfunção ou falência de um ou mais sistemas vitais, exigindo uma resposta imediata e especializada (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

De acordo com a DGS (2003), os serviços de Medicina Intensiva devem ser entendidos como unidades assistenciais de elevada complexidade, orientadas para a prestação de cuidados integrais a pessoas em situação crítica. Estas unidades devem assegurar uma vigilância contínua, disponível 24 horas por dia, baseada numa avaliação sistemática e numa intervenção terapêutica intensiva, operacionalizada por equipas multidisciplinares altamente qualificadas. Destaca-se, neste contexto, o papel essencial dos médicos intensivistas e dos enfermeiros com formação especializada, cuja atuação é determinante para a resposta clínica imediata e eficaz.

A prática assistencial em UCIP exige, por conseguinte, a implementação de um modelo de cuidados integrados, centrado na pessoa, tecnicamente robusto e dotado de

grande dinamismo. Este modelo impõe a utilização de tecnologia avançada de domínio de competências clínicas e relacionais de elevado nível. Como sublinhado por Azoulay et al. (2017), o ambiente da Medicina Intensiva caracteriza-se por uma elevada complexidade e imprevisibilidade, exigindo dos profissionais uma constante capacidade de tomada de decisão, resistência ao stresse, competência comunicacional no contacto com familiares, bem como uma resposta célere perante eventos clínicos súbitos.

Neste contexto, a atuação do enfermeiro revela-se fundamental na promoção da qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados à PSC e sua família. Azoulay et al. (2017) enfatizam que o enfermeiro em contexto de UCIP deve reunir competências avançadas de natureza técnica, relacional e ética. Tais competências são indispensáveis para uma intervenção eficaz e sensível face às exigências clínicas e emocionais associadas ao cuidado em situações críticas e altamente complexas.

Assim, foi realizada uma visita às instalações da UCIP, durante a qual fui apresentada à equipa multidisciplinar e foi feita uma explicação detalhada sobre a disposição física, os locais de armazenamento dos dispositivos médicos e os níveis de *stock* disponíveis, evidenciando a importância da logística na prestação de cuidados contínua. A equipa de enfermagem trabalha por turnos, utilizando o modelo de Enfermeiro Responsável, centrado no utente e na família, garantindo uma abordagem personalizada e global. O rácio enfermeiro/doente observou a seguinte configuração: manhã e tarde - 2 utentes por enfermeiro (6 enfermeiros mais um coordenador); noite - 2 a 3 utentes por enfermeiro (6 enfermeiros, incluindo um coordenador). A distribuição de tarefas ocorre diariamente após a reunião de passagem de turno realizada pelo Enfermeiro Coordenador. Dispõe de um manual de normas e protocolos que orienta cientificamente a prestação de cuidados de enfermagem e facilita a integração de novos elementos na equipa. Existem grupos de trabalho dedicados à uniformização de procedimentos e melhoria contínua da qualidade dos cuidados em contextos intensivos.

No SMI é utilizado o *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), um instrumento que avalia a carga de trabalho em atividades de assistência direta à PSC durante um período de 24h, utilizado com o objetivo de auxiliar na gestão de cuidados. O TISS divide-se em 7 categorias de intervenções terapêuticas: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2007). No entanto, este instrumento não tem em conta alguns fatores que aumentam a carga de trabalho e que não são contabilizadas, como, por exemplo, o tempo dispensado à família, o tempo de apoio à PSC e o tempo despendido em doentes infetados e que necessitam de utilização

de equipamentos de proteção individual, aumentando a carga de trabalho com essas medidas adicionais (Lucchini et al., 2019).

Após observação inicial das dinâmicas da unidade, envolvi-me ativamente na execução de cuidados, com total consciência do meu papel enquanto enfermeira em formação. Foi muito importante ter participado em momentos de reflexão e de partilha com a enfermeira tutora e desenvolver a pesquisa individual baseada nos protocolos do serviço e em bibliografia atualizada.

Durante o estágio na UCIP, foi particularmente gratificante observar que, apesar da elevada presença tecnológica, os cuidados de enfermagem são centrados na PSC e na família, respeitando os seus direitos, valores e necessidades. Esta abordagem favorece a humanização dos cuidados e permite a intervenção do enfermeiro na prevenção de complicações e na promoção da qualidade de vida à referida díade. Diariamente, pessoas são admitidas em UCIP devido a doenças graves e potencialmente fatais, que frequentemente exigem ventilação mecânica e sedação. A experiência de cuidados intensivos pode ser profundamente angustiante, em que a pessoa se sente isolada, solitária e à mercê de desconhecidos, podendo, ainda, experienciar dor, dificuldades respiratórias, perturbações do sono e da clareza mental (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Neste contexto, ao longo do estágio promovi uma abordagem mais humanizada, primando a comunicação com a PSC e familiares, bem-estar desta díade e participação dos familiares.

No meio de tanta tecnologia e protocolos, subsiste uma verdade essencial: os doentes continuam a ser pessoas, que se encontram em grande vulnerabilidade, em sofrimento, com medo e, frequentemente, privadas de autonomia. Humanizar os cuidados é, portanto, mais do que uma necessidade ética, é um imperativo clínico, emocional e relacional. A humanização não se opõe à tecnologia, mas complementa-a, dando-lhe sentido (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Por conseguinte, pautei a minha prática pela escuta ativa, comunicar com empatia, respeitar a dignidade e envolver os familiares no processo de cuidados. Tudo isto significou reconhecer que, mesmo nos contextos mais críticos, a relação terapêutica deve ser pautada pela sensibilidade, pela presença e pelo respeito pela singularidade do Outro. A humanização pode e deve ser promovida e integrada nos modelos de gestão clínica. Como tal, o enfermeiro, enquanto presença constante e próxima do doente e família, tem um papel-chave nesta missão: ser mediador entre a técnica e a humanidade. Ao resgatar o olhar humano no coração dos cuidados intensivos, melhoramos a experiência do doente/família e devolvemos significado ao próprio ato de cuidar.

Para um Enfermeiro Especialista, é essencial compreender o seu papel como um profissional que presta cuidados especializados sempre centrados na pessoa e sua família; equivale também ao desenvolvimento da capacidade de se adaptar e reagir de forma eficaz a qualquer situação que possa surgir. Assim, considero que este estágio me proporcionou o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, pois, além do conhecimento teórico-prático e da importância de uma prestação de cuidados adequada, percebi também que um Enfermeiro Especialista deve adotar uma postura de confiança, criando uma relação de segurança e empatia com o Outro. Como Levinas (1987) argumenta o rosto, enquanto representação do Outro, pode ser revelado e comunicado não apenas através do rosto físico, mas também pela fala, gestos, ações e presença corporal. No entanto, o rosto é também a parte mais vulnerável, exposta e expressiva da presença do Outro. Assim, ao longo do estágio estive sempre atenta ao rosto do Outro, que falava comigo, a quem devotei conforto, pois é ele que estava em grande sofrimento e em risco de de vida iminente. O seu olhar exigiu sempre de mim um gesto, um sorriso, um olhar. Constatei que esta postura ajudava a PSC e a família a viver os desafios do processo patológico de uma forma mais tranquila e menos dolorosa. Todavia, reconheço que ainda há muito a aprender, pois a formação não se constrói apenas pela acumulação de conhecimentos ou de técnicas, nem acontece de forma imediata. De facto, consiste num processo contínuo de evolução. Para isso, é essencial ter determinação, dedicação e o desejo de crescer, pois são essas vivências que contribuirão para o desenvolvimento das minhas competências, ao longo da minha trajetória, desde iniciante até alcançar a *expertise* que almejo.

Durante o estágio em contexto de cuidados intensivos, a assistência à pessoa ventilada implicou a consolidação de um conjunto de competências técnicas e científicas fundamentais à prática especializada de enfermagem. A gestão eficaz da via aérea, a manutenção adequada de dispositivos invasivos e a implementação de estratégias preventivas face a potenciais complicações respiratórias exigiram um desempenho rigoroso e centrado na segurança clínica do doente.

No âmbito das competências técnicas, realizei procedimentos como punções venosas periféricas, colheitas de sangue, e a gestão de Cateteres Venosos Centrais (CVC) e de linhas arteriais. Contribuí para a administração segura de nutrição entérica e nutrição parentérica, bem como de terapêutica intravenosa, respeitando os princípios da farmacocinética e da farmacodinâmica. Prestei, ainda, cuidados no âmbito da vigilância e tratamento de feridas cirúrgicas, respeitando os princípios da cicatrização por primeira ou segunda intenção.

Particpei de forma colaborativa nos procedimentos de intubação orotraqueal, extubação, cateterismo vesical (algaliação) e apoio à diálise, o que me permitiu integrar uma prática interdisciplinar articulada, sempre orientada para a segurança e estabilidade clínica da PSC.

Os transportes intra-hospitalares de PSC constituem um processo clínico complexo e potencialmente desestabilizador, representam um desafio significativo à segurança do doente. Esta deslocação, realizada para áreas hospitalares distintas da unidade de cuidados intensivos, pode induzir instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica. No entanto, a sua realização justifica-se sempre que haja necessidade de exames complementares de diagnóstico ou de intervenções terapêuticas que não possam ser realizados na unidade de internamento de origem (Giannouli et al., 2017). Para amenizar os riscos associados, torna-se imprescindível um planeamento rigoroso do transporte, o treino contínuo dos profissionais envolvidos, a implementação de protocolos padronizados e a adoção sistemática de listas de verificação. Estas estratégias são fundamentais para assegurar um transporte seguro, eficaz e centrado na pessoa, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados (Monteiro, 2022).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), o enfermeiro responsável pelo acompanhamento durante o transporte deve possuir formação específica e competências clínicas avançadas, preferencialmente com título de EEEMC-PSC (OE, 2017). Esta exigência reforça a necessidade de garantir profissionais capacitados para tomar decisões em tempo real, prevenindo eventos adversos e assegurando a estabilidade clínica durante todo o processo de transporte intra-hospitalar.

A comunicação eficaz é essencial para garantir cuidados seguros, especialmente na transição de cuidados e na reflexão pós-caso (*debriefing*). Estima-se que até 70% dos eventos adversos em saúde sejam causados por falhas de comunicação (DGS, 2017). Para minimizar esses riscos, recorreu-se à metodologia ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação), reconhecida por promover a segurança na transmissão de informação e ao *debriefing*, que permite rever desempenhos e identificar melhorias (Gilmartin et al., 2020; Kessler et al., 2015). No entanto, o ISBAR nem sempre foi aplicado ao longo do estágio e não foram observados *debriefings*. A comunicação eficaz requer domínio de técnicas e habilidades específicas (Sequeira, 2016). Foi notória uma cultura de qualidade na UCIP, tendo observado um ambiente de trabalho aberto, participativo, onde as ideias e boas práticas são partilhadas, assim como a valorização do ensino e da investigação.

A ventilação mecânica invasiva (VMI) constitui uma das intervenções mais especializadas numa UCIP. Esta é uma área de elevada complexidade, sendo essencial o contacto regular e aprofundado com esta realidade clínica para o desenvolvimento de competências. Como já referi anteriormente, a maioria dos doentes admitidos em UCIP apresenta falência respiratória e requer suporte ventilatório. A intubação em contexto de emergência, uma medida invasiva, permite assegurar a permeabilidade da via aérea e garantir uma ventilação adequada.

Na UCIP prestei cuidados a doentes politraumatizados; com traumatismos cranioencefálicos; com hemorragias cerebrais; com sépsis; pneumonia; insuficiências respiratórias graves, insuficiência renal; dadores de órgãos; *status* pós paragem cardiorrespiratória, entre outros. Foram também prestados cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica, com uma intervenção direta desde o processo de intubação endotraqueal e início da ventilação mecânica, bem como na manutenção dos cuidados à pessoa conectada a prótese ventilatória.

A ventilação mecânica é um suporte fundamental em casos de insuficiência respiratória grave, corrigindo alterações como hipercapnia e hipoxemia (Souza-Filho et al., 2022). Destaca-se o caso de um doente com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), com difícil resposta à ventilação mecânica, em que se recorreu ao posicionamento prono, técnica que consiste em colocar o doente em decúbito ventral, melhorando a oxigenação e a relação ventilação/perfusão, ao favorecer o recrutamento pulmonar e a redistribuição do fluxo sanguíneo (Silva et al., 2021; Santana et al., 2024). Esta técnica, não isenta de riscos, exigiu atualização e capacitação, face à possibilidade de extubação acidental, avulsão de cateteres e aumento da incidência de úlceras por pressão (UPP) (Ramos et al., 2020). Foram implementadas medidas preventivas, com monitorização diária do risco pela escala de Braden e seguindo as recomendações PUPRO da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (Ramos et al., 2020).

Adquiriti experiência prática no manuseamento do Tubo Orotraqueal (TOT) e da Traqueostomia (TQT), assim como na realização de cuidados de higiene oral e aspiração de secreções, em estrita observância das normas de assepsia e das boas práticas em enfermagem. Esta atuação contínua refletiu uma abordagem baseada na evidência, com foco na promoção do conforto, prevenção de infeções e otimização da função respiratória.

Os cuidados ao doente com TOT incluem a verificação da pressão do cuff (entre 20 e 30 cmH₂O), a fixação adequada com fita de nastro, a vigilância do posicionamento do tubo e a aspiração de secreções. Estes cuidados são fundamentais para prevenir

complicações, como a deslocação do tubo ou a microbroncoaspiração. É igualmente importante proteger e monitorizar zonas de maior risco de lesão por pressão, nomeadamente regiões labial e auricular. A aspiração de secreções endotraqueais deve ser precedida de hiperoxigenação com FiO_2 a 100%. Deve ser efetuada com técnica asséptica, avaliando-se o aspeto, consistência e odor das secreções. A aquisição de competências nesta área foi sustentada pela revisão de conteúdos lecionados na unidade curricular de Cuidados Intensivos e pela prática clínica.

Ao Enfermeiro Especialista em contexto de VMI cabe a responsabilidade de reconhecer precocemente alterações clínicas na pessoa ventilada, interpretando sinais e sintomas com base numa análise crítica e fundamentada, de modo a assegurar uma ventilação eficaz e segura. A VMI exige uma monitorização contínua e precisa dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, tornando essencial a vigilância permanente da resposta do doente à terapêutica instituída.

Um dos principais desafios associados à VMI prende-se com a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), cuja incidência está relacionada com fatores como a presença do TOT, a manutenção do doente em decúbito dorsal, o uso de antibioterapia prolongada, bem como condições intrínsecas como imunossupressão, estado nutricional, equilíbrio hidroeletrólítico e administração de bloqueadores neuromusculares. Entre as complicações associadas à VMI destacam-se o barotrauma, pneumotórax, toxicidade por oxigénio, infeções respiratórias, humedificação deficiente, elevação da pressão venosa central (PVC), hipotensão e traqueomalácia. A adoção de estratégias de prevenção é essencial para minimizar estes riscos, salientando-se a importância de medidas como a higienização adequada das mãos, a elevação da cabeceira da cama, a avaliação rigorosa da pressão do balão (cuff) e a aspiração de secreções com técnica estéril e adequada.

Nos cuidados à pessoa com TQT, para além da manutenção e limpeza da cânula, é fundamental assegurar conforto, segurança e uma abordagem integrada, sobretudo nos casos em que se verifica dependência prolongada de suporte ventilatório. Segui, nesse contexto, os protocolos institucionais vigentes relativos ao cuidado de TQT, promovendo uma atuação padronizada e baseada em boas práticas.

Com o decorrer do estágio, desenvolvi maior autonomia na identificação de sinais clínicos sugestivos de esforço respiratório e desadaptação ao ventilador. A monitorização dos parâmetros gasométricos, nomeadamente a pressão parcial de oxigénio (PaO_2), de dióxido de carbono (PaCO_2) e a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, revelou-se essencial para avaliar a eficácia da ventilação e orientar a intervenção terapêutica.

Identifiquei e compreendi o funcionamento de diferentes modos ventilatórios, incluindo os modos controlados por volume, nos quais o ventilador define o volume corrente, a frequência respiratória e o tempo inspiratório, e os modos controlados por pressão, em que os ciclos são determinados pela pressão alvo estabelecida.

Os modos ventilatórios espontâneos, como o suporte de pressão (*Pressure Support*) ou suporte de volume (*Volume Support*), requerem vigilância intensiva, sendo frequentemente utilizados em fases de desmame ventilatório. Tive oportunidade de participar ativamente neste processo, acompanhando o desmame de um doente e contribuindo para a sua extubação bem-sucedida, o que representou uma experiência significativa no desenvolvimento das minhas competências clínicas especializadas.

Foram acompanhadas situações de vítimas de trauma, incluindo acidentes de viação e queimaduras, sempre com o objetivo de adotar uma abordagem eficiente e precisa, baseada na metodologia “ABCDEFGHI” (Gomes et al., 2022). A avaliação inicial (ABCDE) identifica e trata lesões potencialmente fatais: A (via aérea), B (respiração), C (circulação), D (avaliação neurológica) e E (exposição e controlo ambiental) (Gomes et al., 2022). A avaliação secundária (FGHI) complementa com monitorização dos sinais vitais, promoção do conforto, recolha de história e inspeção posterior, aliada à história AMPLE (*Emergency Nurses Association*, 2013; Coimbra & Coimbra, 2020; DGS, 2022). O método de abordagem do trauma, em constante evolução, exige atualização contínua das equipas e integração de competências técnicas e não técnicas, como liderança e comunicação (Gomes et al., 2022; Ditzel et al., 2020). No estágio de urgência, destacou-se também o acompanhamento de casos na Via Verde de AVC, incluindo doentes com défice neurológico agudo e candidatos a trombectomia. O AVC resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, com potencial para sequelas graves, sendo essencial o tratamento precoce com revascularização para reduzir a mortalidade e incapacidade (*World Stroke Organization*, 2023; SNS, 2021). Um dos casos acompanhados envolveu uma doente proveniente da triagem, avaliada e encaminhada para TAC e angioTAC, confirmando-se AVC isquémico. Elegível para trombectomia, foi admitida para o procedimento, que consiste na remoção mecânica do coágulo através de um *stent*, por via de um cateter inserido numa artéria da virilha até à artéria cerebral bloqueada. Este tratamento é mais eficaz até seis horas após o início dos sintomas, podendo ser realizado até 24 horas, caso os exames demonstrem tecido cerebral viável (*American Stroke Association*, 2020).

Este estágio representou uma oportunidade ímpar para aprofundar conhecimentos relacionados com a monitorização invasiva da PSC, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e

científicas. Tive contacto direto com dispositivos de elevada complexidade, como os sistemas de monitorização da pressão arterial invasiva, temperatura central, avaliação do nível de consciência através do Índice Bispectral (BIS – *Bispectral Index*), bem como com escalas de sedação como a Escala Richmond de Agitação-Sedação (RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*). Adicionalmente, participei na implementação e vigilância de técnicas de substituição renal, que exigem uma abordagem interdisciplinar e precisão clínica rigorosa.

A gestão da dor e a promoção do bem-estar da PSC constituíram dimensões particularmente desafiantes da prática de enfermagem, dada a natureza subjetiva, multifatorial e dinâmica da dor, frequentemente presente em situações clínicas críticas que requerem uma resposta célere. Tal como preconizado pela Direção-Geral da Saúde (2003), o controlo da dor deve ser compreendido como um direito fundamental do doente e um dever ético e profissional do enfermeiro, sendo igualmente um pilar na humanização dos cuidados. A ausência de um controlo eficaz da dor compromete não só o conforto, mas também o processo de estabilização clínica e recuperação do doente crítico (Ferreira et al., 2014).

Neste sentido, utilizei diferentes escalas de avaliação da dor, ajustadas ao estado de consciência da pessoa cuidada. Foram aplicadas ferramentas como a escala numérica, a escala de faces, a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala de Avaliação de Indicadores de Comportamento de Dor (ESCID), permitindo uma abordagem mais sensível e individualizada. Complementarmente, foram integradas intervenções não farmacológicas, como a criação de um ambiente tranquilo, o recurso ao toque terapêutico e a presença da pessoa significativa, estratégias que reforçam a humanização dos cuidados e a resposta emocional do doente.

Reconhecendo que a vivência da doença crítica de um familiar tem impacto direto na estrutura emocional da família, identifiquei manifestações de ansiedade, sofrimento antecipatório e luto complicado, como salientado por Kreuz e Netto (2021). A presença familiar em momentos sensíveis, como durante manobras de reanimação, foi respeitada sempre que possível, permitindo uma melhor compreensão do esforço terapêutico da equipa e facilitando o processo de aceitação da perda (Ferreira et al., 2014).

A comunicação com o doente e a família foi norteadada por princípios de empatia, clareza e assertividade, assumindo um carácter terapêutico e orientador. Foi assegurada a transmissão de informação compreensível, o apoio na gestão da ansiedade e a

criação de um espaço de escuta ativa, promovendo uma relação de confiança e de proximidade, indispensável ao cuidado em contexto crítico.

Na UCIP, todas as unidades possuem lavatórios e dispensadores de SABA com sinalética clara e procedimentos visíveis, são realizadas auditorias regulares e os resultados são comunicados aos profissionais (Andrade, 2015). Segundo a CCIRA (2024), a taxa global de adesão à Higiene das Mãos na UCIP foi de 79%, superior à média institucional (77%) e próxima da média nacional (80%, dados de 2023). Contudo, a taxa do primeiro momento (60%) ainda está abaixo do objetivo da DGS (2023), que estabelece uma meta de 90% de adesão global, e inferior ao valor nacional para o primeiro momento (73,2%).

Constatou-se que a higienização dos espaços e equipamentos era assegurada por serviço interno e por empresa externa, estando presente um plano de higienização ambiental nas instituições, com espaço para registo da mesma. Houve certificação que todo o material de uso múltiplo e outros equipamentos era limpo e desinfetado após a sua utilização de acordo com as especificidades exigidas. Em relação ao tratamento de roupas e resíduos hospitalares, a sua recolha é assegurada por empresa externa. Verificou-se o acondicionamento adequado, com circuitos bem definidos nas instituições.

Outra das medidas apontadas para o controlo da infeção é a metodologia das *bundles* (feixes de intervenção), lançado em 2001 pelo *Institute for Healthcare Improvement*. Esta metodologia multimodal tem sido aplicada em hospitais portugueses desde 2015, permitindo uma redução dos quatro principais tipos de IACS, nomeadamente as que estão associadas a dispositivos/procedimentos invasivos (Peres, 2024).

O SMI integra o projeto “STOP Infeção Hospitalar 2.0” e encontra-se atualmente a implementar dois feixes de intervenção. O primeiro, dedicado à *Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*, teve início em maio de 2023. Mais recentemente, em outubro de 2024, foi iniciado o feixe de intervenção para a *Prevenção da Pneumonia associada à Intubação*, encontrando-se em fase de planeamento a implementação do feixe de intervenção *Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. A implementação destes feixes segue as normas definidas pela DGS, incluindo a realização de certificações e auditorias regulares aos cuidados prestados. O objetivo é melhorar continuamente a qualidade assistencial, reduzindo as taxas de infeção, o tempo de internamento e, conseqüentemente, a mortalidade. Este processo permite identificar falhas e áreas prioritárias para melhoria. Para promover a transparência e o

envolvimento da equipa, os resultados das taxas de adesão aos elementos dos Feixes são afixados num placard informativo disponível no serviço.

Em relação à Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical (IUACV), a última infeção registada ocorreu em maio de 2024, com 1868 oportunidades para instalação de cateter, resultando numa redução significativa da taxa de incidência no SMI, de 9,48 para 1,89 infeções por 1000 dias de cateter. Este sucesso reflete o cumprimento do principal objetivo do projeto, destacando a eficácia na redução deste tipo de infeção (CCIRA, 2024).

Ao longo do estágio, houve um desenvolvimento evidente de competências específicas na área do controlo de infeção, com uma atuação proativa na gestão de riscos e na promoção de cuidados seguros e alinhados com as orientações da DGS (2023).

Os estágios foram determinantes para a consolidação das competências do EEEMC-PSC, com destaque para o desenvolvimento do pensamento crítico, baseado em evidência científica e para a tomada de decisão clínica fundamentada. Foi reforçada a importância de liderar, gerir e priorizar os cuidados, visando a melhoria contínua e a segurança do doente e família. Concluo, assim, que alcancei as competências propostas, aproveitando as oportunidades para o crescimento pessoal e profissional.

Parte II – Relatório Final da Componente Investigação
Causas da Omissão de Cuidados – A Perceção dos Enfermeiros

1. Justificação do estudo

A omissão de cuidados de enfermagem é uma preocupação significativa que reflete as perceções dos enfermeiros relativamente às suas responsabilidades profissionais e aos desafios que enfrentam na prestação de cuidados de qualidade. Vários estudos salientam que fatores como a carga de trabalho, os níveis de pessoal e o ambiente de trabalho influenciam de forma crítica a frequência da omissão de cuidados de enfermagem. Compreender estas perceções é essencial para melhorar os resultados dos doentes e aperfeiçoar as práticas de enfermagem. Uma razão comum para a omissão de cuidados é a falta de pessoal, referida por 85,4% dos enfermeiros, o que leva a um aumento da carga de trabalho e do stresse (Lima et al., 2020).

O ambiente da prática profissional tem um impacto significativo nas omissões de cuidados. Os ambientes mistos têm sido associados a taxas mais elevadas de cuidados não prestados (Silva et al., 2020) e os enfermeiros sentem frequentemente culpa e medo após a omissão de cuidados, encarando-a como uma má prática, o que pode afetar o seu bem-estar mental (Gillespie et al., 2025).

As omissões frequentes incluem a deambulação, o posicionamento do doente e a participação em discussões interdisciplinares, com taxas tão elevadas como 70,3% para os doentes sentados (Lima et al., 2020). Os doentes também relatam falta de cuidados, como a falta de apresentações e explicações inadequadas sobre as atividades de cuidados, indicando uma lacuna na comunicação (Mozzarelliet al., 2023).

A nível mundial, os cuidados de saúde inseguros provocam anualmente milhões de acontecimentos adversos evitáveis, com cerca de 2,6 milhões de mortes só nos países de baixo e médio rendimento. O custo económico é igualmente impressionante, com um custo de, até 2 biliões de dólares por ano, à escala da economia global. Por conseguinte, melhorar a segurança dos doentes é essencial não só para melhorar os resultados em termos de saúde, mas também para criar sistemas de cuidados de saúde eficientes que prestem cuidados de elevado valor à sociedade (*Health International*, 2024).

A segurança dos doentes é um atributo fundamental dos cuidados de qualidade e uma componente crítica dos cuidados de saúde baseados no valor. Os cuidados baseados no valor mudam o foco do volume para os resultados, dando prioridade à qualidade dos cuidados em detrimento da quantidade de serviços prestados. Garantir a segurança dos doentes é fundamental para a obtenção de cuidados eficazes e de elevada qualidade que conduzam a resultados positivos em termos de saúde. Pelo

contrário, os cuidados inseguros resultam em acontecimentos adversos, hospitalizações evitáveis e aumento dos custos dos cuidados de saúde, o que compromete o valor dos cuidados prestados (OMS, 2022; Health International, 2024).

Serpa et al. (2024) afirmam que a percepção da segurança do doente pelos profissionais de saúde está diretamente ligada à comunicação e ao trabalho em equipa. No contexto hospitalar, profissionais de diferentes áreas devem estar alinhados em relação às políticas de segurança e à gestão de riscos, de forma a evitar falhas no processo assistencial. Destacam a importância de estratégias interdisciplinares para garantir que todos os envolvidos no cuidado do doente compreendam as suas responsabilidades na segurança do doente, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz.

A segurança dos doentes não se limita à prevenção de erros médicos - trata-se de criar sistemas de saúde resilientes que prestem cuidados de saúde de qualidade e baseados em valores. Um aspeto essencial da segurança dos doentes envolve a capacitação de todos os profissionais de saúde através da literacia em saúde e da sua participação ativa no percurso dos cuidados de saúde (OMS, 2022).

Segundo Gampetro et al. (2021), o conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do doente é fundamental para a criação de uma cultura de segurança dentro das instituições hospitalares. Os autores destacam que a formação contínua e a sensibilização para as melhores práticas de segurança podem minimizar erros, como eventos adversos e incidentes, que afetam a qualidade do cuidado. No entanto, o estudo também revela que, em muitos hospitais portugueses, a implementação de programas de formação em segurança do doente ainda é insuficiente, o que compromete a eficácia desses esforços. No estudo, Hessels et al. (2018) observaram que a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança em Portugal varia conforme o nível de formação e a experiência. Profissionais com maior formação em gestão de risco e segurança do doente tendem a demonstrar maior conhecimento sobre práticas seguras. Predebon et al. (2016) sugerem que a formação contínua e a integração de protocolos de segurança nos processos diários são essenciais para garantir a segurança do doente, especialmente em contextos críticos, como em oncologia.

Apesar de algumas iniciativas implementadas para melhorar a formação e o conhecimento em segurança do doente, o estudo de Carvalho e Aguiar (2023) sugere que, ainda existe resistência em muitos hospitais portugueses à adoção de práticas sistemáticas de notificação de incidentes e eventos adversos, o que pode refletir uma falta de compreensão plena da importância dessas ações para a melhoria contínua da

segurança do doente por parte dos profissionais de saúde o que demonstra a falta de literacia dos mesmos.

Neste âmbito, em Portugal, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2021-2026 consiste em “Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026”. Entre as várias ações previstas destacasse: Implementação de um plano de formação anual, em segurança do doente, dirigido aos profissionais de saúde das unidades prestadores de cuidados de saúde.

Um estudo de âmbito internacional (Pelzang & Hutchinson, 2020) explorou de que forma o termo “segurança do doente” era percebido pelos profissionais de saúde (enfermeiros, professores, médicos, enfermeiros gestores e assistentes de saúde), todos responsáveis por promover a agenda de segurança do doente no sistema de saúde do Butão. Participaram 94 profissionais de saúde e gestores, recrutados em três hospitais diferentes, um instituto de formação e o Ministério da Saúde. A análise dos dados revelou uma variação na compreensão da segurança do doente entre os profissionais de saúde. Embora a maioria dos participantes entendesse a segurança do doente como sendo fundamentalmente “não causar dano” ou “reduzir o risco de danos ou lesões” aos doentes, alguns percecionaram a segurança do doente simplesmente como a existência de infraestruturas/edifícios robustos com espaço suficiente para gerir emergências de saúde pública, como terremotos, inundações e epidemias. Alguns confundiram a segurança do doente com a qualidade do atendimento e os direitos dos doentes. A compreensão inadequada do termo “segurança do doente” tem o potencial de dificultar a melhoria dos processos e práticas de segurança do doente no sistema de saúde locus de estudo. Para melhorar a segurança do doente em qualquer sistema de saúde, é necessário fornecer formação e educação sobre a segurança do doente a todas as categorias de profissionais de saúde (Pelzang & Hutchinson, 2020).

A investigação e a prática na área da educação em segurança do doente têm recebido grande atenção, no entanto, Zhou et al. (2024) referem que há escassez de análises bibliométricas abrangentes. Por conseguinte, o seu estudo teve como objetivo fornecer uma compreensão abrangente sobre o foco da pesquisa e as tendências de pesquisa na globalização do campo da educação em segurança do doente, além de descrever as características gerais das publicações. Obtiveram um total de 573 artigos, publicados entre 2000 e 2022, que mostravam uma tendência geral de aumento da produção investigativa na área. Os EUA, Inglaterra e Austrália foram os três países mais prolíficos; a Johns Hopkins University, a University of Technology Sydney e a University of Toronto foram as três instituições mais produtivas; as revistas mais produtivas: Nurse

Education Today, Journal of Nursing Education e BMC Medical Education. Com base na análise de conteúdo, foram identificados cinco principais focos de pesquisa: (1) Melhoria da Qualidade do Ensino e Aprendizagem em Segurança do Doente; (2) Conteúdo do Ensino de Segurança do Doente; (3) Ensino Especializado em Segurança do Doente; (4) Integração da Segurança do Doente no Ensino Clínico; (5) Conteúdo de Avaliação do Ensino de Segurança do Doente. Através da análise de agrupamento de palavras-chave, foram identificados cinco focos de pesquisa e conteúdos relevantes. De acordo com este estudo, a simulação, a comunicação, a colaboração e a medicação devem ser alvo de mais atenção por parte dos investigadores e professores, bem como podem ser as principais tendências para estudos futuros (Zhou et al., 2024).

As exigências dos cuidados de enfermagem têm vindo a aumentar significativamente, impulsionadas pelo crescimento das doenças crónicas e pela multimorbilidade, o que requer que os enfermeiros prestem cuidados complexos e completos para garantir resultados seguros para os doentes (Pelzang & Hutchinson, 2020). Estudos anteriores demonstram que a monitorização frequente das atividades de enfermagem nos contextos clínicos é crucial, dada a crescente complexidade dos cuidados, agravada pela elevada acuidade dos doentes e regimes terapêuticos exigentes (Bail & Grealish, 2016; Gillespie, 2025).

A omissão de cuidados de enfermagem tem sido associada à redução da qualidade e segurança dos cuidados prestados, estando relacionada com o aumento de eventos adversos em doentes hospitalizados, como evidenciado em diversos países, incluindo os Estados Unidos da América, Europa e Oceânia (Ball et al., 2018; Willis & Brady, 2021).

Apesar da robusta evidência da ocorrência global da omissão de cuidados de enfermagem (*MNC - Missed Nursing Care*), este fenómeno permanece pouco desenvolvido em termos conceptuais, sendo frequentemente utilizado de forma intercambiável com termos como cuidados inacabados ou racionamento implícito de cuidados (Zhu et al., 2019). O termo *MNC* foi introduzido por Kalisch (2006), sendo definido como qualquer atividade de enfermagem adiada, não realizada ou parcialmente executada, com taxas de prevalência que variam entre 55% e 98% (Kalisch & Williams, 2009).

Este fenómeno constitui um problema global que ameaça os resultados dos cuidados e afeta a satisfação dos profissionais (Bragadóttir et al., 2020). A sua monitorização tem sido considerada um indicador de qualidade em cuidados intensivos e agudos (Bragadóttir et al., 2017). A sua variabilidade está relacionada com fatores

como a composição das equipas de enfermagem e a acuidade dos doentes (Ball et al., 2016; Griffiths et al., 2018). Em última instância, a omissão de cuidados reflete a intensificação do trabalho de enfermagem (Bragadóttir et al., 2020). Estudos como os de Blackman et al. (2018) e Albsoul et al. (2019) identificaram fatores como as interrupções no fluxo de trabalho, ausência de apoio da gestão, falhas na comunicação e entrega de turnos como contribuintes para a omissão de cuidados. Concluiu-se que a governação organizacional e o contexto clínico local devem ser considerados na elaboração de estratégias de atenuação.

As omissões de cuidados de enfermagem frequentes incluem a deambulação, o posicionamento do doente e a participação em discussões interdisciplinares, com taxas tão elevadas como 70,3% para os doentes sentados (Lima et al., 2020). Evidências mostram que os doentes também relatam falta de cuidados, como a falta de apresentações e explicações inadequadas sobre as atividades de cuidados, indicando uma lacuna na comunicação (Gaia et al., 2023). Neste sentido, os enfermeiros enfatizam a importância de procurar apoio e de se envolverem em autorreflexão para lidar com a carga emocional dos cuidados perdidos (Actub et al., 2024). Como tal, a implementação de estratégias adaptativas pode ajudar a minimizar a ocorrência de cuidados perdidos e o seu impacto emocional nos enfermeiros (Actub et al., 2024).

Embora os estudos sublinhem os desafios que os enfermeiros enfrentam, também destacam a necessidade de mudanças sistémicas para melhorar a prestação de cuidados e apoiar os enfermeiros. A abordagem destas questões é crucial para aumentar a satisfação dos enfermeiros e os resultados para os doentes. Tendo por base o exposto, com o presente trabalho, pretende-se: mapear a evidência científica disponível sobre os fatores relacionados com a omissão de cuidados; analisar os cuidados de enfermagem mais omissos pelos enfermeiros; verificar a influência do processo de tomada de decisão dos enfermeiros na omissão de cuidados; perceber se existem diferentes perceções sobre cuidados omissos pelos enfermeiros generalistas vs. enfermeiros especialistas; analisar o impacto da omissão de cuidados na qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. Metodologia

A presente revisão teve por base as diretrizes preconizadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI), destacando a relevância do rigor metodológico na condução da mesma (Peters et al., 2020) e foi suportada pelo modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021).

2.1. Tipo de estudo

A *Scoping Review* (ScR) é reconhecida como uma modalidade de revisão sistemática da literatura, sendo atualmente uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da enfermagem baseada na evidência (Amendoeira et al., 2021). O cenário da saúde e os cuidados associados têm-se tornado cada vez mais complexos, o que reforça a necessidade de abordagens metodológicas diferenciadas, além das revisões tradicionais (Pollock et al., 2024). Este tipo de revisão oferece uma perspectiva ampla sobre um tema, área, conceito ou questão específica, integra dados de diferentes metodologias (Munn et al., 2022). O planejamento prévio de uma ScR é a base para a condução de um processo transparente, evitando ao máximo a possibilidade de viés (Peters et al., 2020). Como tal, o protocolo, previamente estabelecido, possibilitou aclarar os objetivos do estudo, a metodologia, os critérios de elegibilidade, o modo de extração de dados e a sua apresentação. Para a sua concretização, foi feito um mapeamento e síntese da evidência existente sobre a temática em estudo, enunciando os principais conceitos, teorias, tipos de estudos/fontes e gaps.

2.2. Critérios de elegibilidade e questão de revisão

A definição da questão de revisão é uma etapa fundamental, que orienta o processo de seleção dos estudos, extração de dados, mapeamento das evidências e interpretação dos seus resultados (Apóstolo, 2017). A construção e formulação dessa questão seguiram um formato estruturado, com base na estratégia População (P),

Conceito (C) e Contexto (C) (Apóstolo, 2017; Aromataris et al., 2024), conforme ilustrado no quadro 1.

Quadro 1. Matriz PCC

Mnemónica	
P (Participantes)	Enfermeiros
C (Conceito)	Omissão de cuidados em contexto hospitalar
C (Contexto)	Hospital

Tendo por base a estratégia PCC anteriormente referida, foi formulada a seguinte questão de revisão: *Qual a percepção dos enfermeiros sobre a omissão de cuidados em contexto hospitalar?*

2.3. Objetivos

Mediante o exposto, esta ScR teve como objetivo principal identificar os fatores relacionados com a omissão de cuidados. Como objetivos específicos, analisar os cuidados de enfermagem mais omissos pelos enfermeiros; verificar a influência do processo de tomada de decisão dos enfermeiros na omissão de cuidados; perceber se existem diferentes percepções sobre cuidados omissos pelos enfermeiros generalistas vs. enfermeiros especialistas; analisar o impacto da omissão de cuidados na qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.4. Tipos de fontes de evidência

A seleção das fontes de informação deve abranger toda a literatura relevante para a questão de pesquisa, com a definição prévia dos tipos de estudos a serem incluídos, para garantir a coerência metodológica e a transparência na revisão (Aromataris et al., 2024). Os revisores podem aplicar critérios específicos para limitar ou expandir a ScR, direcionando a pesquisa para os estudos que melhor atendem aos objetivos. A aplicação de limites na tipologia das fontes contribui para uma seleção mais precisa da evidência, evitando a inclusão de literatura irrelevante (Aromataris et al., 2024). Esta ScR incluiu estudos primários de diferentes tipos, como quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. A literatura cinzenta, teses e dissertações, também foi

considerada. Optou-se por excluir resumos de conferências e apresentações orais. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, porquanto não é obrigatória numa ScR, que visa mapear a evidência científica sem hierarquizar ou classificar criticamente os estudos (Aromataris et al., 2024).

2.5. Estratégia de pesquisa

Para garantir uma identificação rigorosa da literatura relevante, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa trifásica, conforme os princípios metodológicos do JBI (Aromataris et al., 2024). O objetivo foi localizar estudos publicados e não publicados, com restrições de idiomas (inglês, português e espanhol), com um friso temporal de 6 anos (2019-2025), mas sem limitações geográficas ou culturais. Foram excluídos os estudos sem acesso gratuito ao texto integral.

Na primeira fase, em 17 de outubro de 2024, realizou-se uma pesquisa preliminar em duas bases de dados (Medline, B-On e EBSCOhost) para identificar as palavras mais frequentes em títulos e resumos relacionados ao tema. Analisaram-se os termos de indexação para construir uma estratégia de pesquisa sólida. Esta pesquisa inicial permitiu elaborar uma expressão de pesquisa personalizada, utilizando descritores e qualificadores do *Medical Subject Headings* (MeSH) e operadores booleanos (AND e OR).

Numa segunda fase, também em 17 de outubro de 2024, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados selecionadas, recorrendo aos termos de indexação identificados. Na pesquisa efetuada, foram obtidos diferentes totais de registos consoante a base de dados utilizada. A base de dados EBSCOhost registou um total de 6 resultados. Na Medclatina, foi identificado apenas 1 registo. A base de dados Medline apresentou 302 registos relevantes. Por sua vez, a B-On foi a base de dados com maior número de resultados, totalizando 1.226. Na CINAHL Complete, foram obtidos 265 registos, enquanto a Nursing Allied Health Collection apresentou um total de 109. Assim, nesta fase obtiveram-se n=1,909 artigos. Posteriormente, a 7 de maio de 2025, foi realizada uma nova pesquisa na base de dados ScienceDirect, da qual resultou a identificação de 6 artigos relevantes. Complementarmente, procedeu-se a uma pesquisa livre (*broad search*) no Google Scholar, com o objetivo de mapear evidência mais recente disponível sobre o tema. Embora esta plataforma não ofereça filtros de pesquisa tão refinados como outras bases de dados científicas, a sua utilização revelou-se útil, particularmente por incluir literatura cinzenta, como teses, dissertações e

relatórios técnicos. Esta pesquisa adicional permitiu identificar 7 registos pertinentes, totalizando 1239 registos.

Quadro 2. Estratégia de pesquisa por base de dados

Base de dados	Expressão de pesquisa	Registos obtidos
EBSCOhost	S3 (SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals)) AND (S1 AND S2) S2 SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals) S1 SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care")	6
Mediclatina	S7 S5 AND S6 S6 SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals) S5 SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") S4 S1 AND S2 S3 S1 AND S2 S2 SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals) S1 SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care")	1
Medline	S4 (SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals)) AND (S1 AND S2) S3 (SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals)) AND (S1 AND S2) S2 SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals) S1 SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care")	302
B-On	(SU (hospital or hospitals) OR TI (hospital or hospitals) OR AB (hospital or hospitals)) AND (SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care"))	1,226
CINAHL Complete	S4 (SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals)) AND (S1 AND S2)	265
Nursing Allied Health Collection	S1 AND S2 S3 S1 AND S2 S2 SU (Hospital or hospitals) OR TI (Hospital or hospitals) OR AB (Hospital or hospitals) S1 SU ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR TI ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care") OR AB ("miss care" or "missed care" or "missed nursing care" or "nursing care left undone" or "omitted care" or "unfinished care" or "unfinished nursing care")	109
ScienceDirect	(SU(hospital OR hospitals) OR TI(hospital OR hospitals) OR AB(hospital OR hospitals)) AND (SU("miss care" OR "missed care" OR "missed nursing care" OR "nursing care left undone" OR "omitted care" OR "unfinished care" OR "unfinished nursing care"))	6

	OR TI("miss care" OR "missed care" OR "missed nursing care" OR "nursing care left undone" OR "omitted care" OR "unfinished care" OR "unfinished nursing care") OR AB("miss care" OR "missed care" OR "missed nursing care" OR "nursing care left undone" OR "omitted care" OR "unfinished care" OR "unfinished nursing care"))	
Google Scholar	("miss care" OR "missed care" OR "missed nursing care" OR "nursing care left undone" OR "omitted care" OR "unfinished care" OR "unfinished nursing care") AND (hospital OR hospitals)	7

2.6. Seleção de Estudos

Os dois revisores independentes procederam à leitura e à seleção dos artigos, por título e resumo, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e as fontes selecionadas. Os mesmos revisores analisaram também os artigos considerados elegíveis, mediante leitura do texto integral.

Numa terceira fase, realizou-se a pesquisa de estudos adicionais relevantes, identificados nas referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão. Novamente, os dois grupos de revisores independentes procederam à leitura e à seleção desses artigos, por título e resumo, aplicando os critérios de elegibilidade. Foi igualmente realizada a análise dos artigos para elegibilidade, através da leitura integral. Em todas as etapas, tanto de triagem como de inclusão, não ocorreram divergências entre os revisores, não tendo havido a necessidade de incluir um terceiro revisor para decisão final.

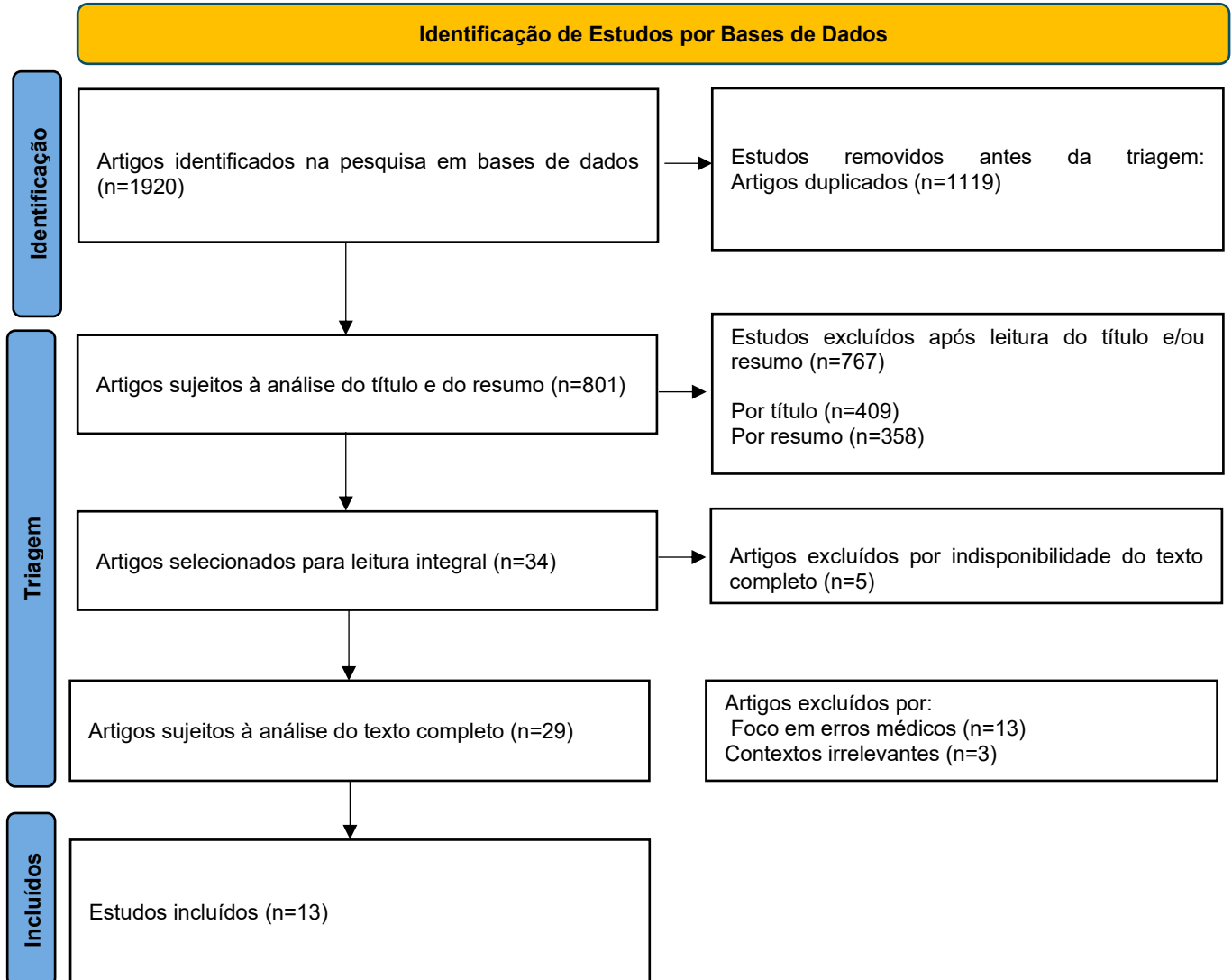
O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos seguiu as diretrizes PRISMA-ScR e encontra-se representado no respetivo fluxograma. Inicialmente foram identificados 1920 artigos através de pesquisa em bases de dados científicas. Após a remoção de 1119 duplicados, resultantes de sobreposição entre diferentes fontes, permaneceram 801 artigos para análise.

Estes 801 registos foram então submetidos à leitura do título e do resumo, com o objetivo de avaliar a sua relevância face aos critérios previamente definidos. Deste processo, foram excluídos 767 artigos: 409 com base apenas no título, por revelarem incongruência temática, e 358 após leitura do resumo, por não cumprirem os critérios de elegibilidade.

Avançou-se, assim, para a leitura integral de 34 artigos. Nesta etapa, foi possível confirmar a elegibilidade de 29 estudos para análise aprofundada. Foram excluídos 5 artigos, dos quais 13 incidiam predominantemente sobre erros médicos, tema que não se enquadrava no objetivo da presente ScR, e 3 apresentavam contextos considerados irrelevantes ou não aplicáveis.

Concluído o processo, foram incluídos 13 artigos que constituem o corpo final da evidência analisada, permitindo dar resposta fundamentada à questão de investigação delineada.

Figura 1. PRISMA-ScR (Page et al., 2021)



4. Resultados

Os resultados obtidos são apresentados no Quadro 3, estando organizados de acordo com os autor(es), ano de publicação, objetivo(s), metodologia e principais conclusões.

Quadro 3. Resumo dos 13 estudos incluídos na ScR

Autor(es)/Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Conclusões
Kassahun et al., 2022, Etiópia	Avaliar a prevalência de cuidados de enfermagem omissos e os fatores associados entre os enfermeiros do Hospital Universitário de Gondar.	Estudo transversal institucional, realizado com 485 enfermeiros entre 15 de maio e 15 de junho de 2022. A amostragem foi aleatória simples, com questionário autoadministrado.	<p>Cuidados de Enfermagem omissos (Global): foi registada uma prevalência global de 62,5% (IC 95%: 60,98-64,02).</p> <p>Cuidados mais frequentemente omitidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registo de todos os dados necessários (81,25%) - Avaliação dos sinais vitais (75,5%) - Cuidados e avaliação do cateter IV de acordo com as normas hospitalares (71,25%) - Educação ao doente (70%) <p>Fatores associados estatisticamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser solteiro (B = -4,609; p=0,004) - Adequação do número de enfermeiros (B = -2,458; p=0,003) - Satisfação com o rendimento (B = -8,753; p=0,007) - Trabalhar em unidade médica (B = -5,708; p=0,002) - Trabalhar em turnos diurnos e noturnos (B = 1,731; p=0,027) 	<p>Mais de metade dos participantes relataram omitir cuidados básicos de enfermagem. Fatores como estado civil (solteiro), adequação da equipa de enfermagem, satisfação com o rendimento e tipo de turno foram negativamente correlacionados com os cuidados em falta, sugerindo que funcionam como fatores protetores.</p> <p>O estudo destaca uma prevalência significativa de cuidados de enfermagem em falta no Hospital da Universidade de Gondar, com tarefas específicas frequentemente negligenciadas.</p>
Abere et al., 2024, Etiópia	Investigar a prevalência de cuidados de enfermagem omissos e os fatores associados em hospitais públicos de Bahir Dar City, Etiópia.	Estudo transversal institucional, com 369. O estudo foi realizado em hospitais públicos de nível primário e secundário.	<p>Prevalência geral de cuidados de enfermagem omitidos</p> <p>A prevalência de cuidados de enfermagem omitidos (não realizados, parcial ou totalmente, ou adiados) foi de 46,3% (IC 95%: 41,7% a 50,9%).</p> <p>Atividades de enfermagem mais frequentemente omitidas: exame físico completo, com uma taxa de omissão de 56,4%.</p> <p>Outras atividades frequentemente omitidas incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeamento e ensino para a alta hospitalar (50,9%) 	<p>Uma proporção significativa de enfermeiros omitiu cuidados essenciais.</p> <p>Fatores como o sexo masculino, ausência de formação contínua, turnos prolongados, insatisfação com a equipa e intenção de abandonar a profissão estão significativamente associados a esta omissão.</p> <p>Estes resultados indicam a necessidade de intervenções específicas, como a melhoria da formação, promoção do trabalho em equipa e reorganização dos turnos, para mitigar o</p>

			<ul style="list-style-type: none"> – Apoio emocional ao doente e à família (50,8%) – Monitorização de entradas e saídas (50,2%) – Apoio à deambulação do doente (48,5%) – Registos/documentação (48%) <p>Estas omissões evidenciam áreas críticas dos cuidados ao doente que, ao serem negligenciadas, podem comprometer a segurança, a satisfação e os resultados em saúde.</p> <p>Fatores Associados aos Cuidados de Enfermagem Omitidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Enfermeiros do sexo masculino apresentaram uma probabilidade 2,9 vezes maior de omitir cuidados de enfermagem do que as enfermeiras (OR: 2,9; IC 95%: 1,8 a 4,8). • Formação em Serviço: Os profissionais que não receberam formação no último ano apresentaram uma probabilidade 2,2 vezes maior de omitir cuidados (OR: 2,2; IC 95%: 1,4 a 3,6), evidenciando a importância da formação contínua. • Turnos de Trabalho: Enfermeiros que realizaram turnos de 24 horas tiveram 3,7 vezes mais probabilidade de omitir cuidados em comparação com aqueles que fizeram apenas turnos diurnos de 12 horas (ORa: 3,7; IC 95%: 2,0 a 6,5). A fadiga associada a turnos prolongados contribui para essa tendência. • Satisfação com o trabalho em Equipa: Profissionais insatisfeitos com o trabalho em equipa tinham 4,6 vezes mais probabilidade de omitir cuidados (OR: 4,6; IC 95%: 2,8 a 7,6), o que pode levar a stresse, <i>burnout</i> e menor qualidade assistencial. • Intenção de abandonar a profissão: Enfermeiros com intenção de deixar a profissão apresentaram uma probabilidade 1,8 vezes maior de omitir cuidados (ORa: 1,8; IC 95%: 1,1 a 2,9), 	<p>problema e elevar a qualidade dos cuidados prestados.</p>
--	--	--	---	--

			indicando que esta intenção pode afetar negativamente o desempenho.	
Cartaxo et al., 2024, Áustria	Explorar configurações não triviais de razões associadas ao cuidado de enfermagem omisso, a partir da perspectiva de enfermeiros em unidades gerais de hospitais austríacos.	Estudo transversal com 401 enfermeiros. Utilizou-se o questionário MISSCARE-Austria (revisado) e análise qualitativa comparativa (QCA) para identificar modelos configuracionais entre fatores contextuais, razões para omissão e intervenções não realizadas.	<p>Fatores contextuais e razões para a omissão de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precursores inconsistentes: Fatores contextuais como características dos enfermeiros, unidades e hospitais não foram identificados como precursores consistentes das razões para a omissão de cuidados. No entanto, alguns desses fatores mostraram-se relevantes para desencadear a percepção de elevada exigência assistencial, escassez de recursos humanos e características institucionais. • Improbabilidades lógicas: Certos percursos causais identificados, como a presença de auxiliares de enfermagem em cargos de gestão com determinados níveis de experiência, foram considerados logicamente improváveis e não relacionados com os resultados, devido aos requisitos típicos de liderança em enfermagem. <p>Principais razões para a omissão de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença sistemática de cuidados omitidos: A omissão de cuidados foi observada de forma sistemática quando a procura assistencial era elevada. • Escassez de recursos humanos: A falta de pessoal, muitas vezes combinada com outros fatores, foi sistematicamente associada à ocorrência de cuidados omitidos; falta de dotações seguras. • Múltiplas configurações: Diferentes combinações de razões foram associadas, de forma não trivial, a vários tipos e frequências de cuidados omitidos. • Elevada procura e poucos recursos humanos: A maioria dos caminhos causais conducentes à omissão incluía significativamente a elevada procura de cuidados e/ou escassez de recursos humanos, isoladamente ou em 	<p>O estudo evidencia que a omissão de cuidados de enfermagem é um fenómeno complexo, influenciado por múltiplos fatores interativos, sobretudo a elevada procura de cuidados e a má alocação de recursos humanos.</p> <p>Os resultados sugerem que uma abordagem baseada na teoria da complexidade é necessária para compreender plenamente os mecanismos causais, uma vez que diferentes configurações conduzem a diferentes formas de omissão.</p>

			<p>combinação com outras condições de primeira ordem.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamentos e comunicação: Dificuldades nas relações interpessoais e na comunicação, juntamente com recursos materiais insuficientes, estiveram presentes em algumas configurações causais, geralmente associadas à alta exigência assistencial e escassez de pessoal. <p>Resultados específicos da omissão de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções frequentemente omitidas: Usar uma abordagem de alta calibração, as intervenções mais frequentemente omitidas incluíram: mobilização/deambulação, documentação completa, ensino ao doente e cuidadores informais, apoio emocional, aconselhamento e formação para alta hospitalar, reavaliações focadas, resposta atempada aos pedidos de chamada, avaliação da eficácia da medicação PRN, participação em reuniões interdisciplinares e vigilância adequada de doentes confusos ou com défices cognitivos. • Associações específicas: Certas intervenções, como a mobilização, a administração de medicação programada, a avaliação de sinais vitais, o ensino sobre a doença, o apoio emocional, a escassez de recursos materiais e dificuldades de comunicação e relacionamento entre os membros da equipa. 	
Oliveira et al., 2022, Brasil	Avaliar as razões correlacionadas com a omissão de cuidados de enfermagem num hospital universitário.	<p>Estudo transversal analítico; amostra por conveniência de 227 participantes; instrumento MISSCARE-Brasil, que avalia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Laborais: refere-se à quantidade e qualidade da força de trabalho disponível (ex.: número insuficiente de profissionais, aumento inesperado de utentes, sobrecarga de trabalho). 	<p>Principais cuidados omitidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mais omitido: Deambulação do utente (70,9%). • Cuidados de prioridade intermediária foram os mais frequentemente omitidos. • Cuidados de prioridade alta, como aspiração de vias aéreas, também apresentaram omissão (24,7%). • Cuidados de baixa prioridade, como sentar o utente fora da cama (59%) e 	<p>Cuidados mais omitidos: deambulação (70,9%). Principal motivo: aumento inesperado da gravidade/volume de utentes (93%). Houve correlações positivas, ainda que fracas, entre a omissão de cuidados e as razões atribuídas ($p < 0,05$).</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Materiais: diz respeito à disponibilidade e funcionamento adequado de materiais e equipamentos necessários para a assistência. • Comunicação: envolve falhas ou dificuldades na troca de informações entre profissionais da equipe de enfermagem, entre turnos ou com outros setores e profissionais da saúde. • Dimensão Ética: abrange atitudes e comportamentos relacionados à responsabilidade, comprometimento e postura ética dos profissionais. • Estilo de Gestão/Liderança Institucional: relaciona-se à capacidade dos líderes e gestores em orientar, educar e motivar a equipe, além da existência de formação continuada. 	<p>planeamento da alta hospitalar, também tiveram elevada omissão.</p> <p>Razões mais prevalentes para omissão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos laborais: <ul style="list-style-type: none"> – Aumento inesperado do volume/severidade de utentes (93%). – Número inadequado de profissionais (89,4%). – Muitos profissionais com pouca experiência. – Profissionais a trabalhar doentes. – Profissionais com mais de um emprego. • Recursos materiais: <ul style="list-style-type: none"> – Falta de materiais/equipamentos (88,1%). – Materiais avariados ou inadequados (86,3%). • Comunicação: <ul style="list-style-type: none"> – Distribuição desigual dos utentes (71,8%). – Falta de ajuda de outros membros da equipa quando necessário. – Conflitos/tensões com outros setores e dentro da própria equipa. • Dimensão ética: <ul style="list-style-type: none"> – Falta de postura ética e compromisso com o trabalho (48,5%). – Medo de punição/demissão. – Profissionais negligentes. • Gestão/liderança institucional: <ul style="list-style-type: none"> – Falta de formação em serviço (62,6%). 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Falta de preparação dos enfermeiros para liderar equipas. - Falta de motivação para o trabalho. <p>Correlações estatísticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Houve correlações positivas, embora fracas, entre os motivos de omissão e os cuidados omitidos, especialmente em: <ul style="list-style-type: none"> - Situações de emergência e omissão de cuidados intermediários. - Falta de medicamentos e omissão em todos os níveis de prioridade. - Problemas de comunicação com outros setores e cuidados de alta prioridade. - Profissionais sem ética e omissão de cuidados intermediários. <p>Falta de motivação e omissão de cuidados de baixa prioridade.</p>	
Paiva et al., 2021, Portugal	Identificar estratégias percebidas pelos enfermeiros de um hospital oncológico para minimizar os cuidados de enfermagem omissos.	Estudo exploratório, descritivo, transversal, de natureza qualitativa, baseado num estudo de caso. A amostra foi composta por 10 enfermeiros de enfermarias de especialidades médicas num hospital oncológico. A recolha de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2018 através de entrevistas semiestruturadas.	Foram identificadas cinco estratégias principais para minimizar os cuidados de enfermagem omissos: Conscientização do erro – a nível individual e institucional; Formação – contínua, dirigida aos profissionais de saúde e cuidadores informais; Comunicação – entre pares e equipas multidisciplinares; Adequação dos recursos – humanos, materiais e estruturais; Mudança da cultura organizacional – promoção de liderança humanizada, normalização dos cuidados e reestruturação do sistema de auditoria.	Os cuidados de enfermagem omissos comprometem a qualidade dos cuidados e aumentam a vulnerabilidade dos doentes. A adoção das estratégias identificadas pode melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados e deve ser considerada noutros contextos similares.
Sarpong et al., 2023, Austrália	Explorar a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem omissos num hospital universitário da Austrália Ocidental.	Estudo transversal quantitativo, baseado no uso do instrumento MISSCARE Survey. A amostra incluiu 208 enfermeiros de um hospital universitário, sendo recolhidos dados sobre a frequência dos cuidados omissos e os fatores que os contribuem. A análise foi feita	<p>Cuidados mais frequentemente omitidos (“Ocasionalmente”, “Frequentemente” ou “Sempre omitido”):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização do doente três vezes por dia: 55,7% • Apoio emocional ao doente/família: 54,8% 	Embora sejam necessários mais estudos para analisar a relação entre os cuidados de enfermagem omissos e as metodologias de alocação de pessoal, este estudo fornece evidências sobre a omissão de cuidados relatados por enfermeiros e o seu impacto na realidade hospitalar na Austrália.

		através de estatística descritiva e inferencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento de alta e/ou educação do doente: 50,5% • Higiene oral: 46,6% • Assistência ao sentar o doente em cadeira: 45,7% <p>Fatores mais frequentemente associados à omissão de cuidados (elevada significância):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carga de trabalho devido ao número inadequado de enfermeiros: 80,8% • Aumento de tarefas não relacionadas com cuidados diretos (ex.: tarefas administrativas): 76,4% • Falta de tempo para realizar todos os cuidados necessários: 71,2% • Comunicação ineficaz entre a equipa de enfermagem: 58,7% • Falta de materiais e equipamentos adequados: 52,9% <p>Relações com variáveis demográficas e profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros com mais de 10 anos de experiência profissional reportaram níveis mais elevados de cuidados omissos em comparação com os menos experientes. • Enfermeiros do turno da noite indicaram maior frequência de omissões do que os do turno da manhã ou tarde. • Unidades com alta rotatividade de doentes apresentaram taxas significativamente superiores de cuidados omissos de enfermagem ($p < 0,05$). <p>Perceções dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos participantes relatou preocupação com o impacto dos cuidados omissos de enfermagem na segurança do doente e na qualidade dos cuidados. • Sugeriram melhorias urgentes na alocação de recursos humanos, na comunicação entre equipas e na distribuição de tarefas, como estratégias para reduzir os cuidados omissos. 	
--	--	--	--	--

<p>Jesus et al., 2025, Portugal</p>	<p>Mapear a evidência científica existente sobre omissões de cuidados comuns ao serviço de urgência e aos cuidados intensivos</p>	<p><i>Scoping review</i> que reuniu estudos relevantes nas bases de dados Scopus, Medline, PubMed, CINAHL, MedicLatina e RCAAAP. A amostra final, constituída por 14 artigos, entre 2016 e 2024.</p>	<p>Identificaram-se oito componentes de cuidados de enfermagem omissos comuns aos dois contextos, nomeadamente: relação enfermeiro-doente (apoio emocional, interesse e compaixão), higiene oral, cuidados de eliminação, cuidados básicos, mobilização e posicionamento do doente, deambulação, documentação dos cuidados prestados, cuidados relacionados com acessos intravenosos e participação em reuniões multidisciplinares.</p> <p>As principais causas comuns às omissões incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cargas de trabalho excessivas, • agravamento súbito do estado clínico dos doentes, • rácio elevado de doentes por enfermeiro e escassez de profissionais. <p>No entanto, os efeitos das omissões e as estratégias de atenuação partilhadas entre os dois contextos foram pouco evidentes, sendo as mais comuns identificadas: o trabalho em equipa e a experiência profissional dos elementos da equipa.</p>	<p>Este estudo identificou práticas omissas e as suas causas comuns. Todavia, a escassez de dados sobre os efeitos e estratégias de mitigação partilhadas revela uma lacuna no conhecimento atual. Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de mais investigação, particularmente focada nos serviços de urgência, de modo a compreender melhor o impacto das omissões e delinear intervenções eficazes para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados a doentes críticos.</p>
<p>Mainz et al., 2025, Países Baixos</p>	<p>Investigar a prevalência, os tipos e as razões da omissão de cuidados de enfermagem em hospitais dos Países Baixos à escala nacional.</p>	<p>Estudo transversal, com aplicação da versão dinamarquesa da pesquisa MISSCARE. Participantes: 3507 enfermeiros de 35 hospitais regionais e universitários.</p>	<p>Prevalência de cuidados omissos: 44% dos elementos necessários dos cuidados de enfermagem foram “sempre, frequentemente ou ocasionalmente” omissos, com a prevalência a variar entre 32% e 53% entre os hospitais;</p> <p>Cuidados de enfermagem mais frequentemente omitidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistência em ambulância (70%), mobilização dos doentes (68%), • registo completo da documentação (64%), • higiene oral (62%), • participação em reuniões interdisciplinares (58%), • apoio emocional (57%), • atividades educativas dirigidas ao doente (57%). <p>Cuidados de Enfermagem Menos Frequentemente Omitidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • higienização das mãos, • avaliação clínica do doente (incluindo sinais vitais e reavaliação focada), 	<p>Tendência para a omissão de cuidados físicos e emocionais básicos, enquanto os cuidados associados à prevenção de eventos críticos eram, geralmente, priorizados. A principal causa subjacente aos cuidados de enfermagem omissos parece residir no desajuste entre os recursos disponíveis e as exigências assistenciais, nomeadamente em termos de carga de trabalho e complexidade dos doentes.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • preparação de refeições para doentes autónomos na alimentação, • monitorização da glicemia capilar. <p>Causas mais comuns para a Omissão de Cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rácio inadequado entre enfermeiros e doentes (79%), • aumento inesperado do volume ou acuidade dos doentes (75%), • ocorrência de situações clínicas urgentes (62%), • elevada rotatividade de doentes por admissão/alta (58%), em menor percentagem, falhas na comunicação intra-equipa e interdepartamental, • apoio insuficiente por parte dos membros da equipa, • disfuncionalidades nos equipamentos disponíveis. 	
Li et al., 2023, China	Investigar o impacto da duração das horas de trabalho na omissão de cuidados de enfermagem, na qualidade dos cuidados prestados e na perceção dos enfermeiros relativamente ao seu ambiente de prática clínica.	Estudo multicêntrico, de natureza transversal. A recolha de dados decorreu através de questionários <i>online</i> . Participaram enfermeiros registados de 29 hospitais da província de Hubei, na China (13 hospitais de nível III e 16 de nível II, a maioria (82,47%) estava alocada em hospitais nível III).	<p>Cuidados de enfermagem omissos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em turnos diurnos, o menor número de cuidados omissos foi observado em turnos de 7,5 horas; o intervalo 7-7,5 horas por turno revelou-se o mais satisfatório em termos de ambiente de prática e qualidade dos cuidados. • Em turnos noturnos, o maior número de cuidados omissos ocorreu em turnos de 12 horas, diminuindo progressivamente até às 7 horas. • O trabalho extraordinário correlacionou-se positivamente com os cuidados omissos nos turnos diurnos, mas sem significância estatística nos turnos noturnos. • Enfermeiros com formação pós-graduada e títulos profissionais mais elevados apresentaram maior probabilidade de relatar cuidados omissos. 	O estudo identificou horários ótimos de trabalho para os enfermeiros com base nos resultados autorrelatados: 7-7,75 horas para turnos diurnos e 12 horas (até um máximo de 15 horas) para turnos noturnos. Estes intervalos corresponderam a menor frequência de cuidados perdidos, maior qualidade assistencial e melhor perceção do ambiente de trabalho. Efeitos negativos do trabalho extraordinário na qualidade dos cuidados e no bem-estar profissional. Sublinha-se a necessidade de os gestores de enfermagem reduzirem a carga horária, o número de turnos noturnos e a ocorrência de horas extraordinárias, promovendo a segurança do doente e a saúde ocupacional dos profissionais. Evidência relevante para o desenvolvimento de políticas de trabalho equitativas, que promovam o equilíbrio entre a saúde ocupacional e a prestação de cuidados de qualidade.
Rahmah et al., 2022, Indonésia	Explorar os fatores que influenciam os cuidados	Revisão sistemática da literatura, realizada nas bases de dados	Cinco fatores principais levaram a cuidados omissos de enfermagem:	Em hospitais, uma elevada carga de trabalho, disparidade de rácio enfermeiro/doente, a

	omissos de enfermagem em hospitais, procurando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem	CINAHL, PubMed, Ebsco, Science Direct, ProQuest, Willey e Sage, abrangendo artigos publicados entre 2017 e 2021; N=21 artigos.	<ul style="list-style-type: none"> • falta de satisfação no trabalho, • escassez enfermeiros/disparidade de raios, • nível de competência de alguns enfermeiros, • ambiente de trabalho, • excessiva carga de trabalho/<i>burnout</i>. 	falta de <i>engagement</i> no trabalho e um ambiente de trabalho sem apoio podem levar a cuidados omissos de enfermagem. Portanto, o papel do enfermeiro gestor é crucial para criar uma equipa de enfermagem adequada, melhorar a sua competência e promover um ambiente de trabalho positivo.
Mohammadi et al., 2023. Irão	Determinar a relação entre a pontuação da atividade de enfermagem (NAS) e os cuidados omitidos em doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).	Estudo observacional e prospetivo. Amostra estimada em 298 doentes. Utilizaram-se três instrumentos principais: um questionário para o perfil do doente e do enfermeiro, Nursing Activity Score (NAS) e uma lista de verificação de cuidados omissos.	<p>A média da NAS na UCI foi de 76,31 (IC 95%: 13,06 a 14,89).</p> <p>Incidência de cuidados omissos de enfermagem: 40,7% das tarefas não realizadas nas 9 dimensões avaliadas.</p> <p>Dimensões mais frequentes: prevenção de trombose venosa profunda (53,8%), avaliação da pele e vascularização dos membros (49,5%) e regulação do ventilador (46,5%).</p> <p>Relação entre NAS e os cuidados omissos de enfermagem: Nas dimensões de avaliação, higiene das mãos e controlo de infeções, observou-se um aumento estatisticamente significativo da pontuação NAS em níveis mais elevados de cuidados omitidos ($p < 0,5$), sugerindo que uma maior carga de trabalho se associa a maior omissão de cuidados.</p> <p>Fatores Protetores: a experiência profissional foi identificada como fator protetor (OR = 0,59; IC 95%: 0,37–0,94; $\chi^2=4,97$; $p=0,026$), indicando que enfermeiros mais experientes são menos propensos a omitir cuidados.</p>	Face à elevada prevalência de cuidados de enfermagem omissos, o estudo realça a importância da experiência profissional e sublinha a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a relação entre a carga de trabalho e a qualidade dos cuidados.
Duhalde et al., 2025, Suécia	Explorar as perceções de enfermeiros de urgência/emergência sobre os cuidados omissos de enfermagem.	Estudo qualitativo descritivo com uma abordagem fenomenográfica, com entrevistas semiestruturadas aplicadas a 15 enfermeiros.	<p>Perceções: os enfermeiros apresentaram variações nas suas perceções sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem e os cuidados de enfermagem imissos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar as necessidades médicas agudas: os cuidados fundamentais eram abordados se houvesse tempo suficiente, o que afetava negativamente utentes idosos e vulneráveis. - Manutenção do fluxo de utentes: esforço para manter um fluxo de utentes adequado, mas estavam cientes de que os cuidados de enfermagem omissos eram um fenómeno recorrente. 	Os enfermeiros enfrentam desafios significativos para manter o controlo sobre as suas responsabilidades de cuidados e expressam sentimentos mistos em relação aos cuidados omissos.

			<ul style="list-style-type: none"> - Visão dispersa das responsabilidades: visão dispersa das responsabilidades de cuidados de enfermagem, variando de ter a responsabilidade a não ter. Alguns consideravam os cuidados fundamentais como responsabilidade de outros profissionais ou auxiliares, enquanto outros viam como sua própria responsabilidade, independentemente de quem realizasse a tarefa. - Luta pelo controlo: lutar para manter o controlo sobre as suas responsabilidades, sentindo por vezes perda de controlo e revelar níveis elevados de stresse, frustração e culpa em relação aos cuidados omissos. 	
<p>Alasmari et al., 2022, Saudita</p>	<p>Identificar a percepção dos enfermeiros relativamente ao ambiente de prática profissional, determinar os tipos e motivos associados aos cuidados de enfermagem omissos, analisar a relação entre estas percepções e os cuidados omissos durante a época do Hajj.</p>	<p>Estudo descritivo correlacional, com uma amostra de 463 enfermeiros. Questionário online, dividido em três secções principais: dados sociodemográficos dos enfermeiros; Escala Revista do Ambiente de Prática Profissional, adaptada de Erickson et al. (2009); Questionário de Cuidados de Enfermagem Omissos: adaptado de Kalisch e Williams (2009).</p>	<p>Pontuação média de $3,56 \pm 0,46$ no que respeita ao ambiente de prática profissional e suas subescalas, indicando uma percepção globalmente favorável. A média dos cuidados de enfermagem omissos foi de $1,56 \pm 0,65$, apontando para um nível relativamente baixo de omissão. As principais causas identificadas para os cuidados omissos foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escassez de pessoal: $2,85 \pm 1,12$ • Equipamentos/suprimentos avariados no momento necessário: $2,74 \pm 1,07$ • Ausência de materiais/equipamentos no momento necessário: $2,70 \pm 1,10$ <p>Foi observada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a qualidade do ambiente de prática profissional e a frequência de cuidados omissos ($r = -0,32$; $p = 0,000$).</p>	<p>A melhoria do ambiente de prática profissional nos hospitais pode reduzir significativamente os cuidados de enfermagem omissos. Os resultados demonstraram uma percepção favorável por parte dos enfermeiros relativamente ao ambiente de trabalho. As atividades mais frequentemente omitidas incluíram a deambulação dos doentes, a educação ao doente e a participação em reuniões interdisciplinares.</p>

O Quadro 4 sintetiza, de forma clara e objetiva, as principais causas identificadas para a omissão de cuidados de enfermagem. Estas causas são de natureza multifatorial, destacando-se a escassez de pessoal, a sobrecarga de trabalho, a carência de materiais e equipamentos, e falhas na comunicação intra e inter-equipas. Outros fatores relevantes incluem a ausência de formação contínua, condições laborais adversas, insatisfação profissional, falta de apoio institucional, ambientes de trabalho desfavoráveis e questões individuais dos profissionais. Esta diversidade de causas, apontada por diversos autores, reforça a complexidade do fenómeno e a necessidade de estratégias sistémicas para a sua atenuação.

Quadro 4. Causas da omissão de cuidados de enfermagem

Causas Identificadas	Autores/Estudos
Escassez de pessoal/rácio enfermeiro-doente inadequado	Abere et al. (2024), Mainz et al. (2025), Alasmari et al. (2022), Oliveira et al. (2022), Li et al. (2023)
Sobrecarga de trabalho/elevada exigência assistencial	Cartaxo et al. (2024), Rahmah et al. (2022), Mohammadi et al. (2023), Duhalde et al. (2025)
Falta ou avaria de materiais/equipamentos	Alasmari et al. (2022), Oliveira et al. (2022), Mainz et al. (2025)
Comunicação deficiente na equipa/entre setores	Oliveira et al. (2022), Sarpong et al. (2023), Mainz et al. (2025)
Falta de formação contínua/baixa qualificação	Abere et al. (2024), Oliveira et al. (2022), Alasmari et al. (2022), Li et al. (2023), Rahmah et al. (2022)
Condições laborais desfavoráveis (turnos prolongados, múltiplos empregos)	Oliveira et al. (2022), Abere et al. (2024), Li et al. (2023)
Insatisfação profissional/intenção de abandonar a profissão	Abere et al. (2024), Rahmah et al. (2022)
Falta de apoio institucional/gestão inadequada	Oliveira et al. (2022), Alasmari et al. (2022)
Ambiente de trabalho desfavorável/cultura organizacional	Paiva et al. (2021), Oliveira et al. (2022), Duhalde et al. (2025)
Fatores individuais (experiência, estado civil, sexo)	Kassahun et al. (2022), Abere et al. (2024), Mohammadi et al. (2023)
Desvalorização de cuidados básicos/visão dispersa das responsabilidades	Duhalde et al. (2025)

A análise dos estudos revela que os cuidados de enfermagem mais frequentemente omissos incluem intervenções essenciais como a mobilização do doente, higiene oral, registos/documentação, educação ao doente e apoio emocional (Quadro 5). Estes cuidados, considerados basilares para a qualidade e segurança da assistência, são reportados como frequentemente negligenciados por diversos autores. As causas para essa omissão variam entre os contextos, mas frequentemente relacionam-se com fatores organizacionais como escassez de pessoal, sobrecarga de trabalho e falhas na comunicação. Os dados evidenciam a necessidade de reforçar os recursos humanos e materiais, promover formação contínua e melhorar os processos de trabalho, a fim de garantir a prestação de cuidados seguros e completos.

Quadro 5. Cuidados de enfermagem mais frequentemente omissos

Cuidados de enfermagem mais omissos	Autores/Estudos
Mobilização/Deambulação do doente	Sarpong et al. (2023), Oliveira et al. (2022), Mainz et al. (2025), Cartaxo et al. (2024)
Higiene oral	Sarpong et al. (2023), Mainz et al. (2025), Jesus et al. (2025)
Registos e documentação	Kassahun et al. (2022), Abere et al. (2024), Mainz et al. (2025), Cartaxo et al. (2024)
Educação/Ensino ao doente	Sarpong et al. (2023), Mainz et al. (2025), Oliveira et al. (2022), Cartaxo et al. (2024)
Apoio emocional ao doente/família	Sarpong et al. (2023), Mainz et al. (2025), Abere et al. (2024), Cartaxo et al. (2024)
Participação em reuniões interdisciplinares	Sarpong et al. (2023), Mainz et al. (2025), Jesus et al. (2025), Paiva et al. (2021)
Planeamento da alta hospitalar	Abere et al. (2024), Oliveira et al. (2022), Sarpong et al. (2023), Cartaxo et al. (2024)
Avaliação clínica/sinais vitais	Kassahun et al. (2022), Mainz et al. (2025), Cartaxo et al. (2024), Jesus et al. (2025)
Cuidados relacionados com acessos IV	Jesus et al. (2025), Cartaxo et al. (2024), Mohammadi et al. (2023)
Cuidados básicos (eliminação, posicionamento)	Jesus et al. (2025), Cartaxo et al. (2024), Oliveira et al. (2022)

5. Discussão dos resultados

A análise dos estudos incluídos na revisão permitiu agrupar os dados por país, ano de publicação e tipo de estudo. Verificou-se que a Etiópia foi representada em dois estudos distintos: um publicado em 2022 e outro em 2024, ambos de natureza transversal institucional, focados na prevalência e nos fatores associados aos cuidados de enfermagem omissos. A Áustria com um estudo publicado em 2024, também de delineamento transversal, mas com recurso à análise qualitativa comparativa (QCA), evidenciando a complexidade das causas da omissão de cuidados. O Brasil está representado num estudo transversal analítico, datado de 2022, que destacou múltiplas dimensões associadas à omissão de cuidados, desde fatores laborais até questões éticas e de liderança institucional. No caso de Portugal, foram incluídos dois estudos: um exploratório qualitativo, publicado em 2021, e uma *scoping review*, publicada em 2025. Ambos os trabalhos abordaram o fenómeno dos cuidados omissos de enfermagem, seja através da identificação de estratégias de atenuação ou do mapeamento das práticas mais afetadas nos serviços de urgência e UCI. A Austrália contou com um estudo de natureza quantitativa transversal, publicado em 2023, centrado na perceção dos enfermeiros sobre as omissões e os fatores organizacionais envolvidos. Os Países Baixos estão representados com um estudo nacional de grande escala, publicado em 2025, de tipo transversal, que analisou dados de 35 hospitais, fornecendo uma visão abrangente da prevalência e das razões associadas à omissão de cuidados. A China destacou-se com um estudo multicêntrico transversal, publicado em 2023, que investigou a relação entre a duração dos turnos e a ocorrência de cuidados omitidos, fornecendo evidência relevante para políticas de organização do trabalho em enfermagem. A Indonésia esteve representada através de uma revisão sistemática da literatura, publicada em 2022, que sintetizou fatores organizacionais e pessoais associados à omissão de cuidados em múltiplos contextos hospitalares. O Irão também está representado com um estudo observacional prospetivo, igualmente de 2023, que relacionou a pontuação da carga de trabalho de enfermagem com a incidência de cuidados omissos em UCI. A Suécia apresentou um estudo qualitativo descritivo, com abordagem fenomenográfica, publicado em 2025, focado nas perceções

de enfermeiros de urgência/emergência relativamente às suas responsabilidades e aos desafios associados aos cuidados omitidos. Por fim, a Arábia Saudita esteve representada por um estudo descritivo correlacional, publicado em 2022, que analisou a perceção dos enfermeiros sobre o ambiente de prática profissional durante o Hajj, estabelecendo relações significativas com a omissão de cuidados de enfermagem.

Face à diversidade de países representados nos estudos analisados, verifica-se que a omissão de cuidados por parte dos enfermeiros constitui um fenómeno transversal, não estando circunscrito a contextos geográficos, culturais ou estruturais específicos. Esta realidade evidencia que os desafios associados à prestação de cuidados de enfermagem seguros e completos são comuns a diferentes sistemas de saúde, o que reforça a necessidade de intervenções globais, sustentadas por políticas institucionais, formação contínua e adequadas condições de trabalho.

A análise dos 13 estudos permitiu identificar diversas causas associadas à omissão de cuidados de enfermagem, que se revelam transversais a vários contextos internacionais, como já referido. A escassez de pessoal e o rácio inadequado entre enfermeiros/doentes surgem como causas recorrentes em múltiplos estudos, nomeadamente os realizados por Abere et al. (2024), Mainz et al. (2025), Alasmari et al. (2022), Oliveira et al. (2022) e Li et al. (2023). Esta situação reflete um problema estrutural nos sistemas de saúde, com impacto direto na capacidade assistencial.

A sobrecarga de trabalho e a elevada exigência assistencial, associadas a contextos com escassos recursos humanos, foram igualmente destacadas por Cartaxo et al. (2024), Rahmah et al. (2022), Mohammadi et al. (2023) e Duhalde et al. (2025), confirmando a influência da intensidade do trabalho na ocorrência de omissões. A falta ou avaria de materiais e equipamentos foi salientada em estudos de Alasmari et al. (2022), Oliveira et al. (2022) e Mainz et al. (2025), revelando que as falhas logísticas também comprometem a continuidade e a qualidade dos cuidados. Problemas de comunicação, quer no seio das equipas de enfermagem quer entre os diferentes setores, foram identificados como fatores críticos por Oliveira et al. (2022), Sarpong et al. (2023) e Mainz et al. (2025), apontando para a necessidade de reforçar estratégias colaborativas.

A ausência de formação contínua e o baixo nível de qualificação surgem como determinantes importantes, mencionados por Abere et al. (2024), Oliveira et al. (2022), Alasmari et al. (2022), Li et al. (2023) e Rahmah et al. (2022), o que destaca a importância da educação profissional permanente.

Condições laborais adversas, como turnos prolongados e acumulação de emprego, foram apontadas por Oliveira et al. (2022), Abere et al. (2024) e Li et al. (2023) como causas significativas, reforçando a necessidade de regulação do trabalho.

Fatores subjetivos, como a insatisfação profissional e a intenção de abandonar a profissão, foram associados à omissão de cuidados por Abere et al. (2024) e Rahmah et al. (2022), o que denota um impacto direto do bem-estar do profissional na prestação de cuidados. A ausência de apoio institucional e uma gestão ineficaz foram identificadas por Oliveira et al. (2022) e Alasmari et al. (2022), evidenciando que a liderança é um pilar essencial para garantir a qualidade assistencial. Outros estudos, como os de Paiva et al. (2021), Oliveira et al. (2022) e Duhalde et al. (2025), abordaram questões ligadas à cultura organizacional e à desvalorização dos cuidados básicos, refletindo uma visão fragmentada das responsabilidades de enfermagem.

Por fim, os fatores individuais, sendo exemplo a experiência profissional, o estado civil ou o sexo, foram identificados por Kassahun et al. (2022), Abere et al. (2024) e Mohammadi et al. (2023), sublinhando que o perfil do profissional também influencia a probabilidade de omissão de cuidados.

A análise detalhada dos estudos revela uma consistência significativa nos cuidados práticos de cuidados de enfermagem mais frequentemente omitidos, apesar das diferenças geográficas, estruturais e organizacionais entre os contextos estudados. A mobilização e deambulação dos doentes destacam-se como os cuidados mais omissos, referidos por Sarpong et al. (2023), Oliveira et al. (2022), Mainz et al. (2025) e Cartaxo et al. (2024), sugerindo que a sobrecarga de trabalho e a escassez de pessoal dificultam a realização de tarefas que exigem mais tempo e assistência física. A higiene oral, reconhecida como essencial para a prevenção de infeções, surge também frequentemente omitida (Sarpong et al., 2023; Mainz et al., 2025; Jesus et al., 2025), indicando uma possível desvalorização dos cuidados básicos em contextos de elevada exigência.

Os registos e a documentação, embora fundamentais para a continuidade e segurança dos cuidados, são frequentemente descurados, como apontado por Kassahun et al. (2022), Abere et al. (2024), Mainz et al. (2025) e Cartaxo et al. (2024). Tal omissão pode comprometer a qualidade da informação clínica e o seguimento terapêutico adequado. O ensino ao doente e os cuidados educativos, que promovem a literacia em saúde e a autonomia do utente, são igualmente negligenciados, refletindo possivelmente a pressão temporal e a ausência de uma cultura de cuidados centrada

na educação/ensino dos utentes. Este fenómeno é evidenciado por autores como Sarpong et al. (2023), Oliveira et al. (2022) e Cartaxo et al. (2024).

Constatou-se também que os cuidados com elevada carga emocional, como o apoio psicológico ao doente e à família, também são frequentemente omitidos, como relatado por Mainz et al. (2025) e Abere et al. (2024). A participação em reuniões interdisciplinares, importante para a coordenação e continuidade dos cuidados, é outro aspeto omitido com frequência (Sarpong et al., 2023; Jesus et al., 2025). Esta omissão reflete, por vezes, uma falta de integração efetiva da enfermagem nos processos decisórios e de comunicação clínica.

Os resultados da presente revisão confirmam que a omissão de cuidados de enfermagem constitui um fenómeno transversal a diferentes países e contextos hospitalares, refletindo uma problemática global com implicações diretas na qualidade e segurança dos cuidados prestados. As causas identificadas são, de facto, multifatoriais, tal como corroborado por autores como Abere et al. (2024), Oliveira et al. (2022), Li et al. (2023) e Alasmari et al. (2022), que salientam a escassez de pessoal, a sobrecarga de trabalho, a carência de materiais e falhas de comunicação como determinantes críticos para a omissão de cuidados. Estas conclusões encontram paralelo nas investigações de Kalisch & Williams (2009) e Rahmah et al. (2022), que destacam a sobrecarga assistencial e a estrutura organizacional deficiente como fatores propiciadores de falhas nos cuidados.

Aspetos como a ausência de formação contínua e condições laborais adversas foram referidos em vários estudos reportados na literatura (Abere et al., 2024; Li et al., 2023; Oliveira et al., 2022), sendo também apontadas por Gampetro et al. (2021) e Zhou et al. (2024) como áreas prioritárias para a intervenção formativa e educacional. Este último estudo realça, ainda, a importância da literacia em segurança do doente, aspeto igualmente abordado por Pelzang & Hutchinson (2020), que denunciam lacunas na compreensão do conceito de segurança entre os profissionais de saúde.

Os cuidados mais frequentemente omitidos, como a deambulação, a higiene oral, os registos/documentação e o apoio emocional, são indicados por autores como Kassahun et al. (2022), Cartaxo et al. (2024), Mainz et al. (2025) e Sarpong et al. (2023), refletindo uma tendência reiterada de negligência de cuidados considerados essenciais. Esta constatação está em conformidade com as conclusões de Ball et al. (2018) e Schubert et al. (2012), que evidenciam o impacto da omissão destes cuidados na qualidade assistencial e nos resultados clínicos dos doentes.

A evidência da relação entre ambientes de trabalho desfavoráveis, elevada carga de trabalho e omissões de cuidados é também destacada por estudos como os de Silva et al. (2020), Serpa et al. (2024) e Duhalde et al. (2025), que sublinham o papel das lideranças institucionais e da cultura organizacional como elementos-chave para atenuar o fenómeno. Estas evidências são reforçadas por investigações como as de Willis & Brady (2021), que associam a omissão de cuidados à intensificação do trabalho de enfermagem e às limitações nos modelos de gestão hospitalar. Importa ainda salientar que os efeitos destas omissões são sentidos não só a nível clínico, mas também emocional, com os enfermeiros a reportarem sentimentos de culpa, stresse e frustração, como descrito por Actub et al. (2024). Este impacto psicológico reforça a necessidade de desenvolver estratégias institucionais de suporte emocional e bem-estar profissional. Neste contexto, a implementação de estratégias sistémicas, que incluam a alocação adequada de recursos humanos e materiais, programas regulares de formação contínua e melhorias nos processos comunicacionais e de gestão, emerge como primordial. A compreensão profunda das causas e consequências da omissão de cuidados de enfermagem permitirá atenuar este fenómeno e promover uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados de saúde.

Conclusão

Mediante o exposto, esta ScR teve como objetivo principal identificar os fatores relacionados com a omissão de cuidados. Foram também explorados, enquanto objetivos específicos, os cuidados de enfermagem mais frequentemente omitidos, a influência do processo de tomada de decisão na sua omissão, as percepções diferenciadas entre enfermeiros generalistas e especialistas, bem como o impacto das omissões na qualidade dos cuidados prestados.

Verificou-se que os cuidados de enfermagem omissos representam um indicador significativo da qualidade dos cuidados de saúde, refletindo diretamente as condições de trabalho, a organização dos serviços e as competências das equipas de enfermagem. Este estudo permitiu mapear a evidência científica disponível, demonstrando que a omissão de cuidados é um fenómeno transversal a diversos contextos clínicos, nomeadamente aos serviços de urgência e de cuidados intensivos, e que resulta de uma combinação de fatores estruturais, organizacionais e individuais. Os cuidados mais frequentemente omitidos incluem intervenções fundamentais como a deambulação, a higiene oral, os registos, a educação ao doente e o apoio emocional. As causas mais apontadas prendem-se com a escassez de pessoal, a sobrecarga de trabalho, falhas na comunicação e carências de formação contínua.

Destaca-se ainda a necessidade urgente de produzir mais conhecimento científico, especialmente nos serviços de urgência, onde o número de estudos é significativamente reduzido. A elevada rotatividade e a permanência prolongada dos doentes nesses serviços são fatores que, apesar de relevantes, permanecem pouco explorados na literatura. Além disso, a articulação entre os serviços de urgência e os cuidados intensivos deve ser objeto de atenção, designadamente no que respeita à comunicação e à transferência de informação, com vista a reduzir omissões e melhorar a continuidade dos cuidados. Recomenda-se, deste modo, o desenvolvimento de investigações futuras que explorem estratégias de reforço da satisfação profissional, otimização do trabalho em equipa e implementação de práticas seguras, considerando a complexidade dos cuidados aos doentes críticos. A compreensão profunda deste fenómeno é essencial para garantir uma prática de enfermagem eficaz, segura e baseada em evidência.

Limitações

As principais limitações do presente estudo prendem-se com os seguintes aspetos: a diversidade metodológica, geográfica e contextual dos estudos analisados dificultou a comparação direta dos resultados, especialmente no que respeita à definição e avaliação dos cuidados omissos; o foco predominantemente auto-reportado, ou seja, a maioria dos estudos baseou-se em dados auto-reportados pelos próprios enfermeiros, o que pode introduzir viés de resposta, nomeadamente pela tendência à subestimação ou omissão de comportamentos considerados negativos; a falta de distinção clara entre perfis profissionais, uma vez que poucos estudos distinguiram as perceções e práticas entre enfermeiros generalistas e especialistas, limitando a análise comparativa entre estes grupos profissionais; a carência de estudos qualitativos aprofundados, isto é, verificou-se escassez de abordagens qualitativas que explorem a complexidade emocional, ética e organizacional associada à omissão de cuidados; a limitada evidência sobre intervenções eficazes. Ainda que várias causas tenham sido identificadas, a evidência sobre as estratégias eficazes para atenuar este fenómeno é pouco robusta e necessita de validação empírica, sendo esta uma proposta para uma investigação futura.

Referências bibliográficas

- Abere, Y., Biresaw, H., Misganaw, M., Netsere, B., & Adal, O. (2024). Missed nursing care and its associated factors in public hospitals of Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *14*, e081647. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081647>
- Alasmari, F. A., Ebrahim, E. A., Alhawasawi, H. Y., Abujaab, H. Z., Shahid, M. P., Alduaiji, N. A., Sheikh, A. S., Abo Jaab, M. Z., Hawsawei, M. S., Fatani, D. A., & Tukruni, A. M. (2022). Missed nursing care: Relationship with nurses' perceptions of professional practice environment during Hajj season. *Evidence-Based Nursing Research*, *4*(4), 77–86. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i4.252>
- Albsoul, R., FitzGerald, G., Finucane, J., & Borkoles, E. (2019). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management*, *34*(4), e1820–e1832. <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>
- Alfuqaha, O. A., & Alsharah, H. S. (2023). Missed nursing care among Jordanian intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, *9*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/23779608231166700>
- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Pinho, L., & Ferré-Grau, L. (2024). Health professionals' literacy about patient safety. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *2*(24), e34598 1 DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0224.3459>
- American Stroke Association. (2020). *Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Summary for Healthcare Professionals*. American Heart Association.
- Andrade, V. L. F. (2015). Controlo de infeções nos contextos do SU e UCIP. Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14947/1/203012003.pdf>

- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., & Holland, C. (2017). Predicting risk and outcomes for frail older adults: An umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(4), 1154–1208. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003018>.
- Aromataris, E., Tufanaru, C., Stern, C., Porritt, K., Farrow, J., & Munn, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis: Scoping Reviews Chapter*. Joanna Briggs Institute. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497Eduimed+5>.
- Azoulay, E., Knoebl, P., Garnacho-Montero, J., Rusinova, K., Galstian, G., Eggimann, P., Abroug, F., Benoit, D., von Bergwelt-Baildon, M., Wendon, J., & Scully, M. (2017). Expert statements on the standard of care in critically ill adult patients with atypical hemolytic uremic syndrome. *Chest*, 152(2), 424–434. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.03.055>
- Bail, K., & Grealish, L. (2016). Failure to maintain: A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 63(146–163), 146–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur.stu.2016.1008.1001>
- Ball, J., Bruyneelc, L., Aiken, L., Sermeusc, W., Sloane, D., Raffertye, A., Lindqvist, R., Tishelman, C., & Griffiths, P., RN4Cast Consortium. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur.stu.2017.1008.1004>
- Benner, P. (2005). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Pearson Education.
- Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., & Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/jonm.12514>
- Bragadóttir, H., Burmeister, E. A., Terzioglu, F., & Kalisch, B. J. (2020). The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses – An international study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1851–1860. <https://doi.org/10.1111/jonm.13051>

- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., & Tryggvadóttir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), 1524–1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*, 12(5), 461–474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Campos, P.M.P. (2013). Terapêutica Nutricional no doente crítico: Nutrição Parentérica Avaliação e protocolo de atuação. <http://hdl.handle.net/10400.10/1280>
- Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. L., & Matabanchoy Tulcan, S. M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Perspectivas en Bioética*, 23, 245–262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
- Cartaxo, A., Mayer, H., Eberl, I., & Bergmann, J. M. (2024). Missing nurses cause missed care: Is that it? Non-trivial configurations of reasons associated with missed care in Austrian hospitals – A qualitative comparative analysis. *BMC Nursing*, 23, 282. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01923-y>
- Carvalho, J., & Aguiar, P. (2023). Nurses adverse events report adding safety to pediatric nursing. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 30–36. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212>
- Christensen, M., & Liang, M. (2023). Critical care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 403–413. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.020>
- CHTV. (2022). Boletim do Concelho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. Edição nº25 de 11 de novembro
- Coscrato, G., & Villela Bueno, S. M. (2015). Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: An action research. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33, 73–82.
- Despacho n.º 9390/2021. (2021, setembro, 24). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). [Portugal] Diário da República 2 (187) pp.96-103.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*. <http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp->

[content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf](#)

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma n.º 15/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 015/2017 – Via Verde do Acidente Vasculiar Cerebral no adulto.* República Portuguesa – Serviço Nacional de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde. Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais Agudos em Portugal 2017–2022.* <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Feixe de intervenções para a prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. Norma clínica n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Norma clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pne_um_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dosdoentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doente>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Via Verde do Trauma no Adulto – Norma n.º 012/2022 de 18 de novembro de 2022*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos – A estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção, antes e durante a pandemia por COVID (2009–2019 e 2020–2022)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/12/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-1.aspx>
- Ditzel, R. M., Anderson, J. L., Eisenhart, W. J., Rankin, C. J., DeFeo, D. R., Oak, S., & Siegler, J. (2020). A review of transfusion- and trauma-induced hypocalcemia: Is it time to change the lethal triad to the lethal diamond? *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 88(3), 434–439. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002570>
- Duhalde, H., Bååth, C., Hommel, A., & Bjuresäter, K. (2025). Emergency nurses' perceptions of nursing care in an emergency department: A phenomenographic study. *Journal of Emergency Nursing*, [Publicação antecipada online]. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2025.03.018>
- Emergency Nurses Association. (2013). *Trauma Nursing Core Course (TNCC)*. (7th ed.). Des Plaines: Emergency Nurses Association
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2024). *Guia Orientador dos Estágios - 1º CMEMC-EPSC*. Viseu: ESSV IPV.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/PPS-HAI-AMR-acute-care-europe-2022-2023>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.

- Gampetro, P. J., Segvich, J. P., Jordan, N., Velsor-Friedrich, B., & Burkhart, L. (2021). Perceptions of pediatric hospital safety culture in the United States: An analysis of the 2016 Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Journal of Patient Safety*, 17(4), e288–e298. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000602>
- Ghzally, Y., Ahmed, I., & Gerasimon, G. (2024). Catheter Ablation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470203/>
- Giannouli, V., Mistraletti, G., & Umbrello, M. (2017). ICU experience for patients' relatives: Is information all that matters? Discussion on “A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: An Italian multicenter before-and-after study”. *Intensive Care Medicine*, 43(5), 722–723. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4723-2>
- Gillespie, B. M., Harbeck, E., & Chaboyer, W. (2025). The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 34, 883–893. <https://doi.org/10.1111/jocn.17082>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(3), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2020-000913>
- Gomes, J. R., Germanova, L., & Mega, M. (2022). Considerações de abordagem inicial ao adulto vítima de trauma – Artigo de revisão II. *LifeSaving Scientific*, 2(1), 20–32. <https://sapiencia.ualg.pt/entities/publication/4207ebc0-7ab1-4094-b587-2128c818310d>
- González-García, A., Pérez-García, E., Toribio, R. G., Vargas, A. G., & Torrejón, R. A. (2023). Missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A comparative observational study. *Journal of Nursing Management*, 31(7), 1372–1379. <https://doi.org/10.1111/jonm.13883>
- Gunnlaugsdóttir, T., Jónasdóttir, R. J., Björnsdóttir, K., & Klinke, M. E. (2024). How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100251. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100251>
- Health International (2024). Community Engagement and Health Literacy in Enhancing Patient Safety

- Hessels, A. J., Murray, M. T., Cohen, B., & Larson, E. L. (2018). Perception of patient safety culture in pediatric long-term care settings. *Journal of Healthcare Quality, 40*(6), 384–391. <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000134>
- INEM. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida (pp. 1–244). Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-SuporteAvancado-de-Vida-2020.pdf>
- Kalisch, B., Landstrom, G., & Williams, R. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook, 57*(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kassahun, C. W., Endalkachew, K., Mekonnen, C. K., & Kassie, H. (2024). Missed nursing care and associated factors among nurses at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia, 2022. *Scientific Reports, 14*, 25571. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76325-w>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Annals of Emergency Medicine, 65*(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kreuz, G., & Netto, J. (2021). Múltiplos olhares sobre a morte e luto: Aspectos teóricos e práticos. Editora CVR
- Le Boterf, G. (2006). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. São Paulo: Artmed.
- Levinas, E. (1987). *Time and the Other*. Duquesne University Press.
- Li, M., Wang, Y., Du, M., Wang, H., Liu, Y., Richardson, B. N., & Bai, J. (2023). Working hours associated with the quality of nursing care, missed nursing care, and nursing practice environment in China: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 2023*, Article ID 8863759. <https://doi.org/10.1155/2023/8863759>
- Lima, M. B., Moura, E. C., Peres, A. M., Nascimento, L. R., Siqueira, R. M., & Costa, J. P. (2022). Cuidados de enfermagem omissos na percepção da equipa: Uma análise das razões. *Revista de Enfermagem Referência, 6*(1), e21057. <https://doi.org/10.12707/RV21057>
- Liu, P., Zhan, Y., Wu, J., Zhang, J., Pan, X., & Liu, K. (2023). Association between missed nursing care and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 79*(9), 3545–3558. <https://doi.org/10.1111/jan.15744>

- Lucchini, E., Zaja, F., & Bussel, J. (2019). Rituximab in the treatment of immune thrombocytopenia: What is the role of this agent in 2019? *Haematologica*, 104(6), 1124–1135. <https://doi.org/10.3324/haematol.2019.218883>
- Mainz, H., Buus, A. A. Ø., Laugesen, B., Voldbjerg, S. L., Kusk, K. H., & Grønkjær, M. (2025). Missed nursing care in Danish hospitals: A national survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39, e70027. <https://doi.org/10.1111/scs.70027>
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-Based Practice in Nursing & Direção-Geral da Saúde. (2003). A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor – Norma 09/DGCG de 14 de junho de 2003.* [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor como 5 sinal vital - 2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor%20como%205%20sinal%20vital%202003.pdf)
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Miranda da Cruz, J. R., & da Silva Martins, M. D. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. In *Revista de Enfermagem Referência* (Vol. 20, pp. 87–96). <https://doi.org/10.12707/RIV18035>
- Monteiro, A. B. O. (2022). *Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: o papel do enfermeiro* [Tese de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/83375/1/Ana%20Berta%20Oliveira%20Monteiro.pdf>
- Mozzarelli, F., Decorato, G., & Tuccio, C. (2023). Missed nursing care in a second-level surgical care area in Northern Italy: A descriptive qualitative study. *Journal of Rice Research and Developments*, 5. <https://doi.org/10.36959/973/444>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evidence Synthesis*, 20(4), pp.950-952. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00483>.
- Nielsen, A. H., Kvande, M. E., & Angel, S. (2023). Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). *Journal of Advanced Nursing*, 79, 385–401. <https://doi.org/10.1111/jan.15477>

Oliveira, M. C. N., Leite, H. D. C. S., Lopes, V. C. A., Cruz, J. V. O. M., Vasconcelos, C. D. A., & Nogueira, L. T. (2022). Reasons correlated with omission of nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220171.

<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0171en>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgico: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 613/2022, Artigo 6.º, 8 de julho de 2022. Diário da República, 2.ª série, n.º 131. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

- Padilha KG, Sousa RMC, Kimura M, et al. (2007) Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *IntensiveCritCareNurs.*; 23(3):162-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329107>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 372(71).
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Paiva, I. C. S., Amaral, A. F. S., & Moreira, I. M. (2021). Missed nursing care in a Portuguese hospital: Nurses' perceptions of minimizing strategies. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20146. <https://doi.org/10.12707/RV20146>
- Pelzang, R., & Hutchinson, A. M. (2020). How is patient safety understood by healthcare professionals? The case of Bhutan. *Journal of Patient Safety*, 16(1), 106-109. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000450>
- Peres, D. V. (2024). *A infeção associada a cuidados de saúde como problema de saúde pública*. <https://www.anmsp.pt/post/a-infe%C3%A7%C3%A3o-associada-a-cuidados-de-sa%C3%BAde-como-problema-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. D., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Leadership competencies of the medical-surgical nursing specialist nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220721.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721>
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

- Pollock, D., Peters, M. D. J., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Tricco, A. C. (2024). "How-to": Scoping review? *Journal of Clinical Epidemiology*, *170*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.03.005>.
- Predebon, C. M., Silva, S. C., Olaves, F. S., Kantorski, K. J. C., Pedro, E. N. R., & Wegner, W. (2016). Perfil das notificações de incidentes analisados pela comissão de qualidade e segurança pediátrica. In *Anais - I Congresso Internacional da Rebraensp*. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140646/000991213.pdf?sequence=1>
- Rahmah, N. M., Hariyati, R. T. S., Sekarsari, R., & Pakasi, T. (2022). The factor associated with missed nursing care in hospital: A systematic review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *10*(F), 563–570. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9719>
- Ramos, P., Gonçalves, V., Moura, A., Vaz, A., Ferreira, A., Malcato, E., Sousa, F., Afonso, G., Homem-Silva, P., Dias, V., & Alves, P. (2020). *PUPRO - Prevenção de úlceras por pressão na posição prona e em doentes com ECMO e outros dispositivos médicos em contexto de cuidados intensivos (Medicina intensiva – doente crítico)*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas ISBN 978-989-54770-5-0
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26/2019. páginas 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Santana, N., Jordão, G., Rosa, J., Arruda, P., Vilela, M., Reis, I., Tonial, I., Nunes, C., Costa, M. & Pimentel, A. (2024). A viabilidade e efeitos do posicionamento prono para intubação de doentes com covid-19. *Revista Foco*, *17*(8).
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel
- Serpa Teixeira de Sousa, M., Pereira Lopes Correia, M. J., & Garcia Teles Nunes, E. M. (2024). Family perception of safety in hospital care for the pediatric patient: Scoping review. *Pensar Enfermagem*, *28*(1), 14–25. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.298>
- Shin, S., Hong, E., Do, J., Lee, M. S., Jung, Y., & Lee, I. (2022). Development of Critical Reflection Competency Scale for Clinical Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3483. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063483>

- Shukla, Lead - Communications, SACCESS. <https://accessh.org/opinions/community-engagement-and-health-literacy-in-enhancing-patient-safety/>
- Silva, F. C., Alexandre, A. C. S., & Castro, C. G. A. (2021). Posição prona: efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo. *Enfermagem Em Foco*, 12(4). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4502>
- Silva, M. V. da R. S. da, Carvalho Filha, F. S. S., Branco, T. B., Guimarães, J. T. F., Lima, N. D. P., & Alves, A. K. C. (2018). Administração de medicamentos: erros cometidos por profissionais de enfermagem e condutas adotadas. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 8(1), 102. <https://doi.org/10.5902/2179769225686>
- Silva, S. C., Morais, B. X., Munhoz, O. L., Ongaro, J. D. Urbanetto, J. S., & Magnago, T. S. B. S. (2021) Patient safety culture, missed Nursing care and its reasons in Obstetrics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*; 29:e3461. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>.
- Slavinska, A., Šāberte, L., Birzniece, M. D., Grigorovica, E., Edelmers, E., Palkova, K., & Pētersons, A. (2024). Interdisciplinary Simulation-Based Education Curriculums on Patient Rights: For the Safety of Healthcare Professionals and Patients. <https://doi.org/10.2478/prolas-2024-0035>
- SNS. (2020). *Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, EPE – SNS*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-viseu-dao-lafoes/>
- SNS. (2021). *Acidente Vascular Cerebral*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>
- SNS. (2024). *Missão e Objetivos – CH | Tondela-Viseu*. Obtido de <https://www.chtv.min-saude.pt/instituicao/missao-e-objetivos/>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2023). *Fibrilhação auricular Recomendações para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular. Recomendações de Bolso de 2020 da ESC Comissão para as Recomendações Práticas*. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-Fibrilhacao-Auricular_compressed.pdf
- Sousa, S., Silva, R., & Vaz, M. (2021). Monitorização Hemodinâmica no Doente Crítico. In *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p. 432). Lidel - Edições Técnicas.
- Souza Filho, C. A. P., Oliveira, F. B. M., Silva, W. C. da, Soares, B. S., Siqueira, H. D. S., Siqueira, F. F. F. S., Silva, M. L. da, Cunha, H. G. S. S., Santos, R. R. L.

- dos, Vitorio, M. A. S., Duarte, A. P. C., Miranda, L. S. C., Moraes, K. R. P., Ferreira, E. H. B., Guimarães, L. S., Lima, J. H. A. de, Silva, R. A. da, & Neves, S. R. das. (2022). O uso da técnica de pronação na ventilação mecânica. *Research, Society and Development*, 11(3), e19711326040. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26040>
- Titler, M. G. (2018). The evidence for evidence-based practice implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 14–22. <https://doi.org/10.1111/wvn.12248>
- UIE/ACSS. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*.
- Willis, E., & Brady, C. (2022). The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. *Nursing Open*, 9(2), 862–871. <https://doi.org/10.1002/nop2.942>
- World Health Organization. (2022). Humanity, empathy and autonomy: Italian study on how to “humanize” health-care systems. <https://www.who.int/europe/news-room/25-02-2021-humanity-empathy-and-autonomy-italian-study-on-how-to-humanize-health-care-systems>
- World Health Organization. WHO. (2002). *Report of fifty-fifth world assembly*. Res. WHA 55. 18. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>
- World Stroke Organization. (2023). *Types of stroke*. <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/types-of-stroke>
- Zhou, L., Sun, Y., Wang, J., Huang, H., Luo, J., Zhao, Q., & Xiao, M. (2024). Trends in patient safety education research for healthcare professional students over the past two decades: a bibliometric and content analysis. *Medical Education Online*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2358610>
- Zhu, X., Zheng, J., Liu, K., & You, L. (2019). Rationing of Nursing Care and Its Relationship with Nurse Staffing and Patient Outcomes: The Mediation Effect Tested by Structural Equation Modeling. *International Journal of Environmental Research & Public Health* [electronic Resource], 16(10), 14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101672>

