



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Cláudia Reis Mota

CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO
CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO
CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório Final de Estágio

Ana Cláudia Reis Mota

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Mestre Ana Catarina Pinto.

Oliveira de Azeméis | 2025

*“Imagine como seria se a voz e a visibilidade da enfermagem
fossem proporcionais à sua envergadura
e à sua importância nos cuidados de saúde.”*

(Buresh & Gordon, 2004)

AGRADECIMENTOS

A gratidão acompanhará sempre a minha forma de estar e, ao longo deste percurso, apesar de sustentado pelo comprometimento e resiliência pessoal, não seria possível sem o apoio de quem amenizou todo este processo... e a quem serei sempre muito, muito Grata!

Uma atenção muito especial à minha Orientadora, Ana Catarina Pinto, pelo apoio e orientação incondicional e exímia, sempre presente. Foi luz neste caminho.

À Enfermeira Ana Rita Loureiro pelo seu trabalho precursor, partilha e autorização do uso do mesmo em prol da evolução do conhecimento em enfermagem.

À Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico, à Associação Portuguesa de Cuidados Intensivos, à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação e à Escola Superior Norte da Cruz Vermelha Portuguesa pela divulgação do estudo de investigação através dos seus meios.

Ao Pedro pela disponibilidade e apoio no tratamento dos dados.

Aos enfermeiros tutores que me acompanharam ao longo da prática nos contextos clínicos, sempre numa atitude de partilha e crescimento. Às equipas que integrei pela abertura e reconhecimento.

Aos amigos que estiveram sempre presentes, com quem sabia que podia contar, que me ouviram e apoiaram, e que nem a ausência física demoveu de acreditar.

À minha família que permitiu ser possível, que procurou sempre facilitar e olhou pelos meus sempre que necessário.

E a nós, a minha “família pequena”, ao meu marido, Nuno, e filhos, Jéssica, Rodrigo e Louan por nos mantermos unidos a respeitar e a apoiar as lutas de cada um. Abraço de família.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BPS – *Behavioural Pain Scale*

BO – Bloco operatório

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

CE – Competência emocional

CEO – Cuidados de Enfermagem Omissos

CPC – Contextos da Prática Clínica

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EP – Exercício Profissional

ER – *Emergency Department*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EVN – Escala Visual Numérica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICU – *Intensive Care Unit*

IE - Inteligência Emocional

IOM - *Institute of Medicine*

MCEO – Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos

Me – Mediana

MNC - *Missed nursing care*

n – Frequência Absoluta

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCC – *Person in a Critical Condition*

PPCE – Processo de Prestação de Cuidados de Enfermagem

PQCEE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RNEHR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

SE – Sala de Emergência

SI – Sistema Informático

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SU – Serviço de Urgência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TTP – Termodiluição Transpulmonar

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VV – Via Verde

α – Nível de Significância

β – Coeficiente Estandarizado

B – Coeficiente Não-estandarizado

R^2 – Coeficiente de Determinação

R^2_{aj} – Coeficiente de Determinação Ajustado

\bar{X} – Média

χ^2 – Teste do Qui-Quadrado

RESUMO

A qualidade é imprescindível a qualquer sistema de saúde. Implica comprometimento dos governos, dos decisores, dos profissionais e de cada cidadão, num ciclo que necessita ser positivamente reforçado para potencializar a sua capacidade de resposta.

No contexto da pessoa em situação crítica, caracterizado por uma vulnerabilidade e dependência de cuidados altamente diferenciados o impacto é ainda mais relevante.

Este é o poder de quem cuida, o poder e a responsabilidade do enfermeiro que inerente à sua ética profissional deve atuar na busca premente da excelência do cuidar.

Num contexto em crescente desenvolvimento como o atual, onde a tecnologia e a evolução, e o crescimento de conhecimento ocorrem a uma velocidade estonteante, a formação e capacidade de atualização é imprescindível.

É essencial o investimento na prestação de cuidados de qualidade, que permitam responder verdadeiramente às necessidades, e em ambientes positivos que o promovam.

Os cuidados de enfermagem omissos são uma realidade. Refletem uma incapacidade de completar os cuidados necessários, aumentando a insegurança e risco. O reconhecer, discutir e compreender os fatores preditores são condições major para controlar este desafio.

Os estágios nos contextos da prática clínica – serviço de medicina intensiva e serviço de urgência – permitiram crescer enquanto profissional, através da aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, aprimorando a capacidade de tomada de decisão e resposta atempada, sustentada pela evidência científica. A primeira parte do relatório, através de uma reflexão crítica procura espelhar este processo.

A componente de investigação, implícita à obtenção do grau de mestre, acrescentou novo conhecimento sobre os cuidados de enfermagem omissos no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, possibilitando atuar em prol da melhoria da qualidade baseado em evidências. A nível pessoal, as competências inerentes à investigação, a resiliência, a curiosidade e criatividade permitiram crescer e despertar para novos desafios.

A enfermagem precisa de ser reconhecida e só a aposta contínua na procura da excelência do cuidar, no exercício de uma prática reflexiva suportada pela evidência, produzirá ganhos efetivos e valor em saúde.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Omissos; Segurança do Paciente; Enfermagem de Cuidados Críticos; Qualidade dos Cuidados de Saúde

ABSTRACT

Quality is essential for any health system. It implies commitment from governments, decision-makers, professionals and every citizen, in a cycle that needs to be positively reinforced in order to boost its response capacity.

In the context of the person in critical condition (PCC), characterized by vulnerability and dependence on highly differentiated care, the impact is even more relevant.

This is the power of the caregiver, the power and responsibility of the nurse who, as part of their professional ethics, must act in the urgent search for excellence in care.

In a context of increasing development such as the current one, where technology and evolution, and the growth of knowledge occur at a dizzying speed, training and the ability to keep up to date is essential.

It is essential to invest in providing quality care that truly meets needs, and in positive environments that promote this.

Missed nursing care (MNC) is a reality. It reflects an inability to complete the necessary care, increasing insecurity and risk. Recognizing, discussing and understanding the predictors are major conditions for controlling this challenge.

The internships in the contexts of clinical practice - the intensive care unit (ICU) and the emergency department (ER) - allowed me to grow as a professional, through the acquisition of common and specific competencies for specialist nurses, improving my ability to make decisions and respond in a timely manner, supported by scientific evidence. The first part of the report, through a critical reflection, seeks to reflect this process.

The research component involved in obtaining a master's degree has added new knowledge about the nursing care required in the context of care for people in critical situations, making it possible to act in favor of improving quality based on evidence. On a personal level, the skills inherent in research, resilience, curiosity and creativity have allowed me to grow and awaken to new challenges.

Nursing needs to be recognized and only a continuous commitment to the pursuit of excellence in care, in the exercise of a reflective practice supported by evidence, will produce effective gains and value in health.

Keywords: Missed Nursing Care; Patient Safety; Critical Care Nursing; Quality of Health Care

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sociodemográficas	91
Tabela 2 – Caracterização das variáveis profissionais	93
Tabela 3 – Valor mediano das variáveis de atividade (por enfermeiro), agregado por serviço	94
Tabela 4 – Estatística descritiva e classificação qualitativa das escalas da Parte A - CEO.....	95
Tabela 5 – Nível de conformidade dos cuidados de enfermagem.....	95
Tabela 6 - Percentagem de enfermeiros por nível de conformidade, agregado por serviço.	95
Tabela 7 - Parte A (CEO): % das vezes em que um cuidado é identificado como sendo, no mínimo, ocasionalmente omissos	96
Tabela 8 – Cuidados mais e menos omissos, agrupado por serviço	97
Tabela 9 – Estatística descritiva das subescalas da Parte B – Razões para omissão	98
Tabela 10 – Valor médio da escala unidimensional da Parte B – Razões para omissão, agregado por serviço.....	98
Tabela 11 - Parte B (Razões para omissão): % das vezes em que uma razão para CEO é considerada moderada ou significativa.....	99
Tabela 12– Estatística descritiva da escala de satisfação profissional.....	101
Tabela 13 – Satisfação média global por grupo (permanecer ou sair do serviço a 12 meses)	101
Tabela 14 - Resultados do modelo de regressão linear	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de <i>inputs</i> (esquerda) e <i>output</i> (direita) do modelo de regressão linear	102
--	-----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio.....	25
1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos.....	25
1.2. Estágio em contexto de urgência	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	33
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	33
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	37
2.3. Domínio da gestão de cuidados	40
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	49
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica.....	50
3.2. Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação .	57
3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil	60
4. Considerações finais.....	67
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	69
1. Resumo	71
2. Abstract.....	73
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	75
4. Finalidade e objetivos	81
5. Metodologia.....	83

5.1.	Desenho do estudo.....	83
5.2.	Instrumento de colheita de dados.....	87
5.3.	Considerações éticas	89
6.	Resultados.....	91
6.1.	Caracterização da amostra	91
6.2.	Cuidados de Enfermagem Omissos percebidos pelos Enfermeiros	94
6.3.	Razões para a Omissão de Cuidados.....	98
6.4.	Satisfação profissional.....	100
7.	Discussão.....	105
8.	Conclusão	113
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
	APÊNDICES	135
	APÊNDICE I: MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR ATRAVÉS DE SENSOR PICCO®	137
	APÊNDICE II: GUIA DE CONSULTA RÁPIDA SOBRE MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR - TECNOLOGIA PICCO®	145
	APÊNDICE III: PÓSTER “CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”	149
	APÊNDICE IV: PÓSTER “GESTÃO DOS CUIDADOS COM O CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC)”	153
	APÊNDICE V: PÓSTER “CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO”	157
	APÊNDICE VI: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	161
	APÊNDICE VII: TABELAS COM % DE RESPOSTAS POR ITEM E CATEGORIA (PARTE A E B, ESCALA MISSCARE-PT).....	175
	ANEXOS	179

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “CUIDADOS OMISSOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA”	181
ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O PÓSTER “CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”	185
ANEXOS III: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER “CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO”	189
ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA USO DA ESCALA MISSCARE-PT, LOUREIRO (2009).....	193
ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSNORTECVP, Nº17/2024.....	197

INTRODUÇÃO

A complexidade do sistema de saúde é inegável entre os desafios mutáveis constantes, as exigências técnico-científicas inerentes à prestação de cuidados e os recursos disponíveis (Sales & Pestana, 2024).

A qualidade surge como um conceito chave implicando a capacidade de resposta às necessidades das pessoas, em que melhorias se traduzem em ganhos e mais valor em saúde. Culturalmente dependente, é consensual respeitar dimensões como a eficácia, eficiência, segurança, centralidade nas pessoas, oportunidade, equitabilidade e integração (World Health Organization (WHO), 2020).

A pessoa em situação crítica (PSC) vivencia processos complexos de doença exigindo uma resposta ao mesmo nível, complexa e diferenciada, em que a especialização capacita a uma avaliação, antecipação e tomada de decisão rápida, eficiente e efetiva (OE, 2018b).

A segurança da pessoa, inerente à qualidade, advém da adequação desta resposta, numa procura contínua a excelência do cuidar (Direção Geral de Saúde (DGS), 2022a).

O enfermeiro é o profissional responsável por grande parte do processo de cuidar, com autonomia conferida dentro do seu campo de atuação e responsabilidade inerente, promotor de empoderamento nos processos de transição (Melo, 2024), líder na inovação e melhoria de cuidados (Prata et al., 2024). Capaz gerar mais valor em saúde torna-se premente a sua demonstração.

Este é o mote para a busca contínua de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional - cuidar com excelência e potenciar a visibilidade – e para o embarque nesta jornada ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Com a qualidade e segurança como pilares da atuação em saúde, os Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO) foram o tema transversal ao longo de todo trabalho e foco do estudo de investigação.

A qualidade no cuidar é inseparável da integralidade, sendo que a omissão de cuidados preconizados e/ou planeados surge como uma falha na assistência e um desafio ético e organizacional (Nobahar et al., 2023).

Reconhecidos pela literatura como fenómeno multidimensional, global e transversal aos vários contextos, tem implicações importantes a nível da segurança do doente com resultados negativos para os doentes, profissionais e instituições (Chaboyer et al., 2021; B. Kalisch, 2015).

No âmbito da PSC, pela sua vulnerabilidade e dependência a cuidados altamente especializados (OE, 2018b), é essencial considerar a existência e impacto dos CEO.

Estando a evidência científica nesta área ainda limitada, nomeadamente no âmbito nacional e especificamente no contexto da PSC, revelou-se importante a elaboração de um estudo de investigação primário que abordasse este fenómeno. Com este propósito, foi formulada a questão de investigação “Quais os CEO identificados pelos enfermeiros a exercer funções em Portugal no contexto de cuidados à PSC?”.

Identificar os CEO percecionados pelos enfermeiros neste contexto e descrever os fatores que predizem a sua ocorrência permitirá delinear estratégias com vista ao atenuar os CEO, potenciando a segurança da pessoa e qualidade dos cuidados.

Como forma de dar resposta aos pressupostos supracitados este relatório encontra-se estruturado em duas partes distintas: Parte I – Componente de estágio; Parte II – Componente de investigação.

A parte I consiste numa reflexão crítica sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na área de especialização da PSC, decorrente das experiências nos contextos da prática clínica (CPC). É composta por 4 capítulos que se dividem entre a apresentação sumária dos contextos experienciados, a abordagem das competências comuns e posteriormente das específicas. Finaliza com uma sumarização dos ganhos alcançados.

A parte II, respeitante ao trabalho de investigação encontra-se estruturada em 8 capítulos: após a apresentação de um resumo ao trabalho referido (capítulo 1 e 2) segue-se a fundamentação e enquadramento teórico dos CEO, a sua definição, a implicação para a prática dos cuidados, razões para a sua ocorrência, lacunas na literatura (capítulo 3). O quarto capítulo apresenta as finalidades e objetivos do estudo, seguindo-se a metodologia utilizada com as respetivas considerações éticas (capítulo 5). No sexto capítulo apresentam-se os resultados e análise estatística, no sétimo a sua discussão finalizando com as conclusões mais relevantes.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A componente de estágio foi desenvolvida no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, conforme aprovado para o 2º ciclo de estudos da instituição ESSNorteCVP, conducente ao grau de mestre em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Diário da República, 2020).

Foram cumpridas as 810h estipuladas, sendo 440h de contato na tipologia de estágio distribuídas em dois momentos e contextos profissionais distintos – contexto de cuidados intensivos e de urgência.

A grande exigência de cuidados e o confronto contínuo com a PSC, mostraram-se adequados ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC na área de especialização supracitada. A posição da Ordem dos Enfermeiros (OE) vai ao encontro desta perceção ao defender a modalidade de estágio em contexto profissional (juntamente com a elaboração de relatório final de estágio) como a que melhor permite uma assimilação das dinâmicas, consolidação das aprendizagens e trabalho de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2021).

A orientação e supervisão em todo o processo foram realizadas por enfermeiros detentores do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme exigência da OE, permitindo um contributo efetivo na aquisição das competências especializadas (OE, 2021).

A caracterização destes contextos será abordada como forma de melhor contextualizar o processo de desenvolvimento alcançado, alvo de reflexão em capítulo próprio, neste relatório.

1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos

Os contextos de prestação de cuidados intensivos são caracterizados pela especificidade que lhes é inerente ao darem resposta à complexidade da abordagem e gestão das necessidades, de forma holista, da PSC. Implicam uma equipa multidisciplinar própria, especializada e uma elevada disponibilidade de recursos (Unidade de Instalações e Equipamentos (UIE) /Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2024).

O primeiro momento de contexto de estágio decorreu num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar da Região Centro do País, no período compreendido entre setembro e dezembro de 2023.

Sendo um SMI de carácter polivalente admite a PSC (nesta unidade restrita à população adulta), pessoa com disfunção (multi)orgânica, estabelecida ou iminente, com necessidade de suporte de órgão, em fase aguda, mas potencialmente reversível (Paiva et al., 2017), de natureza médica e/ou cirúrgica. Esta abrangência tornou-se desafiadora pela constante integração de conhecimentos que exigiu e procura de evidência que os sustentasse para uma tomada de decisão consciente, inerente ao exercício da enfermagem avançada e, consequentemente, do EE.

Assume responsabilidade para além do espaço físico da sua unidade, nomeadamente através da presença na sala de emergência (SE) do Serviço de Urgência (SU), do exercício de consultadoria e apoio nos internamentos em situações previamente identificadas e na consulta de *follow-up* pós-internamento em cuidados intensivos. Esta organização vai ao encontro do preconizado pela Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR) onde o SMI é entendido como o responsável pela PSC (Paiva et al., 2017).

O nível de diferenciação de cuidados exigidos define o nível de cuidados, de acordo com o entendimento da *European Society of Intensive Care Medicine*, aceite pela RNEHR, que identifica 3 níveis distintos. Para o contexto alvo de reflexão importa compreender os dois últimos níveis: o nível III (mais elevado) destinado a pessoas que apresentem disfunção multiorgânica – dois ou mais órgãos vitais – com risco de vida e necessidade de suporte de orgânico (dois ou mais); o nível II quando há uma necessidade de monitorização multiorgânica mas de suporte de órgão de apenas um sistema orgânico vital, sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) (Paiva et al., 2017).

O contexto em questão sofreu uma reestruturação a nível de infraestruturas e organizacional respondendo atualmente às necessidades de nível II e III (em detrimento de se restringir ao último nível) integrando os cuidados intermédios e tornando este SMI numa unidade mista (serviço de cuidados intensivos polivalentes e intermédios). Este fato permite uma maior rentabilização dos recursos, maior eficiência na gestão e aumento da segurança do doente, sendo este um dos vetores chave da qualidade assistencial (Nuñez et al., 2020; Paiva et al., 2017).

A ampliação referida teve um impacto significativo na sua capacidade de resposta (acréscimo de 133%) revelando um esforço na melhoria do rácio de camas críticas disponíveis/100000

habitantes, que se revela ainda aquém da média europeia (sinalizada em 11,5/100000) (Nuñez et al., 2020). Este é um ponto essencial para a promoção do acesso equitativo de todos os cidadãos a cuidados diferenciados.

Opera em sistema de gestão integrada, composto por 14 camas que não se encontram previamente predefinidas como nível II ou III, havendo uma gestão diária de acordo com as necessidades, modelo defendido igualmente pela RNEHR na procura de maior valor e eficiência (Nuñez et al., 2020). Todas as camas encontram-se preparadas a nível de estrutura e equipamento de modo similar, divergindo apenas no rácio de enfermeiros e equipamento móvel que pode ser necessário, o que vai de acordo com as recomendações apresentadas no documento “Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos” (UIE/ACSS, 2024). Esta adaptabilidade e capacidade de aumentar e diminuir o nível de diferenciação de cuidados permite uma otimização dos cuidados sem detrimento da qualidade.

Da totalidade das vagas referidas duas são quartos de isolamento, cada um com antecâmara própria, destinado à PSC com risco contagioso e/ou imunodeprimida, valorizando a atuação no sentido da prevenção do controle de infeção e segurança do doente.

A organização a nível de infraestruturas do SMI é uma mais-valia para a manutenção da segurança e eficiência dos cuidados face à sua complexidade e multiplicidade de recursos. As unidades dos doentes apresentam-se organizadas em 2 zonas abertas, comunicantes, cada uma com posto de vigilância centralizado e registo. O posto de trabalho de enfermagem (de preparação de medicação) encontra-se individualizado destes, mas permitindo visualização direta para o doente e/ou para o sistema de monitorização implementado no posto de vigilância.

Conta áreas anexas conforme preconizado, nomeadamente, secretariado clínico, sala de informação, sala de espera de visitas, sala de reuniões, áreas de apoio aos profissionais (vestiários, quarto médico, copa), área de armazenamento de material e equipamento e gabinetes médicos e de enfermagem (UIE/ACSS, 2024).

Os circuitos (pessoas, materiais, lixos) encontram-se bem definidos promovendo um ambiente seguro. A proximidade com o bloco operatório (BO) é igualmente um fator preponderante.

Com a missão de cuidar a PSC, regendo-se por valores e princípios como a Cultura do Conhecimento e da Excelência Técnico-Profissional ou a Melhoria Contínua da Qualidade em ambiente seguro, colabora nesta unidade uma equipa multidisciplinar específica e integrada

que conta com profissionais de enfermagem, médicos intensivistas, assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Operam em estreita colaboração para promover a segurança, agilizar os cuidados em tempo útil e antecipar possíveis focos de complicações. Dão apoio a esta equipa, mas sendo externos à mesma, serviços como o de Imagiologia, Nutrição, BO, outras especialidades médicas através de pedidos de colaboração (quando existentes na instituição, de que são exemplos a cirurgia ou ortopedia), enfermeiros especialistas de reabilitação, o serviço social, farmácia e apoio religioso.

A equipa de enfermagem é composta por 38 elementos, sendo que 13 têm o título de EEEMC. Apesar do esforço na formação contínua da equipa, nomeadamente através da formação em serviço e envolvimento dos enfermeiros em projetos de melhoria contínua, a nível de competências certificadas denota-se ainda um desfasamento em relação às orientações emanadas. Para a constituição das equipas de Unidades de Cuidados Intensivos é recomendada uma percentagem mínima de 50% dos elementos com título EEEMC, em permanência em todos os turnos (OE, 2019c). Esta realidade já tinha sido identificada pelos dados obtidos expressos no documento “Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos” (Penedo et al., 2013).

A carga de trabalho tem sido descrita na literatura como um elemento preponderante a considerar com vista à segurança do doente e qualidade dos cuidados. No contexto alvo de reflexão o rácio enfermeiro/PSC é de 1:2, aquando de lotação a 100%, sendo que os valores de referência recomendados pela OE sugerem 1:1 (nível III), 1:2 (nível II). Alertam, contudo, para a influência a nível de dotações seguras de aspetos como as qualificações dos profissionais, necessidades dos clientes ou organização do serviço, em detrimento de dependência apenas das horas de necessidades de cuidados (OE, 2019c). Acrescentam a possibilidade de recorrer a instrumentos cientificamente aceites, se mais adequado ao contexto (OE, 2018a).

A ferramenta usada, diariamente, neste SMI, no âmbito da avaliação da carga de trabalho de enfermagem é a *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). O seu resultado auxilia o enfermeiro em funções de coordenação na planificação e distribuição dos elementos de enfermagem.

O serviço encontra-se informatizado, com recurso ao sistema informático (SI) *Picis* possibilitando um registo contínuo da monitorização da PSC de forma automática e permitindo à equipa documentar a sua ação e resultados, essenciais à continuidade de cuidados.

O acesso ao SI, plano de cuidados, é facilitado ao estar disponível ainda à cabeceira do doente, promotor de uma gestão eficaz e reduzindo a probabilidade de erro e/ou omissão (de cuidados, registos). O fato de ser um sistema distinto do restante Centro Hospitalar, onde a interoperacionalidade está comprometida, a articulação com outros serviços em caso de transferências, reconhecido como momento crítico, torna-se uma fragilidade acrescida.

Face ao contexto de prestação de cuidados apresentado e os desafios que proporcionou na procura do desenvolvimento das competências inerentes ao EEEMC na área da especialidade de enfermagem da PSC e alinhados com o âmbito do projeto de investigação foram construídos os seguintes objetivos específicos:

- Fomentar a reflexão sobre os CEO à PSC em contexto de cuidados intensivos;
- Promover práticas baseadas na evidência que promovam a segurança dos cuidados na monitorização hemodinâmica com recurso ao sensor PiCCO®.

1.2. Estágio em contexto de urgência

O estágio de natureza profissional em contexto de urgência decorreu num SU de um Centro Hospitalar da Região Centro do País, de 13 de dezembro de 2023 e 12 de março de 2024.

Durante o percurso este centro hospitalar foi inserido numa Unidade Local de Saúde, numa ótica de criação de um sistema integrado de serviços, ao abrigo dos novos modelos de gestão face aos paradigmas atuais.

O SU é um serviço multidisciplinar e multiprofissional revestido de imprevisibilidade pelo propósito da sua missão: atender a pessoa com necessidade de assistência a nível hospitalar, urgente ou emergente, conforme estabelecido pelo Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março, que cria o SU Hospitalar (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019).

É, muitas vezes, a porta de acesso aos cuidados de saúde. Um acesso que importa gerir pois o uso indiscriminado compromete a sua capacidade de resposta. O consumo inadequado de recursos (humanos, infraestruturas e materiais) impede a disponibilidade para as situações urgentes/emergentes, aumenta a carga de trabalho profissional, os tempos de resposta, diminui a satisfação profissional e do doente, para além do aumento dos custos financeiros (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019).

Estes fatores têm repercussões na qualidade da assistência e são um desafio real. Portugal tem uma taxa de procura do SU significativamente mais elevada que noutros países da

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sugerindo alguns estudos em cerca de 30% a procura do SU em nível inadequado de prestação (ACSS, 2022). Estes dados são similares aos nacionais, obtidos pela monitorização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para a Região Centro, onde nos últimos anos (janeiro/2021 a agosto/2024) é verificada uma percentagem de episódios de entrada não urgente, segundo a Triagem de Manchester, sinalizada em 42% (SPMS, 2024).

As Redes de Referência Hospitalar, que devem ser construídas segundo as necessidades da população, atuam igualmente para a eficiência dos serviços (OE, 2019a). São fundamentais para a manutenção de sistemas integrados, coordenados e hierarquizados ao constituírem-se como mapas de uma rede estruturada. É o caso da Rede de Referência de Urgência e Emergência que contempla o sistema Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência visando um sistema Integrado – Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Segundo o artigo 18º, do Despacho 10319/2014 todos os cidadãos deveriam procurar a entrada no SIEM através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes e a Linha Saúde 24 (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

É primordial uma aposta na literacia em saúde, sendo as campanhas de sensibilização nomeadamente na educação da população para a boa utilização dos serviços de saúde uma das estratégias a investir (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019).

O SU em questão insere-se no segundo nível de responsabilidade no atendimento a situações urgentes correspondendo a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. Conta para tal com as valências obrigatórias médicas e equipamento mínimo como Anestesiologia, BO, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, Pediatria, Imagiologia e Patologia Clínica (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Apesar de não em permanência conta ainda com apoio de médicos especialistas de gastroenterologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, urologia, infeciologia, neurologia e oftalmologia.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos das várias especialidades supracitadas, enfermeiros (de cuidados gerais, EEEMC e em Enfermagem de Reabilitação), assistentes operacionais e administrativos. Conta ainda com a colaboração externa à equipa de técnicos de ação social e de cardiopneumologia.

A equipa de enfermagem é composta por 116 elementos sendo que apenas 12 elementos são detentores do título de EE (especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 em

Enfermagem de Reabilitação), longe da meta recomendada pelos normativos legais de 50% de EEEMC na área de especialidade de enfermagem à PSC (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Este desfasamento foi também notório numa avaliação dos Serviços de Urgência realizada pela Secção Regional do Centro da OE em que apenas 17,7% da amostra apresentava as competências referidas (OE, 2019a).

Relativamente ao modo de organização, a equipa de enfermagem do SU é liderada por um enfermeiro chefe que conta com o apoio, para a gestão e coordenação, de 2 enfermeiros a desempenharem funções em horário fixo. Fora deste, fica identificado um elemento como coordenador de turno. A nível da prestação de cuidados diretos, encontra-se subdividida em equipas, cada uma com um grupo de coordenadores identificados.

A nível de estrutura física, onde a equipa de enfermagem opera, a mesma encontra-se organizada nas seguintes áreas: de triagem de prioridades, azuis e verdes, amarelos, balcão de medicina, de cirurgia, de ortopedia e SE. Fica ainda um elemento encarregue das eventuais necessidades de transporte inter-hospitalar.

A sala de emergência é uma área fundamental ao ser o local preparado para receber, avaliar e estabilizar a pessoa com necessidade emergente de cuidados (UIE/DRS/ACSS, 2019). A mesma encontra-se localizada, tal como indicado pelas orientações técnicas, próximo da entrada do serviço, do posto de triagem e do local dos meios complementares de diagnóstico, com um acesso fácil ao BO e SMI (apesar de não em proximidade horizontal).

No SU analisado, a SE está organizada em espaço aberto com capacidade para 3 unidades individuais de reanimação. Cada unidade é entendida como o espaço com o material necessário para a abordagem, reanimação e estabilização do doente crítico (UIE/DRS/ACSS, 2019).

Pela complexidade e vulnerabilidade da PSC aqui admitida fica, sempre que possível, a cargo de elementos de enfermagem com competências especializadas para o mesmo. Na mesma ótica é selecionado o enfermeiro alocado às transferências.

A atividade no SU é revestida de imprevisibilidade associada a uma complexidade que lhe é específica pelas características da população que aí ocorre. É imprescindível a presença de profissionais competentes, seguros e capazes de uma tomada de decisão crítica, em tempo eficiente, e baseada na melhor evidência disponível. O desafio passa por, perante tal exigência, manter a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Alinhados com as reflexões realizadas, o contexto vivenciado e a linha de investigação traçada, foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar para o fenómeno dos CEO à PSC no contexto do SU;
- Promover a segurança do doente através da promoção de práticas baseadas na evidência na gestão segura dos cuidados ao cateter vascular central (CVC).

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A experiência nos contextos clínicos desafiou a um contínuo questionamento e reflexão com base numa gestão integrada entre os conteúdos adquiridos desde o início deste percurso, a experiência pessoal e a melhor evidência disponível encontrada.

Permitiu um crescimento pessoal e um ponto de viragem no ser profissional ao tornar verdadeiramente consciente e intencional a atuação.

Foram pontos chave neste processo: a prática baseada na evidência (PBE) e a procura do exercício de uma enfermagem avançada, essenciais a uma melhoria de qualidade nos cuidados de saúde sensíveis à ação do EEEMC na PSC.

O EE é o profissional reconhecido que adquire, para o exercício da sua prática profissional, competências específicas na área em que se especializa que acrescenta às competências descritas pela OE como comuns, e por isso transversais às diferentes especialidades (OE, 2019b). As competências comuns encontram-se estruturadas em quatro domínios de atuação: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b). A análise crítica apresentada incidirá sobre cada uma separadamente apesar da sua indissociação estar intrínseca ao cuidado de excelência.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal implica o desenvolvimento das seguintes competências: exercício de uma prática profissional ética e legal, no campo de intervenção específico a cada especialidade e de uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019b).

A enfermagem em Portugal encontra-se sustentada em referenciais estruturantes: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015c), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2018b), o Código Deontológico e Profissional (OE, 2015b), o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (por área de especialidade) (OE, 2015a) aos quais ainda acrescem pareceres e

tomadas de posição da OE. O desenvolvimento das competências supracitadas exige o conhecimento, respeito e apoio nestes pilares.

Apesar destes referenciais norteadores, o exercício profissional (EP) não é linear pois tem na sua centralidade a relação com o outro, ser uno e indivisível, com um projeto de saúde próprio, revestido por valores e crenças pessoais (OE, 2015b).

No âmbito da atuação do EEEMC na área de especialidade da PSC acresce a condição específica em que se encontra a pessoa, revestida de complexidade e vulnerabilidade, já que ameaçada por falência ou iminência de falência orgânica que põe em causa a vida e por isso, por vezes incapaz de se autodeterminar ou manifestar as suas preferências (OE, 2018b, 2019b).

O respeito pelos direitos humanos surge como princípio orientador da prática assim como a responsabilidade implícita ao papel que o enfermeiro assume perante a sociedade (Diário da República, 2015).

A responsabilidade exige competência que decorre do aperfeiçoamento profissional, uma crescente capacidade de mobilização dos recursos, conhecimentos técnicos e científicos, valores que o enfermeiro vai integrando na construção da sua identidade profissional para o agir autónomo (Nunes, 2024a). Não se limita aos resultados das intervenções desenvolvidas, mas é inerente a todo o processo de tomada de decisão: sobre a decisão (de agir/ não agir), os atos (realizados/omitidos) e a consequência dos mesmos (Nunes, 2024a).

A mobilização, aplicação do conhecimento e capacidades perante uma avaliação crítica das situações (julgamento clínico) remete para o domínio do desenvolvimento de competências, conforme sustentado pelo Modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001), por sua vez fundamentado no modelo de aquisição de perícia de Dreyfus.

Este processo é acompanhado da consciência do impacto da decisão e de intencionalidade. A prática nos contextos clínicos, apresentados em capítulo anterior, tal como defendido pela teórica, favoreceu este crescimento. Foi promovida a adesão e sensibilização a práticas promotoras desta intencionalidade no agir, com vista à melhoria dos cuidados, da sua qualidade, segurança e satisfação da pessoa.

A deontologia profissional orienta e fundamenta o agir profissional sendo a ética indissociável à enfermagem que na sua essência procura cuidar o outro. E o outro, definido como pessoa no conceito apresentado pela OE, tem direito a um cuidado humanizado, de forma holista e, por isso, culturalmente sensível. Na procura do mais elevado nível de

qualidade e de satisfação da pessoa o EP requer sensibilidade para atuar respeitando os valores, costumes e religiões daquele que é o foco do seu cuidado (OE, 2015a).

O código deontológico remete, no artigo 110º, à Humanização dos cuidados, exigindo a atenção à pessoa como um todo, integrada numa família/comunidade. A Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS salienta a necessidade de uma humanização nos diferentes níveis de atuação exigindo esta uma comunicação personalizada, empatia e compaixão (SNS, 2024).

No contexto da PSC, onde a prestação de cuidados especializados exigida decorre num ambiente de vulnerabilidade, altamente mutável com uma necessidade de resposta atempada e célere, é ainda um desafio.

Na procura de amenizar processos complexos, gerir níveis de ansiedade decorrentes dos mesmos foram adotadas estratégias que permitiram após a estabilização da PSC, a possibilidade, nomeadamente de visita/acompanhamento por familiar/pessoa de referência identificada, mesmo em contexto de sala de emergência.

A comunicação eficaz é essencial em todo este processo permitindo cuidar para além da falência multi/orgânica.

Na atenção à PSC, exigente pela multidimensionalidade e variabilidade de fatores em causa, alguns dos quais podem entrar em conflito, surgem frequentemente dilemas éticos e a tomada de decisão exigida implica uma racionalização, um processo de deliberação consciente na procura do melhor agir (Nunes, 2024b).

O EE tem um papel fundamental ao ser capaz de uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas e um elemento competente para suscitar a reflexão e liderar o processo de tomada de decisão ética (OE, 2019b). Esta, inerente aos valores intrínsecos do EP, decorre quer a pessoa esteja consciente, capaz de participar ou não na decisão (Nunes, 2024a).

No respeito pelos direitos humanos o Código Deontológico remete-nos para o respeito pela liberdade humana e daí o dever da informação e respeito pela autodeterminação, através do consentimento informado. Considerando a situação crítica da pessoa, por vezes não é possível uma decisão autónoma verificando-se uma transição da responsabilidade pelo compromisso de cuidado assumido. Pelo consentimento presumido, o EE atua com base na resposta que seria aceite pela pessoa se tivesse capacidade e conhecimento das circunstâncias (OE, 2015b). Foram desenvolvidas intervenções na procura do melhor para a pessoa, de encontro ao preconizado pelos Padrões de qualidade dos cuidados de

enfermagem especializados (PCQEE) promovendo o bem-estar e a saúde. Sustentaram a atuação princípios bioéticos fundamentais como o da beneficência ou o da não maleficência, defendidos por Beauchamp e Childress (2019), na procura do melhor interesse para a pessoa e a evicção do dano, minimizando efeitos secundários ou a submissão a tratamentos, intervenções ausentes de benefício.

O EE assume a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para a pessoa, no respeito pelos seus direitos. A confidencialidade e privacidade são deveres salvaguardados quer no regulamento de competências como no código deontológico. Foram fomentadas práticas que promovessem estes direitos, nomeadamente em ambientes da prática como o SU onde o número de pessoas presentes, as infraestruturas e as exigências constantes podem atuar como barreiras dificultadoras na manutenção de elevados níveis de qualidade neste campo.

Apesar dos constrangimentos, é de reconhecer o esforço e sensibilidade das equipas na manutenção da privacidade da pessoa, o que envolve claramente um acréscimo de esforços e tempo, mas seguramente um aumento da confiança da pessoa nos cuidados, da promoção de maior conforto, bem-estar e respeito.

Cabe ao EE a responsabilidade de promover uma cultura de segurança, minimizando os eventos adversos através de uma prática segura e antecipatória (OE, 2019b). Acresce o código deontológico, no artigo 88º - Da excelência do exercício, que o enfermeiro deve assegurar um ambiente da prática positivo para o EP com autonomia e dignidade devendo ser comunicadas as deficiências que comprometam a qualidade dos cuidados (Diário da República, 2015).

A linha de investigação transversal a este relatório, focada nos CEO no contexto da PSC encontra aqui fundamento, na promoção de uma cultura de segurança e em prol da qualidade dos cuidados. Na procura de atuar como agentes de mudança e após análise das necessidades dos contextos foram delineados objetivos específicos associados a este fenómeno e estratégias de superação dos mesmos. Foram promovidos espaços de reflexão e sensibilização para a identificação das falhas/omissões, prevalecendo uma cultura de notificação e de segurança do doente em detrimento de uma perspetiva de perseguição ao erro.

A documentação dos cuidados de enfermagem é uma obrigação legal (OE, 2015c). A prática de enfermagem e os ganhos decorrentes da mesma necessitam ser evidenciados para que sejam reconhecidos e valorizados (Sousa & Oliveira, 2024). É premente um maior

envolvimento dos profissionais neste domínio, criando as condições facilitadoras do mesmo. Para além da resposta a uma exigência ética e legal, é essencial no apoio ao processo de tomada de decisão e na continuidade de cuidados (Sousa & Oliveira, 2024). A celeridade necessária neste contexto e a sobrecarga de trabalho tornam este aspeto um desafio. Contudo, foram documentadas as práticas realizadas, no momento mais oportuno, nos sistemas informáticos implementados nos diferentes contextos e promovida a sensibilização para esta necessidade.

2.2. *Domínio da melhoria contínua da qualidade*

A qualidade em saúde está intimamente ligada à excelência do EP e é um conceito chave e um propósito da governação clínica – que visa a melhoria contínua da qualidade, a minimização do risco e a maximização dos resultados (Ferreira & Fonseca, 2023; Sales & Pestana, 2024).

A qualidade em cuidados de saúde é um conceito complexo e não existindo uma definição única mundialmente aceite, são entendidos como conceitos básicos intrínsecos a eficácia, a segurança e a centralidade na pessoa alvo dos cuidados (WHO, 2020).

Donabedian (2003) realça os atributos que considera pilares subjacentes à qualidade em saúde como sendo a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Salienta a importância da monitorização, num processo cíclico, para a mensuração e compreensão do nível de qualidade, permitindo reconhecer áreas de necessidade de melhoria. Para tal, o seu modelo tridimensional considera três domínios – estrutura, processo e resultado – com uma relação próxima entre si, em que os indicadores de estrutura influenciam os de processo e estes por sua vez os de resultado (Donabedian, 2003). A relevância do seu modelo é ainda atual sendo um referencial para a avaliação dos cuidados de saúde (Dias, 2024).

Em enfermagem, a qualidade do EP é norteadada pela matriz concetual apresentada pelos PQCEE. O instrumento Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade dos Cuidados enfatiza a sua importância na avaliação da qualidade ao ser estruturada com base nos enunciados descritivos que decorrem dos mesmos (Vilela et al., 2024). Promove ainda o estímulo ao EP alinhado com os padrões emanados pela OE e potencia a efetividade das práticas (Ribeiro et al., 2020; Vilela et al., 2024).

As competências do EE no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade relacionam-se com o seu papel dinamizador em iniciativas, estratégias e programas de melhoria contínua em prol da qualidade e na promoção de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019b).

Sales & Pestana (2024) reforçam que a melhoria contínua da qualidade, como processo dinâmico deve nortear o EP e a adesão à PBE é fundamental para que haja a reflexão sistemática das práticas e o confronto com a melhor evidência científica disponível (Rocha, 2020).

O EE na procura constante da excelência atua como agente de mudança. Aliando as suas competências científicas, técnicas e humanas, ao reconhecimento da importância da PBE para constante atualização e sustentação, tem a perspicácia de análise crítica e encontra-se desperto para identificar possíveis lacunas nos contextos da prática. Reconhece, por conseguinte, janelas ótimas de atuação.

Num dos contextos da prática vivenciados e após avaliação das práticas vigentes e vulnerabilidades percecionadas, em concordância com as enfermeiras tutoras e orientadora foi identificada a necessidade de atuação no âmbito da capacitação da equipa aquando da necessidade de monitorização hemodinâmica por termodiluição transpulmonar (TTP). Como prática recente no contexto em questão, ainda não experienciado pela maior parte da equipa, era gerador de insegurança tendo sido delineado um objetivo específico que procurasse colmatar esta fragilidade.

A monitorização avançada é essencial para a avaliação adequada das necessidades da PSC para o alcance da sua sobrevivência (OE, 2018b) sendo a monitorização hemodinâmica fundamental (Pinsky et al., 2022).

Inclui métodos não invasivos, minimamente invasivos e invasivos em que os primeiros estão associados a técnicas que não recorrem a qualquer implante na rede vascular anulando o risco de iatrogenia (Alves & Sampaio, 2020). Contudo, a instabilidade da PSC exige, por vezes, uma escalada nos métodos de monitorização nos casos em que o benefício supera o risco associado (Alves & Sampaio, 2020).

A monitorização hemodinâmica com recurso ao sensor PICCO® é um método *gold standard* que permite avaliar o débito cardíaco combinando duas técnicas: análise contínua do débito por análise da curva de pulso – análise contínua das ondas de pressão arterial – e análise intermitente do débito recorrendo à TTP (Alves & Sampaio, 2020). Adicionalmente ao débito cardíaco, mede outros parâmetros essenciais para conhecer o status hemodinâmico da

pessoa nomeadamente pré-carga, pós-carga, contratilidade e fluidos pulmonares e extrapulmonares (GEhealthcare, 2017).

Este método permite uma visão abrangente ao refletir as alterações no status hemodinâmico da PSC, fornecendo dados confiáveis que permitem uma gestão mais eficaz dos fluidos e orientam no sentido da melhor atuação, melhorando o prognóstico da pessoa (Wang et al., 2022). Lu et al. (2022) sobre o impacto da monitorização hemodinâmica por TTP com sistema PICCO® na sobrevivência e prognóstico de doentes com lesão do miocárdio e choque séptico associam a uma recuperação mais rápida e melhores *outcomes* (menos tempos sob VMI, menos tempo de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), menor incidência de complicações pós-operatórias).

Para a monitorização por TTP é necessário um cateter venoso central e um cateter PiCCO®, inserido a nível da artéria, preferencialmente femoral. Este cateter, de diferentes calibres, é um cateter de termodiluição arterial constituído por 2 lúmens (lúmen de pressão e o lúmen do termistor).

O sistema necessita de calibração frequente (da complacência arterial com o débito cardíaco) sendo realizada através da técnica de TTP: injeção de solução salina gelada (< 8º) em cateter venoso central e leitura em artéria principal onde é colocado cateter com termistor integrado (Kobe et al., 2019). São necessários 3 a 5 bólus para uma avaliação adequada, com dados com mais precisos e exatos (Alves & Sampaio, 2020).

A evolução nos últimos anos e a complexidade crescente dos sistemas de avaliação hemodinâmica exigem uma atualização constante das equipas de saúde para poderem atuar de forma segura, com maior benefício e menor risco (Alves & Sampaio, 2020). A obtenção de dados fidedignos e a capacidade de interpretação correta dos mesmos é condição essencial para a prevenção de complicações e a tomada de decisão mais adequada à PSC (Alves & Sampaio, 2020).

A garantia da qualidade de acordo com os PQCEE deve persistir independentemente do âmbito das intervenções de enfermagem – autónomas ou interdependentes (Vilela et al., 2024).

Como elementos integrantes no processo de implementação da técnica supracitada, manutenção, avaliação, suspensão e remoção, importa clarificar e uniformizar práticas de enfermagem com vista ao aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Foi desenvolvida e disponibilizada uma base precursora de uma possível instrução de trabalho relacionada com os Procedimento de Enfermagem na monitorização hemodinâmica com

recurso a sensor PiCCO® (APÊNDICE I). Num contexto onde a par com a especificidade e a complexidade é exigida uma resposta célere e em tempo útil foi contruído um guia de análise rápida para suporte à atuação (APÊNDICE II).

Considera-se atingido o segundo objetivo definido no contexto de estágio em cuidados intensivos, nomeadamente, o promover práticas baseadas na evidência que promovam a segurança dos cuidados na monitorização hemodinâmica com recurso ao sensor PiCCO®, ao atuar nas fragilidades encontradas, relacionando-se a relevância da atuação com a aplicabilidade prática e sustentação na evidência disponível com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e de promoção de segurança.

2.3. *Domínio da gestão de cuidados*

As competências do EE no domínio da gestão dos cuidados estão relacionadas com a gestão e supervisão dos cuidados visando a segurança e qualidade dos mesmos e a liderança da equipa com vista a uma otimização do seu trabalho, adequando os recursos às necessidade de cuidados (OE, 2019b).

Pelas competências especializadas que adquire, o EE tem uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (OE, 2019b). Aliado ao julgamento clínico, procura constante de melhoria da qualidade e preocupação com a PBE assume um papel fundamental no apoio à equipa de saúde, na tomada de decisão e garantia da melhor resposta possível.

Nos diferentes CPC foi disponibilizada assessoria, atuando em colaboração com as equipas na otimização dos cuidados e partilha do conhecimento, nomeadamente em áreas específicas onde foi diagnosticada a necessidade de melhoria – caso da área de Estomaterapia e cuidados inerentes à pessoa com estoma de eliminação e complicações associadas. Permitiu reduzir focos de insegurança e acrescentar valor aos cuidados. Em SU, foram promovidas práticas de sensibilização para a prevenção da infeção do local cirúrgico (com menor adesão pelo handicap do contexto em questão), através do reforço do feixe de intervenção – Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, segundo as orientações pela Direção-Geral da Saúde face à necessidade de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2022b).

No contexto da saúde atual, altamente complexo e cada vez mais exigente, onde a especificidade e evolução tecnológica se associam a custos mais elevados e a escassez de recursos uma realidade, emerge o desafio da sustentabilidade (Dias, 2024).

A gestão cuidada dos recursos é fundamental para a qualidade dos cuidados e otimização das práticas sendo competência do EE (OE, 2019b). Neste âmbito, a gestão de recursos humanos e materiais (equipamentos, material, medicamentos) com o objetivo de maximizar a ação dos primeiros e adequar os segundos às necessidades de cuidados vigentes é premente (OE, 2019b).

A prestação de cuidados de qualidade e seguros é influenciada pela adequação dos recursos humanos (Dias, 2024).

A dotação adequada de enfermeiros, o perfil e nível de competências são aspetos relevantes a considerar na procura de um sistema mais eficiente e capacitado, com níveis adequados de segurança e qualidade nos cuidados (OE, 2019c). Sendo aceite que a gestão deva apoiar-se em metodologias e critérios que visem esta adequação, a variabilidade de especificidades de cada contexto impõe que sejam considerados fatores como as competências profissionais, a arquitetura da organização, a desconcentração dos serviços e as exigências a nível de formação e investigação em detrimento da limitação ao número de horas de cuidados/tempos de procedimentos (OE, 2019c). A norma para cálculo das dotações seguras (Regulamento nº734/2019), publicada pela OE, surge como uma orientação de natureza técnica, atuando como instrumento de apoio à gestão (OE, 2019c).

A evidência atual comprova a relação entre a dotação de enfermeiros adequada e a segurança das práticas (Dias, 2024; Sabino, 2022). Neves (2020) aborda a dotação de enfermagem e fatores de estrutura como o ambiente de trabalho e comprometimento organizacional, como influenciadores do processo de cuidado, com impacto nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Sublinha, no seu estudo, o efeito significativo das dotações seguras na qualidade e segurança, evidenciando um desrespeito pelo mesmo na realidade avaliada – contexto hospitalar do norte e centro de Portugal –, com uma dotação insegura, baseada na proposta da OE, de 90% e percecionada pelos enfermeiros de 82,19% (Neves, 2020).

Sendo o cálculo das dotações seguras competência do domínio da gestão, responsabilidade do enfermeiro diretor (Dias, 2024), importa ao EE reconhecer a implicação dos pressupostos apresentados para sustentar a sua ação, nomeadamente aquando da assunção de funções de coordenação. Neste âmbito, tem um papel importante na gestão da equipa e organização

dos cuidados, enunciado descritivo inerente aos PQCEE, através da procura de uma metodologia de organização promotora de qualidade, que permita uma resposta eficaz e eficiente.

Em ambos os contextos – SU e SMI – o acompanhamento do enfermeiro orientador que, pelas competências inerentes ao EE, assume a posição de coordenador, permitiu a aquisição destas competências.

Na execução dos planos de distribuição dos diferentes elementos de enfermagem torna-se essencial adequar os recursos à complexidade e nível de exigência dos contextos. O respeito pelas competências de cada profissional e nível de diferenciação é preponderante para a qualidade e segurança – no caso do SU, necessidade de alocação de EE à sala de emergência ou responsável pelas transferências inter-hospitalares. O fato de neste contexto os enfermeiros estarem organizados por equipas (cada uma com pelo menos um EE) facilitou este processo, permitindo melhores respostas de atuação e, conseqüentemente maior segurança para a pessoa.

No caso do SMI, unidade de nível II e III, importou adequar os mesmos níveis de diferenciação e especialização às necessidades e exigências específicas da PSC. Para tal, o uso de escalas serve como instrumento de apoio à gestão.

A TISS-28, instrumento desenvolvido para avaliar a carga de trabalho de enfermagem e estimar a gravidade da doença em contexto de cuidados intensivos (Padilha et al., 2005), era a ferramenta diária em uso no SMI. Contudo, o fato de se centrar na quantidade de intervenções realizadas, de acordo com a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido na realização de procedimentos à PSC, apresenta algumas fragilidades na sensibilidade aos cuidados de enfermagem prestados (Margadant et al., 2021).

O *Nursing Activities Score* (NAS) surge da necessidade de colmatar estas lacunas e procura representar de forma mais fidedigna a carga de trabalho dos enfermeiros ao incluir cuidados diretos e indiretos de enfermagem (incluindo atividades administrativas e de gestão) (Macedo et al., 2021). A evidência refere a NAS com melhores resultados, ao refletir cerca de 59% a 81% do tempo de enfermagem face aos 43% da TISS-28 (Hoogendoorn et al., 2020; Margadant et al., 2021).

Sensíveis a estas limitações a equipa tem perspetivada a substituição do instrumento em uso aguardando a operacionalização necessária para iniciar a aplicação da NAS.

Margadant et al. (2021) aponta como fragilidades a este instrumento o não incluir todas as intervenções desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos e não refletir as variações na carga de trabalho sugerindo a necessidade de novos modelos de avaliação.

Foi exigido assim, na posição de apoio à coordenação a perspicácia de gerir para além dos dados fornecidos pelo instrumento, atuando este apenas como um apoio/orientação à tomada de decisão. É essencial a sensibilidade à variabilidade e mutabilidade do contexto – complexidade de doentes, aumento inesperado de carga de trabalho, gestão atempada de altas/admissões, em que a flexibilidade de adaptação e capacidade de previsão/antecipação potenciam uma resposta rápida e eficiente da equipa de saúde.

Paralelamente, a gestão dos recursos materiais e a gestão de stocks torna-se essencial por forma a prevenir falhas e défices que venham a condicionar a atuação, sendo necessária a capacidade de uma avaliação sustentável face às necessidades reais/potenciais (de equipamentos, fármacos, material).

No SU, ainda nos turnos de coordenação e de apoio à gestão, foi uma preocupação a organização dos cuidados, desenvolvendo um trabalho colaborativo com a equipa de saúde no sentido de procurar um ambiente mais favorável à prestação dos cuidados e, simultaneamente, de promoção pelo bem-estar e respeito pela pessoa. Este fato tornou-se preponderante em turnos onde se verificou uma afluência acima da capacidade.

A sobrelotação dos serviços de emergência é um problema de saúde pública, com implicações na qualidade dos cuidados e aumento dos eventos adversos (Sartini et al., 2022). A ausência de macas, boxes disponíveis com rampas de oxigénio (obrigando ao recurso a balas de oxigénio) ou a ausência de capacidade a nível de sistema informático (que já não permitia a alocação das pessoas por não ter “vagas” disponíveis dificultando a identificação, fácil acesso e reconhecimento da pessoa) obrigou a uma gestão dinâmica e ao desenvolvimento de estratégias de identificação inequívoca, de apoio na agilização das altas, na organização dos espaços, ou a manter disponíveis em tempo útil os materiais e medicação necessários por forma a minorar as condicionantes à capacidade de resposta.

O desenvolvimento das competências neste domínio é viável com a capacidade de assunção de um estilo de liderança que promova um ambiente positivo.

O EE tem um papel importante na liderança das equipas e no seu empoderamento: é essencial a promoção da tomada de decisão, o envolvimento no trabalho, a confiança (Teixeira et al., 2020). Influencia a eficiência e efetividade dos cuidados prestados, a satisfação e envolvimento profissional e o ambiente organizacional/contexto de atuação

(Specchia et al., 2021) repercutindo-se em ganhos em saúde para a pessoa, profissional e instituição.

O trabalho em equipa funciona como fator protetor – da qualidade dos cuidados, da satisfação profissional e de um ambiente positivo – sendo trabalhada uma comunicação eficaz. Butler (2021) refere que a comunicação efetiva, associada à inteligência emocional potencia sentimentos de segurança e valorização na equipa.

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é exigido ao EE desenvolver autoconhecimento e assertividade e basear o seu EP especializado em evidência científica (OE, 2019b).

O autoconhecimento exige que o profissional tenha um contínuo conhecimento de si, crenças, valores, motivações e que reconheça as suas forças e limitações que contribuem para a construção da sua identidade pessoal e profissional.

Neste percurso, a autoconsciência é uma dimensão preponderante, sendo uma unidade de competência do EE (OE, 2019b). É considerada uma dimensão pilar da inteligência emocional (IE), a par com a autorregulação, a empatia, a motivação e a interação social (Veiga, 2024).

Para o enfermeiro, que no seu EP tem intrínsecas as relações interpessoais, porque é na relação com o outro que decorre o processo de cuidar, importa compreender como e de que forma contribui a IE. A literatura apresenta, por vezes, como aparentemente semelhantes os conceitos de IE e competência emocional (CE), apesar de distintos (Veiga, 2024). Baseando-se no trabalho de Veiga-Branco (2005) a competência emocional é relacionada com a capacidade de tradução na prática das potencialidades inerentes à IE, e, portanto, no âmbito do “pós-facto” (Veiga, 2024). Daqui decorrente, vem sendo definido o perfil de CE através das cinco dimensões: autoconsciência, gestão das emoções, automotivação, empatia e gestão emocional em grupos (Veiga, 2024).

No compromisso assumido na relação do cuidado é exigido um envolvimento emocional que expõe o profissional a maiores riscos de stress e ansiedade, que atua num ambiente complexo, com questões sensíveis que influenciam o bem-estar do outro (Teixeira et al., 2024).

A empatia, no EP, permite um reconhecimento da emoções do outro e, conseqüentemente, das suas necessidades de forma mais rápida e eficaz (Soeima, 2021). É essencial ao

estabelecimento da relação de ajuda, da gestão dos níveis de ansiedade e sentimentos experienciados pela pessoa/família face à experiência crítica vivenciada (Veiga, 2024). Soiema (2021) associa esta capacidade como a mais valorizada pelos enfermeiros no âmbito da CE. Carício et al. (2024) evidenciam a empatia e o altruísmo como potenciadoras de um cuidado humanizado. Esta visão integral e de respeito para com a pessoa está intimamente ligada ao EP de excelência, descrita nos PQCEE na categoria de Satisfação do Cliente.

A autoconsciência e gestão emocional a par com a motivação são essenciais ao desenvolvimento das competências do EE, desde o desenvolvimento e promoção da relação terapêutica à tomada de decisão segura, ainda mais preponderante em ambientes de stress e altamente exigentes como o associado à PSC (Veiga, 2024).

O percurso nos CPC repleto de situações complexas, exigentes a nível de atuação segura e célere foi um espaço de aprendizagens e desenvolvimento de competências inegável. A PSC, na sua integridade, foi foco de atenção sendo continuamente trabalhada a relação com a mesma para lá da situação de falência multiorgânica em causa. O autoconhecimento e autoconsciência permitiram reconhecer fragilidades e apostar na supressão das mesmas, e a empatia e assertividade, permitiram desenvolver um caminho de crescimento face a um aperfeiçoamento pessoal e profissional. A capacidade de gestão de emoções foi posta à prova e reforçada quer em situações de crise, de liderança, de gestão de conflitos, de partilha de experiências e conhecimento em prol de um crescimento mútuo. A CE foi essencial na facilitação dos processos de adaptabilidade, de flexibilidade face a divergências na relação com o outro, ou a amenizar o processo crítico vivenciado pela pessoa/família, face a medos e inseguranças, minimizando o seu impacto e atuando como facilitador neste processo de transição saúde/doença.

O formar profissionais mais seguros e conscientes de si aumenta a sua capacitação, permite reconhecer pontos fortes e atuar no sentido da melhoria. Esta perceção vai de encontro às evidências descritas na literatura que associa o défice de CE a maiores níveis de stress e exaustão emocional e dificuldade na gestão das emoções (pessoais e do outro) defendendo a necessidade de aposta formativa nesta área (Carício et al., 2024; Teixeira et al., 2024). Considerando a relação comprovada entre satisfação da pessoa/relação terapêutica e CE do profissional, esta é passível de ser assumida como um indicador sensível dos cuidados de enfermagem (Veiga, 2024).

O trabalho em equipa e colaborativo é fundamental e o percurso realizado ao longo dos contextos clínicos, pautado por assertividade e entreaajuda, permitiu uma prática reflexiva e

de partilha da melhor evidência científica. Promoveu uma atualização contínua, na procura do exercício de uma PBE promotora da qualidade exigida ao EE, quer pelas suas competências como intrínseca à deontologia do próprio EP (Diário da República, 2015; OE, 2019b).

Decorrente deste crescimento surge outra inquietação. O aperfeiçoamento profissional, tal como defendido por Benner (2001), decorre no contexto da prática, na ação e na reflexão sobre a ação. Em contextos como os experienciados, de grande complexidade, com necessidade de atuação rápida e eficaz, e de grande exigência, quer a nível de gestão de cuidados como de equipa, torna-se essencial o repensar estas práticas por forma a potenciar a ação futura.

O *debriefing* é uma estratégia de crescimento e melhoria contínua ao permitir esta reflexão, a identificação de lacunas, a avaliação da eficácia de protocolos existentes ou área de necessária atualização/investimento, uma melhor gestão do bem-estar psicológico da equipa e do desempenho clínico – com melhores ganhos para a PSC, melhoria da comunicação e das competências da equipa (Sousa, 2023). Seelandt et al. (2021) salienta o impacto na melhoria da comunicação e coordenação dos elementos da equipa.

Na experiência percecionada, o mesmo decorria sem uma estrutura orientadora ficando dependente da ação/atitude dos elementos envolvidos, podendo estar a ser subaproveitadas as potencialidades desta estratégia.

O *debriefing* é um processo complexo por ser influenciado por múltiplas variáveis (Keiser & Arthur Jr., 2021) sendo necessária uma aposta nesta área de investigação.

Phillips et al. (2024) considera que uma ferramenta estruturada poderia facilitar uma abordagem estandardizada e ultrapassar barreiras, mas refere ainda pouca robustez da evidência sobre estas. Duff et al. (2024) numa revisão sistemática sobre a efetividade de estratégias de *debriefing* (associado à simulação) sugere esta limitação de robustez. Outros estudos, referem não ter encontrado diferenças significativas independentemente do método ou do nível de estrutura (Kam et al., 2022; Keiser & Arthur Jr., 2021).

A evidência refere como barreiras à sua implementação a escassez de recursos humanos, a carga de trabalho, a falta de tempo ou mudanças de turno (Cincotta et al., 2021; Sousa, 2023).

O empenho e fomentação desta estratégia potencia as aprendizagens e responde a deveres inerentes ao próprio código deontológico, que alerta para a importância da reflexão sobre a ação na procura de uma maior consciencialização da prática realizada e, no âmbito da excelência profissional, a necessidade de assumir o dever de analisar regularmente o

trabalho e reconhecer falhas para uma adequada mudança de atitude (Diário da República, 2015).

O envolvimento no trabalho em equipa e assessoria realizados permitiu uma atuação como facilitador de aprendizagens em contexto de trabalho, como formador oportuno, assim como nos espaços de reflexão e partilha criados, conforme é preconizado nas competências especializadas (OE, 2019b).

Na concretização dos objetivos específicos relacionados com os CEO e na procura de potenciar os momentos de reflexão estes foram estruturados com base num guia de orientação elaborado.

Na procura da atualização preconizada a qualquer EE e a acrescentar a toda a pesquisa realizada salienta-se a presença na formação realizada neste contexto em Portugal, no *Webinar* "Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência", promovida pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ANEXO I).

A par com a prestação nos contextos clínicos, foi elaborado material de suporte a boas práticas, na procura de facilitar a aprendizagem e potenciar a uniformização, com base na melhor evidência. Ainda na procura de atuar nas áreas identificadas como de possibilidade de melhoria foi realizado um protocolo de *Scoping Review*, posteriormente apresentado em formato de póster (APÊNDICE III), no Congresso Nacional de Estomatoterapia 2024 (ANEXO II), por forma a iniciar um trabalho considerado necessário como base a uma pesquisa futura para mapear a evidência científica sobre a capacitação da família da PSC com estoma internada em unidades de cuidados intensivos com o intuito de procurar/evidenciar estratégias de melhoria.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

O desenvolvimento exponencial que se verifica na área da saúde exige uma adaptação contínua dos serviços e profissionais para o alcance de uma resposta efetiva às reais necessidades da população (Mendonça et al., 2024).

A par com a longevidade alcançada, o aumento das doenças agudas, a agudização/avanço das crónicas, o impacto da sinistralidade e catástrofes, o aumento contínuo do conhecimento e a inegável evolução técnica e tecnológica conduzem a novos problemas de saúde que têm imposto uma complexidade e especificidade crescentes (OE, 2018b).

Na procura de padrões de elevada qualidade, com ganhos significativos em saúde para a Pessoa, o avanço em enfermagem implica uma atuação estruturada e dirigida que vise responder às necessidades de cuidados especializados em áreas emergentes (OE, 2018b).

Ao EE é assim exigido, para além do desenvolvimento das competências comuns (alvo de reflexão em capítulo anterior), a aquisição de competências específicas à sua área de intervenção e, portanto, com um contexto e destinatário bem definidos (OE, 2018b).

O EEEMC na área da PSC tem como foco de atenção a pessoa em risco de vida por falência ou eminência de falência orgânica e que depende, por isso, de cuidados contínuos altamente qualificados para uma intervenção eficiente e em tempo útil (OE, 2018b).

As suas competências específicas, definidas através de regulamento, são: Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe; maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018b).

O caminho para a excelência é norteado pelos PQCEE que atuam como referenciais e estão organizados em sete categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2015a).

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

O EEEMC na área de enfermagem da PSC é o elemento-chave e de referência na prestação de cuidados diferenciados e seguros à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e falência orgânica (OE, 2015a). Desenvolve a sua ação no sentido de responder em tempo útil e de forma holista às necessidades que diagnostica com vista à manutenção das funções básicas de vida, prevenção de complicações ou limitação de incapacidades na procura de uma recuperação total, minimizando o impacto da doença crítica (Lobão et al., 2024; OE, 2018b).

Os processos complexos que acometem a PSC referem-se a processos médicos e/ou cirúrgicos e exigem uma avaliação real e contínua das verdadeiras necessidades que afetam e comprometam o seu bem-estar e saúde. O EEEMC, fazendo uso das suas competências tem o juízo clínico necessário ao diagnóstico e planeamento da melhor intervenção a adotar, sendo a tomada de decisão um processo consciente e intencional na procura de mais valor em saúde. Consiste numa resposta estruturada, educativa e orientada focada nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018b).

O SMI experienciado admite a PSC com afeções médicas e/ou cirúrgicas com necessidade de suporte de órgãos por disfunções múltiplas como cardiovascular, respiratória, neurológica, metabólico ou renal. Esta diversidade e complexidade permitiu um contínuo crescimento com um aprofundamento dos conhecimentos, sustentados na melhor evidência, num leque muito vasto de situações clínicas e no desenvolvimento diário de uma maior destreza, quer na prestação de cuidados direta como na necessária tomada de decisão e perspicácia na antecipação de focos de instabilidade.

Foi assegurada vigilância e cuidados a pessoas com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de monitorização contínua invasiva por diferentes métodos. Estes implicam o implante e manutenção de cateter venoso central (CVC) e de um cateter arterial (CA) para vigilância do estado hemodinâmico venoso e arterial, respetivamente (Alves & Sampaio, 2020). A gestão destes dispositivos e da informação obtida pela monitorização avançada mostrou-se essencial, aliada a uma abordagem centrada na pessoa e em colaboração com a equipa multidisciplinar permitindo colher dados fiáveis para a tomada de decisão terapêutica mais adequada (Alves & Sampaio, 2020).

O suporte respiratório era facultado através de diferentes estratégias terapêuticas e várias interfaces: VMI (nos diferentes modos ventilatórios), ventilação mecânica não invasiva,

oxigénio nasal de alto fluxo ou aquando do descalar de suporte ventilatório, oxigenoterapia por máscara de venturi. O conhecimento por parte do enfermeiro e perícia na gestão dos vários dispositivos é essencial à eficácia dos mesmos, com vista à otimização dos resultados, prevenindo riscos associados ao seu uso (Miguel & Mendes, 2020).

A falência renal exigiu o recurso a procedimentos e técnicas complexas que houve necessidade de aplicar e manter – caso da terapia de substituição renal contínua por hemodiafiltração venovenosa –, garantindo a administração de protocolos complexos, unidade de competência inerente ao EEEMC (OE, 2018b). Foi extremamente enriquecedor o caminho aqui realizado para o qual foi essencial a partilha de reflexões com as enfermeiras tutoras e elementos considerados de referência, comprovando a mais-valia do ambiente positivo entre pares e promotor de crescimento.

Associada a estas especificidades o percurso neste contexto foi marcado ainda pela necessidade de cuidados à PSC pós-intervencionada com presença de drenos – torácicos e abdominais –, ostomias – respiratórias e de eliminação –, aspiração de secreções em pessoa sob ventilação mecânica, gestão de medicação e perfusões múltiplas (incluindo medicação inotrópica, sedativa ou curarizante) ou colaboração em procedimentos como broncofibroscopias ou na intubação endotraqueal.

A harmonização entre a necessidade de prestação de cuidados complexos e altamente especializados e a manutenção de um cuidado humanizado e sensível à perceção da pessoa/família foi um desafio constante, por forma a facilitar a vivência destes processos complexos. O EE é um elemento preponderante e deve promover a sensibilidade da equipa para o mesmo com vista ao alcance de níveis elevados da qualidade e respeito pelos PQCEE.

A organização dos cuidados especializados é uma das categorias de enunciados dos padrões supracitados e a existência de guias de boas práticas no âmbito da PSC ou a existência de sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (EP), elementos facilitadores no caminho da excelência do cuidar (OE, 2015a).

No contexto de SMI experienciado encontra-se instruído o uso da ferramenta “FAST HUGS BID” (*F – Feeding; A – Analgesia; S – Sedação; T – Tromboprophylaxis; H – Head -up; U – Ulcer prophylaxis; G – glycemc control; S – spontaneous breathing trial; B – Bowel movement; I – Indwelling cateter; D – Drug de-escalation*) como promotor de boas práticas do cuidado ao doente em medicina intensiva (Peters et al., 2023). Apesar de na prática não se concretizar numa *checklist* física diária, a equipa é sensível aos diferentes aspetos abordados pela mnemónica em questão e o plano de intervenção para o doente procura ser ponderado em

visita diária realizada à cabeceira, com equipa de enfermagem e médica, preconizando o trabalho colaborativo.

O conhecimento desta ferramenta facilitou a compreensão, assimilação mental dos aspetos importantes a considerar na otimização da gestão de cuidados basilares à PSC. Deriva da ferramenta original desenvolvida por Vincent (2005) “*FAST HUG*” que engloba sete aspetos chave base no cuidar do doente crítico. Na procura de melhor responder às especificidades de cada contexto, surgiram diferentes atualizações e adições, como “*FAST HUGS BID*”, por Vincent e Hatton (2009), numa abordagem mais compreensiva surge como protocolo multidisciplinar que engloba os elementos prioritários, suportados pela evidência, na área do cuidado PSC (Seo et al., 2024) ou “*FAST HUG MAIDENS*” que inclui problemas associados com a medicação (Mabasa et al., 2011). Mais recentemente “*FAST HUGS IN BED Please*” proposto por Nickson (2024) sugere uma atenção à PSC quer em ambiente de internamento ou serviço de urgência, na procura de uma resposta para além da doença, visando o cuidado holista e bem-estar (aborda aspetos como a suspensão de intervenções desnecessárias ou o suporte psicológico) (Morales et al., 2023). Contudo, ainda sem evidencia do seu uso como protocolo ou *outcomes* da sua aplicação.

Numa revisão sistemática da literatura incidente na aplicação da ferramenta “*FAST HUGS BID*” é referida a sua potencialidade na prevenção de eventos adversos e promoção da recuperação dos doentes críticos (Acosta & Velasco, 2024). Seo et al. (2024) acrescenta o impacto na comunicação e na redução do risco de não serem abordadas informações vitais. Atua como um apoio a uma sistematização mais produtiva, contribuindo para a prevenção dos erros de omissão e, conseqüentemente, para a segurança do doente (Barrera Jiménez et al., 2019; Choji1 et al., 2022). Chang et al. (2017) vai ao encontro desta perspetiva concluindo que o uso de *checklist* promove a integração da evidência na prática, sem sobrecarregar a equipa de enfermagem. A implementação efetiva depende, contudo, de uma compreensão clara da mesma e objetivos terapêuticos sendo necessária a formação e capacitação das equipas (Acosta & Velasco, 2024; Chang et al., 2017).

A gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC é competência do EE (OE, 2018b). No percurso realizado foi procurada uma avaliação adequada das suas necessidades nesta dimensão atuando com vista a uma otimização das respostas.

A dor é reconhecida desde 2003 como 5º sinal vital através da Circular Normativa Nº 9, uma experiência multidimensional desagradável, com componente sensorial e emocional e impacto negativo na qualidade de vida do doente sendo a sua gestão um direito da pessoa,

um dever profissional e inerente à humanização dos cuidados (DGS, 2003). Contudo é ainda subvalorizada na PSC face a outros parâmetros, tal como afirmado no Plano Nacional da Avaliação da Dor (PNAD), delineado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) apesar de associada a *outcomes* negativos para a mesma e maior tempo de internamento (Kerbage et al., 2021; Monte, 2020).

Foi privilegiada autoavaliação da dor, com recurso à Escala de visualização numérica (EVN) sempre que possível e, aquando da sua impossibilidade pela situação em que se encontrava a pessoa (não comunicativa, sedada ou ventilada), de forma subjetiva mediante observação de comportamento pela escala *Behavioral Pain Scale* (BPS) indo ao encontro das Recomendações Nacionais emitidas pela SPCI no plano supracitado.

Da mesma forma, e no respeito pelas mesmas e na procura de bem-estar da pessoa (inerente aos PQCEE) face à sua avaliação foram instituídas medidas dirigidas, farmacológicas e não farmacológicas, para o controlo da dor. A gestão da medicação sedo-analgésica aquando de procedimentos dolorosos, como posicionamentos ou aspiração de secreções, foi uma preocupação que mostrou efeitos positivos na adaptação e bem-estar da pessoa face à necessidade de cuidados (melhor adaptação ao ventilador, menor instabilidade hemodinâmica, maior relaxamento).

O desafio da abordagem da dor, nomeadamente na PSC pela sua vulnerabilidade e inadequação do método considerado de *gold standard* para o mesmo – EVN – exige que haja um contínuo esforço na procura de melhores estratégias. A SPCI incluiu os profissionais de enfermagem no PNAD com vista a uma responsabilização, ficando a reflexão condicionada às escalas em uso em Portugal. A BPS era a única escala validada no país para doentes não comunicativos (Marques et al., 2022), mais recentemente, seguindo as sugestões da *Society of Critical Care Medicine* foi validada a escala *Critical-Care Pain Observation Tool* para a população portuguesa que surge como outra opção para avaliação da dor na PSC, não comunicativa, ventilada mecanicamente ou não (Marques et al., 2022).

Na PSC, as estratégias que promovem o equilíbrio entre o conforto da pessoa e o mínimo de sedação possível, conduzem a melhor prognóstico, respeitando as necessidades face à estabilidade cardiopulmonar e a preservação de órgãos necessária (Monte, 2020). Assim como na gestão da dor, a sedação profunda está associada a piores *outcomes* (nomeadamente a nível de mortalidade, tempo sob ventilação ou de internamento) (Monte, 2020) e aumento da prevalência do delírio (Paulino et al., 2022).

Neste âmbito, o uso de escalas fidedignas de avaliação de dor, sedação, agitação permite uma monitorização mais precisa e melhor gestão das necessidades da PSC (Monte, 2020). O enfermeiro como profissional de eleição no acompanhamento contínuo do doente tem aqui uma atuação primordial.

Em contexto de SMI foi avaliado diariamente a *Ramsay Sedation Scale* (RSS) para avaliação do nível de sedação da pessoa e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), estando o serviço em fase de transição para esta última, que foi validada para avaliar a qualidade e a profundidade da sedação, abordando a agitação (Monte, 2020). Rasheed et al. (2019) sugere que o uso da RASS assegura uma avaliação mais confiável em relação ao nível de sedação em cuidados intensivos. Esta monitorização permite, numa abordagem multidisciplinar, a otimização da sedação com vista à sua adequação às necessidades da pessoa, segundo as recomendações atuais visando o nível mínimo que promova conforto e segurança à pessoa (Máximo & Puga, 2021).

A introdução da RASS permitiu a implementação no contexto em questão da escala *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU) na procura de responder à necessidade de avaliação do delírio. O *delirium*, uma disfunção cerebral com alteração do estado de consciência, é uma complicação frequente em cuidados intensivos e preditivo de piores *outcomes* para a PSC (Lindroth et al., 2024; Máximo & Puga, 2021; Vieira et al., 2020). Segundo Máximo & Puga (2021) sem a aplicação de uma ferramenta validada para o efeito cerca de 75% dos casos de *delirium* não são diagnosticados. No estudo realizado por Lindroth et al. (2024) os enfermeiros foram reportados como os profissionais com maior responsabilidade na avaliação deste síndrome (cerca 50%). Apesar da CAM-ICU ser reportada como a escala mais utilizada, o estudo de prevalência realizado em Portugal evidenciou a utilização da mesma numa percentagem inferior a 35%, salientando o resultado do inquérito desenvolvido pelos mesmos autores que 60% dos inquiridos reportavam a dificuldade na utilização das escalas de avaliação.

A CAM-ICU avalia a alteração do estado mental, a desatenção, o nível de consciência alterado e o pensamento desorganizado, sendo aplicada associada à RASS apenas para scores iguais ou superiores a 3 (se o doente está despertável à voz) (Vieira et al., 2020). Por ser uma prática recente no contexto experienciado, emergiram algumas dúvidas por parte da equipa sendo enriquecedora a partilha e apoio na concretização da sua aplicação, resultado do acompanhamento dos elementos promotores da implementação da mesma.

Pelas suas repercussões no bem-estar da pessoa e prevenção de complicações, categorias inerentes aos PQCEE, a atuação na prevenção do *delirium* foi uma preocupação no cuidar da PSC. Foram promovidas estratégias que incidiam em fatores potencialmente modificáveis, com evidência demonstrada, como na gestão da dor, mobilização precoce ou otimização do sono (nomeadamente através de fatores ambientais: luz, ruído, ambiente calmo ou procura de respeito pelo ritmo circadiano), comunicação e orientações espaço temporais, entre outras (Máximo & Puga, 2021; Vieira et al., 2020).

A pertinência das abordagens anteriores relaciona-se com preocupação com a monitorização e vigilância contínua e precisa da PSC, que permitiu uma colheita sistemática de dados fiáveis necessários a um diagnóstico correto, à antecipação e deteção de focos de instabilidade. Facilitou o estruturar de uma intervenção terapêutica efetiva, com intencionalidade, não sobrecarregando a pessoa com intervenções desnecessárias e sem ganhos.

A comunicação e a gestão da relação terapêutica com a PSC/família foram transversais a todo o percurso realizado, indissociáveis ao cuidar e, portanto, intrínsecas ao papel e competência do EE (OE, 2018b).

A PSC encontra-se numa esfera de incertezas, acometida por uma alteração do estado de saúde, grande parte das vezes inesperada e condicionada a nível de comunicação e expressão das suas necessidades. A intervenção desenvolvida procurou simultaneamente uma gestão do impacto emocional gerado pela vivência da situação crítica, essencial ao bem-estar e autocuidado da pessoa e, portanto, um dos enunciados dos PQCEE (OE, 2015a).

Nesta transição saúde-doença a pessoa não pode ser considerada como uma unidade isolada, estando igualmente afetada a sua rede de pessoas significativas, também elas sujeitas a mudanças de papéis que devem ser incluídas na procura de respostas adaptativas (Cardoso & Brito, 2024; Meleis, 2010; Pinho, 2020). As relações de ajuda estabelecidas procuraram envolver a unidade PSC/família, identificando as necessidades de ambas. Scott et al. (2019) reforça que as necessidades da família (quer seja de informação ou suporte emocional) nem sempre são reconhecidas pelas equipas, com impacto negativo na satisfação e bem-estar das mesmas, identificando a ansiedade e incerteza como fatores preponderantes na dificuldade à adaptação. A literatura refere ainda lacunas a nível da investigação e evidência acerca de estratégias estruturadas com impacto positivo na vivência deste processo pela família (Danielis et al., 2020; Scott et al., 2019).

As interações terapêuticas desenvolvidas mostraram resultados favoráveis na forma como a pessoa/família consciencializou, aceitou e vivenciou estas transições. Conforme sustentado

por Meleis (2010), através da Teoria de Médio Alcance das Transições, o enfermeiro pode atuar como um elemento facilitador neste processo, no auxílio ao desenvolvimento de estratégias de *coping* e no envolvimento e empoderamento da pessoa/família.

Reconhecendo que os cuidados especializados à PSC vão para além da manutenção das funções básicas de vida, mas visam, igualmente, a prevenção de complicações e limitações e a recuperação total (OE, 2018b) surgiu a inquietação relativa ao envolvimento da pessoa/família, quando a primeira é submetida a ostomia de eliminação.

Encontrando-se a PSC numa situação de dependência e sendo a família uma extensão da mesma (rede de apoio à adaptação), em que o sentimento de bem-estar tem uma influência mútua torna-se viável considerar a sua inclusão numa parceria de cuidados promotora de segurança e qualidade (Danielis et al., 2020; Dijkstra et al., 2025; Golpazir-Sorkheh et al., 2022; Lange & Mędrzycka-Dąbrowska, 2024). O envolvimento e capacitação da família poderá assim ser uma estratégia de eleição no suporte à pessoa, enquanto nesta fase de incapacidade e déficit de autocuidado, importante no caminho à aceitação e adaptação à sua nova condição, assim que capaz e consciente da mesma.

Neste sentido, e por forma a desenvolver uma prática baseada na evidência foi desenvolvido o protocolo de *Scoping Review* já abordado em capítulo anterior “Capacitação da família da pessoa em situação crítica com estoma: Protocolo de *Scoping Review*”, registado na *Open Science Framework* com o DOI 10.17605/OSF.IO/EUVRW.

Ainda relativo à PSC submetida a ostomia foram verificados níveis de ansiedade relacionados com a alteração da imagem e função corporal em fases em que a pessoa já tinha capacidade de consciência da situação tendo sido necessária a intervenção específica na desmistificação e desconstrução de receios, fornecendo suporte e disponibilidade de acompanhamento.

Sensibilizar para o encaminhamento e referencia para outros profissionais é igualmente uma competência do EE na procura da manutenção dos mais elevados padrões de qualidade e da resposta mais adequada para a pessoa, no âmbito da organização dos cuidados. No caso específico do SMI, um dos exemplos desta referenciação relacionou-se com a promoção de estratégias de sensibilização para a identificação/sinalização de doentes submetidos a ostomia de eliminação para a equipa de enfermeiros de Estomaterapia para possibilidade de seguimento e com vista a uma reintegração facilitadora da vivência de um processo de transição mais saudável. Esta ação teve impacto nos pedidos de colaboração à mesma.

A educação e capacitação da pessoa/família permite otimizar os padrões de resposta, desenvolver capacidade de gestão, a mestria, conducente a sentimentos de bem-estar – fase

final de um processo de transição saudável (Cardoso & Brito, 2024; Meleis, 2010). Contribui para a segurança, pilar basilar dos cuidados de saúde e por isso, uma estratégia prioritária (DGS, 2022a; Sales & Pestana, 2024).

No percurso no SU, maioritariamente na sala de emergência e em funções de coordenação, as competências específicas ao EEEMC na área da PSC foram igualmente trabalhadas. Acrescentou a maior agilidade ao obrigar a uma avaliação sistemática e célere considerando uma visão global da pessoa. A multiplicidade de cenários e contextos culturais exigiu a perícia de avaliar as verdadeiras necessidades da pessoa por forma a dar resposta atempada. A abordagem sequencial pela mnemónica “ABCDE” (A – *Airway*, B – *Breathing*, C – *Circulation*, D – *Disability* e E - *Exposure*) permitiu uma sistematização nos cuidados iniciais à PSC ao facilitar a focalização nas prioridades respeitando as recomendações emanadas a uma prática mais segura (DGS, 2018; Perkins et al., 2021).

Esta metodologia facilitou igualmente a documentação da prática procurando melhorias nesta intervenção que, muitas vezes, fica condicionada ainda mais no cenário de SE, aumentando o problema da subdocumentação em enfermagem e da visibilidade dos ganhos sensíveis aos cuidados especializados. Atuando como um instrumento de melhoria da qualidade dos serviços, os sistemas de informação tornam-se uma ferramenta chave de apoio à decisão se realizados esforços no sentido de uma documentação de dados fidedignos e representativos (Sales & Pestana, 2024). Este é um elemento preponderante na organização dos cuidados Especializados, implícito nos PQCEE, na procura de sistemas de registo que sejam sensíveis à ação da enfermagem especializada (OE, 2015a).

Os CPC experienciados, espaços de excelência ao cuidado da PSC, foram ricos em experiências proporcionando a aquisição e aperfeiçoamento das competências apresentadas, tal como defendido por Benner (2001).

3.2. Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Ao enfermeiro especialista em EMC na área da PSC é exigida a competência de atuação de forma segura, pronta e sistematizada perante situações de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em situação de risco de vida (OE, 2018b).

A situação de emergência é resultante de uma agressão que conduz à perda de saúde de tal forma grave que compromete um ou mais órgãos vitais, ficando a pessoa ameaçada pela falência de funções vitais (OE, 2018b).

Perante estas situações a atuação rápida e eficiente é imprescindível, e a experiência conduz a maior segurança na atuação.

Os estágios realizados foram desenvolvidos em contexto hospitalar mas a opção e possibilidade, no contexto da prática clínica de SU, por desenvolver a maioria dos turnos em SE permitiu vivenciar situações deste cariz e trabalhar as competências inerentes, por forma a atuar em conformidade.

De entre estas experiências, as situações que originaram a ativação das vias verde (VV) – VV AVC e VV coronária – foram as mais recorrentes.

As VV são parte integrante do SIEM (DGS, 2022f). A ativação das VV referidas permitiu a resposta atempada e coordenação da equipa e meios de forma a responder às necessidades vigentes ao serem definidas como estratégias organizadas para abordar, encaminhar e tratar da forma mais adequada, privilegiando o fator essencial Tempo (SNS, 2023).

O papel do enfermeiro, nomeadamente na VV coronária, revelou-se preponderante, desde a fase inicial, ao ser o elemento que, geralmente, que avalia e procede à sua ativação (Bemposta et al., 2024). A capacidade de antecipação, de articulação com os outros elementos da equipa, de liderança, priorização e coordenação também se revelou essencial aquando da necessidade de gestão de transporte para a hemodinâmica de intervenção (tendo em conta ser outro centro hospitalar o centro de referência).

A VV trauma, apesar de ainda não implementada, conta com uma equipa de trauma formalizada, em que os elementos se encontram a fazer formação específica, conforme preconizado em norma da DGS (DGS, 2022f). Contudo, nas situações vivenciadas foi possível compreender o envolvimento da equipa multidisciplinar e a importância da coordenação da mesma. O EEEMC na área da PSC pode ter um papel essencial na agilização dos cuidados necessários, desde a avaliação inicial, realizada conforme mnemónica “ABCDE” (*Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure*), ao exame físico completo ou no assegurar dos procedimentos necessários.

O processo de liderança e o reconhecimento pela restante equipa acrescentam valor e uma otimização da resposta quando cada elemento assume de forma clara e integrada as suas funções. O percurso neste contexto foi crescendo, permitindo o contato com os colegas, integração na equipa, conhecimento do espaço (infraestruturas), organização e localização

dos recursos (que para muito facilitou a atitude de proatividade para, sempre que possível, repor e reorganizar a SE) uma maior segurança positiva ao trabalhar das competências e autonomia inerentes.

No âmbito da exceção e catástrofe, especificamente em contexto da prática clínica, não se verificaram ocorrências. Contudo, e perante da instabilidade e exigências contínuas da população a que dá resposta a gestão assume-se como elemento-chave – a “simples” experiência de sobrelotação do SU exigiu a adoção de estratégias de organização e gestão criteriosa de recursos humanos e materiais –, sensibilizando para a sua imprescindibilidade perante situações de maior escala.

Apesar de constituírem situações excecionais (exceção e catástrofe) são cenários passíveis de ocorrer e em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades requeridas e os recursos disponíveis, suscetível de grande impacto ou perdas, sendo essencial uma atuação, gestão e coordenação criteriosas (OE, 2018b).

A melhor resposta possível a oferecer exige preparação. O EEEMC é um elemento com competência para, em colaboração, conceber os planos de emergência e catástrofe exigidos, planear e gerir os cuidados envolventes (OE, 2018b). Estes planos tornam-se vitais ao atuarem como uma ferramenta de avaliação dos meios de ação da instituição perante uma situação crítica e de orientação de atuação, em prol da maximização da capacidade de resposta e maior eficiência e eficácia (DSG, 2010).

No CPC de SU experienciado estes planos estão disponíveis para a equipa, no serviço. Contudo, os mesmos não foram alvo de uma revisão recente e a divulgação e desenvolvimento de formação e treino/simulação não é uma prática comum ou sistematizada. Segundo Hampson (2020) a consciência, preparação das equipas, nomeadamente através da práticas de simulação, é essencial à capacitação.

Para a aquisição de competências neste domínio foi preponderante o percurso letivo realizado, pela frequência com aproveitamento da unidade curricular “Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe” e dos cursos “Suporte Avançado de Vida”, acreditado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e “*Prehospital Trauma Life Support – 9th Edition Provider course*”, da *Nacional Association of Emergency Medical Technicians*, exigidos e promovidos pela ESSNorteCVP.

3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são hoje consideradas um problema de saúde pública não só pelo impacto direto na morbilidade e mortalidade dos doentes, como pelas implicações socioeconómicas (Pollard et al., 2025).

Atuam como uma ameaça à segurança do doente e qualidade dos cuidados, sendo um dos *Global Patient Safety Challenges*, definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Diário da República, 2022). A nível do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 são um objetivo estratégico no Pilar 5 – “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” – que visa a redução das IACS e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2022a).

Definidas como infeções adquiridas pelos doentes no contexto da prestação de cuidados em qualquer unidade de saúde são o evento adverso associado a estes cuidados mais frequente (WHO, 2024). O seu conhecimento/rastreio torna-se mais complexo ao poderem evidenciar-se apenas após a alta da pessoa ou numa nova readmissão (CDC, 2024).

A articulação e comunicação entre as várias unidades prestadoras de cuidados e a decorrente necessidade de um plano nacional estruturado torna-se fundamental, surgindo, em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), atualizado pelo despacho n.º 10901/2022. A criação deste programa prioritário da DGS resulta da congregação de dois programas existentes com vista a uma sinergia entre três vertentes indissociáveis: prevenção e controlo de infeção, prevenção das resistências a antibióticos e uso racional dos mesmos (Diário da República, 2022). Num estudo realizado sobre a efetividade do PPCIRA verificou-se uma redução da prevalência anual das IACS de 26,4% entre os anos de 2012 e 2017 (face à esperada variação de 14,2%) concluindo a eficácia da estratégia nacional neste âmbito (Nogueira, 2022).

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) no trabalho que realiza de vigilância epidemiológica no Inquérito de Prevalência 2022-2023, estima em 4,3 milhões o número de pessoas afetadas com pelo menos uma IACS por ano, nos hospitais agudos na Europa (correspondendo a 6,5% face a 8,9% em Portugal) confirmando o desafio que este fenómeno ainda impõe (ECDC, 2024).

A OMS alerta ainda para os constrangimentos da implementação do core dos componentes relativos à prevenção e controlo de infeção e vigilância das IACS que associa ao défice de conhecimento especializado e à necessidade de investimento financeiro (WHO, 2024b).

O EEEMC, na área da PSC, opera num contexto de elevado risco de infeção quer pela multiplicidade e especificidade dos contextos de atuação (fluxo elevado de pessoas, presença de quantidade e diversidade de microrganismos, circulação simultânea de pessoas infetadas/pessoas vulneráveis), como pela complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos (múltiplos procedimentos invasivos, presença de dispositivos invasivos, intervenções de carácter urgente entre outros) (ECDC, 2024; OE, 2018). O inquérito de prevalência de ponto 2022-2023 salienta a prevalência das IACS em unidades intensivas como a mais elevada (20,5% face a 6,4% das restantes especialidades) (ECDC, 2024).

Considerando o carácter evitável em cerca de pelo menos 20% das IACS com uma aposta na vigilância, prevenção e controlo de infeções, o desenvolvimento de esforços no sentido de criar e implementar programas dinâmicos e multifacetados neste âmbito é imperativo (ECDC, 2024). Em Portugal, a vigilância epidemiológica das IACS é um dos indicadores de qualidade dos cuidados em saúde (Dias, 2020).

O EE é o elemento com competência, perspicácia e capacidade de liderança no processo de maximização da intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infeção (OE, 2018b). Base de um enunciado descritivo dos PQCEE é princípio norteador do EP especializado, tendo sido procurado nos contextos clínicos reconhecer espaços de atuação e áreas de necessária melhoria. Foram delineadas estratégias de intervenção no âmbito da área do Plano operacional da PPCIRA das normas e recomendações de boas práticas no sentido de sensibilizar e capacitar as equipas, diminuindo o *gap* entre a prática e a melhor evidência disponível.

Alinhado com o PNSD 2021-2026 é essencial a implementação de ações promotoras de adesão à estratégia multimodal inerente às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), conforme preconizado pela PPCIRA (DGS, 2022a). As medidas contempladas na pirâmide que as representa foram tidas em consideração e promovidas na prática de cuidados, sendo já evidente a preocupação das equipas, com maior facilidade de adesão em contextos mais controlados como o do SMI (comparativamente ao SU, condicionado pelos constrangimentos quer associados às infraestruturas, superlotação ou sobrecarga de trabalho).

A higiene das mãos, considerado como indicador chave, conforme *guidelines* internacionais e PPCIRA, foi alvo de monitorização (Diário da República, 2022;WHO, 2016). Nomeadamente

em contexto de SMI, foram realizados em colaboração com a enfermeira tutora os processos de auditoria diária instituídos com posterior feedback à equipa. Esta é uma estratégia essencial para a adesão e responsabilização, para além da vigilância epidemiológica exigida, ferramenta importante na melhoria da qualidade e segurança do doente. Em fase de integração encontrava-se o recurso ao quadro *kamishibai* como instrumento de visualização, facilitador de processos de melhoria contínua com evidência comprovada na adaptação, baixo custo, envolvimento da equipa e monitorização padronizada (Saavedra Bravo et al., 2023; Shea et al., 2019).

Rice et al. (2023) numa revisão sistemática da literatura acerca do custo-eficácia de intervenções na área da prevenção e controlo das IACS encontrou evidência em práticas como adesão à higiene das mãos, descontaminação ambiental, vigilância epidemiológica e intervenções multimodais. Pollard et al. (2025), numa revisão umbrela, alerta para a necessidade de atenção na tomada de decisão para a adequação das diferentes intervenções ao contexto, ao considerar três categorias distintas de intervenção: eficaz em termos de custos, não eficaz e mista (em que a relação custo-eficácia está dependente do contexto). Ressalva a importância, nestes casos, de conhecer fatores influenciadores como a incidência de infeções, a prevalência da resistência aos antibióticos ou a organização da instituição (Pollard et al., 2025). Apesar da heterogeneidade demonstrada a nível de intervenções, as *bundles* no controlo de infeção e estratégias multimodais demonstram evidência a nível de custo-eficácia (Pollard et al., 2025).

Em Portugal, inserido no Programa “Stop Infeção Hospitalar” que visa a redução dos quatro principais tipos de IACS (associadas a dispositivos/procedimentos invasivos) esta metodologia é utilizada no uso de feixes de intervenção, considerados como um conjunto coeso de medidas, com evidência robusta, que têm de ser todas aplicadas em virtude de não se alcançar os resultados desejados se alguma for descurada (DGS, 2022c; CDC, 2024).

A pneumonia associada à intubação (PAI) é a IACS mais frequente adquirida em SMI, conduzindo a *outcomes* negativos para a pessoa, com aumento do tempo sob VMI, uso de antibióticos, aumento de internamento e de todos os custos e comorbilidades associados (DGS, 2022e).

Definida como uma pneumonia desenvolvida pela pessoa com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou extubada/descanulada há menos de 48 horas é uma realidade presente na PSC que frequentemente necessita de ventilação mecânica (DGS, 2022e).

Neste contexto, foi possível sistematizar diariamente este feixe em contexto de SMI onde foi notório o respeito e importância atribuído ao mesmo. Se em equipa multidisciplinar havia a preocupação com a sedação e o desmame ventilatório, a equipa de enfermagem assumia o cumprimento das restantes intervenções: cabeceira elevada a 30 graus (desde que sem contraindicações e procurando o equilíbrio face ao risco de microaspirações), higiene oral e pressão do cuff do tubo endotraqueal.

Relativamente à higiene oral era realizada com octenidina, a cada 8 horas, seguindo as orientações da norma emanada pela DGS, que refere o risco de desenvolvimento de resistências e possíveis lesões pulmonares com o uso do gluconato de clorhexidina a 0,2% (DGS, 2022e). Não existindo um consenso a nível de *guidelines* internacionais conforme mencionado na norma supracitada face ao risco-benefício revela-se como uma janela de maior investimento na procura de robustez de evidência (DGS, 2022e; Klompas et al., 2022).

A avaliação e otimização da pressão do *cuff* (para valores 20-30 mmH₂O) era uma intervenção instituída de forma consistente, conforme as *guidelines*, recorrendo a uma monitorização intermitente com vista à redução do risco de lesão da mucosa *versus* risco aspiração e posterior desenvolvimento de PAI (DGS, 2022e; Klompas et al., 2022). Referindo a norma ainda alguma falta de evidência quanto ao melhor método (intermitente face a contínuo) estudos recentes multicêntricos randomizados e controlados revelaram não encontrar benefício ao recurso a uma monitorização contínua (Dat et al., 2022; Marjanovic et al., 2021).

Com vista à prevenção da PAI e procura de melhor bem-estar da pessoa foram ainda desenvolvidas medidas adicionais que se revelaram essenciais como a aspiração de secreções ou o manuseamento correto dos equipamentos, nomeadamente ao nível dos circuitos e dos filtros do ventilador, trocados conforme recomendações e normas institucionais.

Considerando o percurso realizado (SMI/SU) é notório a necessidade de uma mudança de paradigma. Face às necessidades de cuidados especializados cada vez maior e a limitação dos recursos existentes o SU acaba por ter de dar resposta de forma mais prolongada à PSC não estando, neste contexto, as práticas anteriores referidas tão sistematizadas. Foi procurada a sensibilização durante a permanência na SE adaptando aos constrangimentos que a mesma impunha. Malacas et al. (2024) reforça esta perceção numa *scoping review* no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa sob VMI no SU onde demonstra a falta de uniformidade na forma de atuação apesar das evidências existentes sobre o benefício das intervenções.

A presença de CVC no contexto da PSC é geralmente inevitável, tanto com o objetivo de vigilância e monitorização contínua como de manutenção de suporte de órgãos. A infeção da

corrente sanguínea associada a este dispositivo tem ainda expressão em Portugal estimando-se que a adesão ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o CVC poderia reduzir em 30% a taxa desta IACS (DGS, 2022d). Reconhecendo que técnicas assépticas, vigilância e estratégias de gestão adequadas têm impacto na sua prevenção (Haddadin et al., 2025) a intervenção especializada do enfermeiro tem espaço de ação, norteadas pelos PQCEE que lhe servem de referência (nomeadamente no âmbito da prevenção e controlo de IACS e organização dos cuidados especializados).

Primando pela qualidade e segurança, e face aos desafios impostos em contexto de SU foi delineado um objetivo, juntamente com o enfermeiro tutor e supervisor e docente orientador, no âmbito da uniformização das práticas e gestão segura dos cuidados ao CVC.

A gestão do CVC e o respeito pelas recomendações *standard* na sua manipulação é essencial para a segurança do doente e redução de complicações (Gorski et al., 2024).

De acordo com a norma 022/2022, a DSG faz recomendações em 2 fases distintas – colocação e manutenção do CVC – e sendo as intervenções associadas a este dispositivo interdependentes há uma imprescindibilidade implícita para o alcance de boas práticas de um envolvimento multidisciplinar.

Segundo o feixe, são consideradas intervenções na colocação a garantia de treino e experiência, a higienização das mãos, uso de barreiras de proteção máxima pela equipa presente, antissepsia da pele com clorohexidina a 2% (se sem contraindicação) e a evicção do acesso femoral (ponderando riscos-benefícios). Numa fase de manutenção surgem como intervenções a aplicar no contexto a higienização das mãos, a descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico, a assepsia na realização de penso e o necessário treino para a competência (DGS, 2022d).

Atua como fator protetor do cumprimento da mesma o serviço ter preparado *kit* de colocação de CVC.

A sensibilização para o cumprimento do feixe de intervenções apresentado na referida norma e o facilitar o caminho para o mesmo, através de processos de reflexão partilhada, assessoria e colaboração na prática clínica foi essencial.

A existência de processos como listas de verificação de controlo é uma recomendação com vista a garantia de adesão às boas práticas nos diversos contextos (Buetti et al., 2022). Sasaki et al. (2020) alerta para a falta de evidência e orientações específicas no controlo de infeção no SU. Este é um campo de grande desafio, com características específicas, que se revelam um obstáculo à implementação das práticas de prevenção e controlo de infeção como sejam

a grande variabilidade de pessoas existentes, interações frequentes profissionais de saúde/doentes ou o tratamento em simultâneo de várias pessoas (Liang et al., 2018) para além das condicionantes de tempo associadas à urgência/emergência da atuação.

A implementação de medidas efetivas implica o envolvimento da equipa e como tal, deve ser adequada à organização/dinâmica do contexto. Medidas que não venham a sobrecarregar ou causar grande impacto no *workflow* da equipa oferecem menos resistência à mudança. Considerando esta reflexão, optou-se nesta fase como estratégia promotora de adesão a elaboração de um guia em forma de póster que foi facultado ao serviço, congregando a melhor evidência e servindo de lembrete e ferramenta de segurança (APÊNDICE IV). Adicionalmente à abordagem do “Feixe de Intervenções” associado a este dispositivo evidenciava boas práticas inerentes à sua gestão. A PSC e a exigência de cuidados contínuos pautada, muitas vezes, pela multiplicidade de manipulação pela necessidade de medicação, colheitas, avaliações e monitorizações impunham esta atenção.

Na procura de uma PBE, e diminuindo o *gap* entre a prática e as melhores evidências, foram abordadas recomendações como o uso correto dos conectores sem agulha ou técnicas como *push-pause* e *flushing* adequadas.

O uso de conectores sem agulha é recomendado para proteção dos lumens diminuindo o risco de lesões e contacto com agentes patogénicos do sangue (Gorski et al., 2024). Permite ainda reduzir o refluxo de sangue otimizado pelas características do material e recurso à técnica correta de clampagem e bólus prevenindo infeções e obstrução (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), 2021; Gorski et al., 2024). Respeitar a sequência clampagem prévia à remoção da seringa/sistema do conector permite manter a pressão positiva recomendada (Gorski et al., 2024).

A tecnologia dos conectores com septo dividido, hidrodinâmica simples e redução de espaço morto, características reconhecidas como atenuantes de entrada de microrganismos e consequente redução de biofilme, estão presentes nos dispositivos em uso nos contextos experienciados (DGS, 2022d; Gorski et al., 2024).

A técnica “*push-pause*” – administração de 10 ml cloreto de sódio 0,9% em impulsos (lentamente) de 1 ml, intervalando com pequenas pausas – é uma recomendação de boa prática com efetividade na remoção de pequenos depósitos comparativamente com um bólus contínuo de baixa pressão (AEOP, 2021; Gorski et al., 2024). Gorski et al. (2024) alerta, contudo para a evidência dos riscos de lesão do endotélio dos vasos causado por injeções repetidas de bólus de alta pressão sendo atualmente recomendada o bólus pulsátil, mas

ponderado o equilíbrio referido. A recomendação de evicção de uso de seringas de volume inferior a 10 ml surge neste âmbito (AEOP, 2021).

Apesar de alguns receios face à possibilidade de diminuição da suscetibilidade à clorohexidina, relativamente ao material do penso nenhum dos estudos evidenciou este *outcome*, pelo que é atualmente recomendado como medida adicional para a prevenção da infeção associada ao CVC o recurso a penso impregnado com clorohexidina (DGS, 2022d; Gorski et al., 2024; Iii et al., 2017).

A troca do CVC não deve ser realizada por sistema contudo, aquando da colocação em situação de emergência com evidente compromisso da técnica assética a troca do mesmo deve ser ponderada no espaço de 48h (DGS, 2022d).

As falhas a nível de documentação e evidência no sistema de registos do trabalho realizado são um *handicap* à monitorização das práticas dificultando processos de auditoria, rastreabilidade e conseqüente melhoria (DGS, 2022d).

O EE é o elemento essencial na vigilância e antecipação de eventos adversos face à vulnerabilidade da PSC em prol de uma cultura de segurança. Promover uma cultura de notificação destes eventos é um caminho para reconhecer as falhas, refletir e perspetivar estratégias de melhoria.

4. Considerações finais

A complexidade inerente à PSC, às suas necessidades, intervenções e regimes terapêuticos, ao contexto em que está inserida, caracterizados pela crescente evolução (científica e tecnológica) exigem uma diferenciação e capacidade de adaptação e inovação do EEEMC (Sales & Pestana, 2024).

Estas competências são exigidas e explanadas pela OE através do Regulamento nº429/2018 que as define, reconhecendo-se a imperatividade da especialização para dar resposta a contextos tão exigentes como o alvo de reflexão e atuação.

Durante todo o percurso realizado nos CPC foi possível o trabalhar e adquirir este leque de competências, num caminho com vista à especialização almejada. Os PQCEE foram bases orientadoras de toda a ação e crescimento.

A sustentação teórica e científica orientou o caminho da reflexão e validou os resultados, permitindo evoluir na melhor resposta a oferecer à PSC, em prol da melhoria da qualidade dos cuidados e segurança da pessoa. Neste sentido, e na procura da prática de uma enfermagem avançada, indissociável à PBE, a inquietação e esforços desenvolvidos para diminuir o *gap* que se verifica entre os CPC e a melhor evidência atual procurou trazer mais valor aos mesmos.

A aquisição de competências decorreu ainda com a assimilação de protocolos de atuação e instruções de trabalho, para um alcance de uma maior segurança nos cuidados e com a capacidade de mobilização das mesmas para adaptação e aplicação aos desafios da prática diária.

A humanização dos cuidados foi base em toda a atuação, na procura de bem-estar e conforto. As intervenções foram cuidadosamente delineadas com a preocupação de primarem pela intencionalidade e traduzirem-se em ganhos para a PSC/família, num equilíbrio entre a necessidade de cuidados especializados e de elevada tecnologia e o impacto que os mesmos geravam.

Para além do desenvolvimento profissional, a nível pessoal trouxe um enriquecimento essencial a uma atuação em conformidade. O autoconhecimento, resiliência e todo o processo de reflexão inerente a este caminho foi preponderante. A postura de proatividade, flexibilidade, disponibilidade, responsabilidade e comprometimento permitiu o otimizar das experiências vivenciadas.

Foi cuidado transversal ainda a procura do crescimento com e das equipas, promovendo uma cultura de segurança baseada numa comunicação clara que potenciase a supressão das lacunas e dificuldades, através da partilha dos conhecimentos e da notificação dos erros.

A realização do estágio em dois contextos distintos, de 220 horas cada, surgiu como um grande desafio pois o tempo revelou-se como limitador face à necessidade de integração, de reconhecimento de áreas de necessária atuação em prol de uma ação mais sustentada e potencialmente de maior impacto.

O apoio e acompanhamento das equipas, enfermeiros tutores e Professora Orientadora foram fundamentais no processo de supervisão, de enriquecimento e otimização de experiências.

Perante todo o caminho desenvolvido e traduzido neste relatório consideram-se alcançadas as competências comuns e específicas inerentes ao EEEMC na área de especialidade da PSC, assim como os objetivos propostos em cada CPC.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: Os CEO são um fenómeno que impacta negativamente a qualidade dos cuidados e comprometem a segurança do doente. Pela sua dimensão, têm sido identificados como um indicador de qualidade dos cuidados.

Objetivos: Identificar os CEO percecionados pelos enfermeiros no contexto de cuidados à PSC; descrever os fatores que predizem a ocorrência dos CEO.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, de natureza quantitativa. Amostragem não probabilística por conveniência envolvendo enfermeiros a exercer funções em Portugal, no contexto da PSC. A recolha de dados decorreu entre 6 de fevereiro e 18 de julho de 2024, através de formulário digital composto por duas secções: I – Caracterização dos CEO, através da escala MISSCARE-PT, traduzida e validada para a realidade portuguesa por Loureiro (2019); II – Questionário de caracterização demográfica e profissional. A análise de dados foi realizada de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 28.

Resultados: Amostra final de 101 participantes, sendo os contextos de cuidados presentes UCI, SU e BO. Os enfermeiros têm a perceção da ocorrência de CEO, descrito como conformidade baixa e muito baixa nos cuidados em 33.7%. O nível de conformidade depende do serviço, predominando a elevada no BO (57.1%), moderada na UCI (54.2%) e baixa no SU (48.6%). Os cuidados mais omitidos relacionam-se com “Cuidados para a capacitação/autonomia do doente” (70-80%), e os menos omitidos com atividades de monitorização e higiene (35%). A principal causa apontada foi a gravidade e fluxo de doentes e a dotação de profissionais, não existindo diferenças significativas entre serviços.

Conclusão: Os enfermeiros no contexto de cuidados à PSC reconhecem a ocorrência de CEO, com maior impacto nas intervenções autónomas e menor nas interdependentes. A carga de trabalho e gestão sugerem impactar os resultados. Conhecer esta realidade possibilitará promover estratégias com vista à sua redução, com ganhos para doentes, enfermeiros, instituições e enfermagem em geral, no caminho para a excelência numa prática assente na evidência científica. Permitirá uma base de trabalho para a promoção da qualidade de cuidados e segurança do doente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Omissos; Segurança do Paciente; Enfermagem de Cuidados Críticos; Qualidade dos Cuidados de Saúde

2. Abstract

Background: MNC are a phenomenon that negatively impacts the quality of care and compromises patient safety. Due to their scale, they have been identified as an indicator of quality of care.

Objectives: To identify the MNC perceived by nurses in the context of care for PCC; to describe the factors that predict the occurrence of MNC.

Methodology: Descriptive-correlational, cross-sectional, quantitative study. Non-probabilistic convenience sampling involving nurses working in Portugal in the context of PCC. Data collection took place between February 6 and July 18, 2024, using a digital form consisting of two sections: I - MNC characterization, using the MISSCARE-PT scale, translated and validated for the portuguese reality by Loureiro (2019); II - Demographic and professional characterization questionnaire. Data analysis was carried out according to the nature of the variables and using the Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 28.

Results: Final sample of 101 participants, with the care contexts present being ICU, ER and OR. Nurses perceive the occurrence of MNC, described as low and very low compliance in care, in 33.7%. The level of compliance depends on the service, predominantly high in the OR (57.1%), moderate in the ICU (54.2%) and low in the ER (48.6%). The most omitted care related to "Care for patient empowerment/autonomy" (70-80%), and the least omitted to monitoring and hygiene activities (35%). The main reasons given were the severity and flow of patients and the number of professionals, with no significant differences between services.

Conclusion: Nurses in the context of PCC care recognize the occurrence of MNC, with a greater impact on autonomous interventions and less on interdependent ones. Workload and management suggest that the results are affected. Knowing this reality will make it possible to promote strategies aimed at reducing it, with gains for patients, nurses, institutions and nursing in general, on the road to excellence in a practice based on scientific evidence. It will provide a working basis for promoting quality of care and patient safety.

Keywords: Missed Nursing Care; Patient Safety; Critical Care Nursing; Quality of Health Care

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A saúde ganhou nos últimos anos um valor social inegável chegando a ser referida como o principal desafio global ao futuro da Europa (DGS, 2022c).

O princípio da abordagem centralizada na pessoa, reconhecida como um dos pilares de sustentabilidade pela Organização das Nações Unidas, está inerente aos novos modelos de sistemas de saúde, sendo a qualidade da prestação de cuidados identificada como uma necessidade prioritária nas agendas políticas mundiais (WHO, 2021). Portugal reafirma este compromisso no PNSD 2021-2026 e PNS 2030 (DGS, 2022c).

A segurança do doente emergiu como uma prioridade essencial em todos os contextos de cuidados e componente crítica da qualidade (WHO, 2021). É foco de atenção a nível mundial originando estratégias e ações que contribuíram para a edificação do movimento de segurança do doente (DGS, 2022a; WHO, 2021).

A publicação *“To err is human: Building a Safer Health System”*, pelo Institute of Medicine (IOM) alertou para a existência de 44.000 a 98.000 mortes anuais, desnecessárias e potencialmente evitáveis associadas a erros na prestação de cuidados (IOM, 2000). Abalou o princípio base de Hipócrates *“First do no harm”* (WHO, 2021) e atuou como um marco no despoletar da atenção para estas questões (Kalisch, 2015).

O relatório declarou como inaceitável o status quo e a atitude de inércia perante o mesmo, defendendo a necessidade de uma abordagem compreensiva para a segurança do doente e criação de sistemas de saúde mais seguros. Salientou a importância da notificação dos erros, como estratégia de melhoria, numa cultura de segurança e de trabalho em equipa em detrimento da punição (IOM, 2000).

Apesar desta sensibilização e investimentos decorrentes, os eventos adversos, erros e riscos associados aos cuidados de saúde continuam a constituir-se como um dos maiores desafios globais à segurança do doente (WHO, 2021).

Segundo a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, originalmente desenvolvida pela OMS e adotada por Portugal, um evento adverso é um incidente que resulta em dano para o doente, podendo resultar de erros ou não, de grau variável de evitabilidade; o erro está associado a uma falha na execução do planeamento ou a um desenvolvimento incorreto do mesmo (DGS, 2011).

Os erros podem ser classificados de diferentes maneiras (Kalisch, 2015). Uma categorização referida pela autora são os erros por uso excessivo (prestação de cuidado que, potencialmente, pode conduzir a maior malefício que benefício para doente), subuso (cuidado omitido) ou uso indevido (cuidado inadequado) (decorrentes do inglês *overuse*, *underuse* e *misuse*).

Noutra diferenciação, podemos considerar os erros de comissão, associados a uma intervenção errada, e os erros de omissão, relacionados com ações não realizadas, falhas no acompanhamento/intervenção adequado (Rodziewicz et al., 2025). A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) reconhece a maior dificuldade na identificação destes últimos apesar da ocorrência em maior escala (Kalisch, 2015). Tendencialmente, a ausência de cuidados prejudicial é melhor aceite que a prática de ações prejudiciais, o que contribui para os erros de omissão, representando o chamado “viés de omissão” (Kalisch, 2015).

Os CEO referem-se aos cuidados de enfermagem necessários que são omitidos, não realizados (parcial ou totalmente) ou adiados na prática diária (Kalisch, 2015). Correspondem, assim, a erros de omissão (subuso), com implicações na qualidade dos cuidados e segurança do doente (Jones et al., 2015).

A investigação tem evoluído ao longo dos últimos anos nesta área comprovando a ocorrência deste fenómeno. A revisão da literatura desenvolvida por Jones et al. (2015) refere uma prevalência de 55-98% e a associação a resultados negativos para os doentes, enfermeiros e organizações (Blatter et al., 2021; Jones et al., 2015).

Surgem vários conceitos que se relacionam com esta temática, na sua revisão da literatura Jones et al. (2015) evidenciam conceitos como “tarefas deixadas por fazer” associadas a falta de tempo, “priorização/racionalização de cuidados” por escassez de tempo ou inadequadas dotações/competências ou “cuidados incompletos”

Diferentes instrumentos têm sido utilizados para explorar e quantificar este fenómeno sobressaindo na revisão de literatura de Jones et al. (2015) 3 abordagens base: o TU-7 (derivado do conceito *tasks undone*), pelo International Hospital Outcomes Research Consortium (IHORC) para explicar as atividades de enfermagem não realizadas por falta de tempo (Sochalski, 2004); escala MISSCARE, desenvolvida para avaliar a frequência e razões para os CEO (Kalisch & Williams, 2009); o *Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument* (BERNCA), associado à abordagem da racionalização dos cuidados, incidente em atividades de enfermagem consideradas vulneráveis à omissão (Schubert et al., 2007).

Apesar dos diferentes quadros conceituais, Jonas et al. (2015) referem que a maior diferença se encontra na terminologia mais do que no conteúdo. As diferentes abordagens conduzem, contudo, a desafios na comparação de resultados (Blatter et al., 2021; Vincelette et al., 2019) o que pode justificar a variabilidade encontrada na literatura.

Face a esta problemática Blatter et al. (2021) desenvolveram um estudo integrado no projeto *RANCARE COST Action: Rationing Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem* na procura de desenvolver *guidelines* que fortalecessem a transparência na comunicação da evidência – *RANCARE guideline*.

A prática de enfermagem avançada exige a sustentação na evidência científica e num referencial teórico que a alicerce. O Modelo de Cuidados de Enfermagem Omissos (MCEO), proposto por Kalisch (Kalisch, 2015; Kalisch et al., 2009) é a base conceptual que sustenta este estudo. Desenvolvido para procurar compreender o que acontece no processo de prestação de cuidados de enfermagem (PPCE) (onde reconhece que ocorrem os CEO, “*black box of nursing care*”) baseia-se no modelo de estrutura, processo e resultado de Donabedian (Donabedian, 1988; Kalisch, 2015).

As três categorias definidas por Donabedian (2003) permitem avaliar a qualidade dos serviços de saúde: os indicadores de estrutura relacionados com as características do sistema (infraestruturas, recursos materiais, recursos humanos, estrutura organizacional); os indicadores de processo com o processo de prestação de cuidados; os de resultado com a repercussão do processo de prestação de cuidados (Martins et al., 2024).

O MCEO concetualiza o PPCE numa estrutura tripartida, onde os CEO surgem como variáveis de processo, condicionados por variáveis de estrutura (características dos contextos, das equipas) e com impacto nos resultados (resultados dos pacientes, dos enfermeiros) (Kalisch, 2015).

A autora reconhece a possibilidade de aceder às variáveis de estrutura, *inputs* ao PPCE, e a alguns resultados (como quedas, úlceras de pressão, taxas de infeção) mas considera que o desafio está na compreensão e avaliação do PPCE em si alertando para os constrangimentos desta lacuna na criação de estratégias de melhoria (Kalisch, 2015).

As atividades reportadas como omissas mais comuns incluem o apoio emocional, a educação do doente, planeamento da alta e dos cuidados e coordenação (Blatter et al., 2021). Estes resultados corroboram os achados de Jones et al. (2015) da priorização de resposta a necessidades fisiológicas em detrimento das emocionais e psicológicas, que afetam o

paciente de forma indireta e menos imediata e requerem mais tempo para serem concluídos ou menos suscetíveis de ser auditados.

A literatura evidencia associações entre o ambiente da prática e os CEO (Jones et al., 2015; Kim et al., 2018; Zeleníková et al., 2020). Cartaxo et al. (2023) identifica a falta de uma equipa de enfermagem adequada como um antecedente fundamental. Ball et al. (2018) corrobora este achado. Sabino (2022) numa revisão sistemática da literatura associa uma dotação segura (rácios de enfermagem adequados) a menor risco de ocorrência de CEO e maior segurança do doente.

Vários estudos relacionam o trabalho em equipa com os CEO numa relação inversamente proporcional (Ghezalje et al., 2021; Jones et al., 2015; Nobahar et al., 2023).

O MCEO distingue resultados para as pessoas e para os profissionais (Kalisch, 2015).

A evidência revela como resultados para os enfermeiros a insatisfação profissional associado a stresse moral, sentimentos de conflito de papel e frustração (Jones et al., 2015); a nível dos doentes, resultados relacionados com a insatisfação, eventos adversos, aumento de lesões por pressão (não transversal a todos os estudos), infeções associadas aos cuidados de saúde ou quedas (Recio-Saucedo et al., 2018). São referidos na literatura ainda resultados para as organizações como o aumento do tempo de internamento ou readmissões (Chaboyer et al., 2021).

Os CEO, assim, referem-se a um fenómeno complexo e transversal aos variados contextos de saúde devendo ser entendidos como um problema internacional e multidimensional (Blatter et al., 2021; Chiappinotto et al., 2022; Kalisch, 2015).

Especificamente nos cuidados à PSC é essencial um aprofundamento da evidência, onde a complexidade de cuidados e multitarefas pode favorecer a ocorrência deste fenómeno (Soliman & Eldeep, 2020).

A PSC encontra-se numa situação de vulnerabilidade já que “ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais” (OE, 2018b, p. 19362) exigindo cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua para prevenir complicações (OE, 2018b).

Neste contexto, alguns estudos demonstram uma associação positiva entre a carga de trabalho e os CEO e negativa entre o ambiente da prática e os mesmos (Ghezalje et al., 2021; Soliman & Eldeep, 2020). Contudo, a evidência ainda carece de robustez encontrando-se algumas disparidades nos resultados, caso da análise de relação entre experiência

profissional e CEO nas unidades de cuidados intensivos (Ghezalje et al., 2021; Soliman & Eldeep, 2020).

A monitorização dos CEO pode atuar como um indicador de qualidade de cuidados (Griffiths et al., 2018; Mandal et al., 2020), um indicador de alarme de alto risco de resultados desfavoráveis (Ball et al., 2018) o que vai de encontro às recomendações emanadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de poderem atuar como “*red flags*” (Recio-Saucedo et al., 2018).

4. Finalidade e objetivos

A segurança do doente deve ser componente fulcral nas políticas nacionais de saúde (WHO, 2024a).

Qualidade e segurança são preocupações desafiantes para a saúde global e o Internacional Council of Nurses define como prioridade na investigação, entre outros, os cuidados seguros e centrados nas pessoas (Néné & Sequeira, 2022).

Os CEO constituem-se como um fenómeno à escala mundial com um impacto negativo na segurança do doente (Chaboyer et al., 2021; Kalisch, 2015).

De acordo com a revisão de literatura efetuada este fenómeno ainda não se encontra estudado em Portugal à escala nacional no contexto da PSC, população vulnerável e dependente de cuidados especializados de enfermagem (OE, 2018b).

Sendo os enfermeiros elementos-chave na coordenação, gestão e promoção de programas de melhoria contínua que visem a qualidade e segurança, importa conhecer a dimensão desta problemática, finalidade do estudo apresentado, com vista a uma melhor formalização do conhecimento que permitirá promover o desenvolvimento de estratégias no sentido de atuar sobre as causas e reduzir os CEO.

O presente estudo pretende responder à questão de investigação: “Quais os CEO identificados pelos enfermeiros a exercer funções em Portugal no contexto de cuidados à PSC?”

Foram definidos os seguintes objetivos:

1. Identificar os CEO percecionados pelos enfermeiros no contexto de cuidados à PSC;
2. Descrever os fatores que predizem a ocorrência dos CEO.

O projeto de investigação delineado para a operacionalização deste estudo foi apresentado nas II Jornadas Internacionais da Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos (APAPEnf+) - De Iniciado a Perito: Perspetivas para a promoção de ambientes de prática de enfermagem positivos (ANEXO III), sob a forma de póster (APÊNDICE V).

5. Metodologia

A metodologia refere-se ao processo de conceção, condução e análise e tem um impacto significativo nos resultados do estudo de investigação sendo o garante da qualidade dos mesmos (Apóstolo, 2024; Bahishti, 2022).

A variabilidade de métodos possíveis exige um cuidado meticuloso na definição das técnicas/procedimentos e planeamento, adequados aos objetivos e questão de investigação, para assegurar a validade, fiabilidade e gerar conhecimento (Fávero & Belfiore, 2017).

O método científico é, necessariamente, objetivo, organizado e sistemático (Néné & Sequeira, 2022).

Neste capítulo, será descrito o desenho do estudo, a população-alvo e a técnica de amostragem utilizada para o alcance da amostra final, apresentando os critérios de inclusão definidos. Abordar-se-á o instrumento selecionado para a recolha de dados e sua fundamentação, as variáveis estudadas e necessárias considerações éticas. Serão ainda apresentados os procedimentos adotados para a análise dos dados e tratamento estatístico realizado para dar resposta à questão de investigação que serviu de base ao estudo.

5.1. *Desenho do estudo*

Os estudos de investigação podem ser caracterizados de diferentes modos consoante a perspetiva considerada (Néné & Sequeira, 2022).

No que concerne à sua finalidade, o estudo apresentado é descritivo-correlacional. Descritivo na medida em que se ambiciona explorar, descrever um fenómeno de interesse (Néné & Sequeira, 2022), investigar de forma aprofundada um conceito – neste caso, o nível de CEO e as suas causas potenciais – de modo a transmitir toda a complexidade de forma narrativa (Fortin, 2009); correlacional uma vez que nenhuma das variáveis foi manipulada com vista a influenciar o resultado do conceito em estudo, permitindo investigar a relação entre as variáveis, mas sem estabelecer relações de causa-efeito (Dancey & Reidy, 2018).

Quanto à direccionalidade, que se relaciona com a existência ou não de seguimento (Néné & Sequeira, 2022) este é um estudo transversal uma vez que cada pessoa na amostra foi avaliada uma única vez, num momento de tempo específico.

Métodos quantitativos permitem uma descrição numérica dos fenómenos e são uma ferramenta primária para o estabelecimento de relações empíricas entre as variáveis, em detrimento da compreensão do mecanismo causal da relação estatística (Stockemer & Bordeleau, 2023).

A investigação quantitativa é caracterizada pela quantificação na recolha de dados e no tratamento destes (Pocinho & Matos, 2022), recorrendo o estudo apresentado a métodos de estatística descritiva e inferencial.

A investigação quantitativa torna-se de grande importância para informar a prática de enfermagem e orientar para a melhor tomada de decisão (Apóstolo, 2024).

Na procura de elevados padrões de qualidade é necessário atender a fatores como a representatividade e tamanho da amostra, aos critérios de inclusão/exclusão definidos, a precisão e validade dos instrumentos utilizados, os critérios de avaliação de resultados e procedimentos estatísticos (Apóstolo, 2024).

O tipo de dados a analisar permite definir se é um estudo primário, secundário ou terciário. Considerando que a presente investigação recorre à recolha e análise de dados novos da amostra ele é categorizado como primário (Néné & Sequeira, 2022).

Nestes estudos, a fonte de informação são frequentemente os questionários, ferramentas estruturadas com o intuito de recolher os dados dos participantes reduzindo o erro de medida das variáveis estipuladas (Néné & Sequeira, 2022). Segundo Álvares (2021) esta é a solução acertada nos estudos em que já existe alguma informação exploratória e se pretende explorar um fenómeno, como é o caso dos CEO.

O instrumento de recolha de dados consistiu num formulário digital, recorrendo ao *Google Forms* (APÊNDICE VI), de autopreenchimento, constituído por duas secções: I – Caracterização dos CEO, através da escala MISSCARE-PT; II – Questionário de caracterização demográfica e profissional.

A primeira secção é constituída pela escala MISSCARE-PT traduzida e validada para a realidade portuguesa por Loureiro (2019), que avalia a frequência e as razões dos CEO.

A segunda secção foi estruturada de acordo com as questões propostas na escala MISSCARE-PT para a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, sendo constituída por 19 questões. Decorrente desta obtiveram-se as variáveis independentes que, neste estudo, são de três classes distintas: sociodemográficas, profissionais e relacionadas com a atividade do serviço.

O *link* de acesso ao questionário foi disponibilizado através das várias plataformas digitais e foi ainda pedida colaboração na divulgação do estudo à Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico, à Associação Portuguesa de Cuidados Intensivos e à Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação.

A recolha de dados decorreu entre 6 de fevereiro e 18 de julho de 2024.

A população de estudo corresponde a um subgrupo da população “enfermeiros”, com o critério de inclusão ser enfermeiro a exercer funções em Portugal, no contexto de cuidados à PSC. Foi definido como critério de exclusão o contexto extra-hospitalar, por os autores considerarem revestir-se de características muito específicas, podendo limitar as inferências.

Foi constituída através de método de amostragem não probabilístico permitindo a manipulação de grande quantidade de dados em tempo limitado e a baixo custo (Néné & Sequeira, 2022). Esta técnica tem a desvantagem de não ser conhecida a probabilidade de cada participante integrar a amostra (não tendo todos a mesma), podendo condicionar a sua representatividade (Fávero & Belfiore, 2017).

É uma amostragem do subtipo por conveniência, traduzida pela participação voluntária e através de autosseleção, caracterizada pela facilidade de acesso e disponibilidade (Stockemer & Bordeleau, 2023).

O fato de não ser conhecida a dimensão da população-alvo – população a quem os resultados de estudo poderiam ser aplicados (Néné & Sequeira, 2022) – por não existir um levantamento, a nível nacional, do número de enfermeiros por contexto da prática clínica e associado ao tipo de amostragem recorrido não é possível estimar o erro amostral (Fávero & Belfiore, 2017). Segundo Álvares (2021) este seria mais reduzido quanto maior fosse a amostra. Estes pressupostos serão tidos em consideração na análise dos resultados.

Decorrente do processo de operacionalização, que consiste na transformação do conceito em variáveis – qualitativas e quantitativas – possibilitando a sua mensuração (Stockemer & Bordeleau, 2023), procedeu-se à análise dos dados com recurso ao SPSS, versão 28.

De acordo com a natureza das variáveis foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, conforme preconizado para estudos quantitativos (Marôco, 2021). A primeira consiste na recolha, análise e interpretação dos dados empíricos por forma a descrever a realidade, caracteriza a amostra; a inferencial permite a formulação de conclusões, inferências e análise, através de testes de hipótese e estimação, da possibilidade de extrapolação dos dados da amostra à população (Pocinho & Matos, 2022). O processo de inferência e

generalização está dependente da validade interna (associada aos dados, concetualização das variáveis, se o estudo mede o que se propõe) e à validade externa (representatividade da amostra) (Álvares, 2021).

De entre as medidas para caraterizar as amostras assumem relevo medidas estatísticas como as medidas de tendência central, que procuram indicar o valor da variável que ocorre com maior frequência, medidas de dispersão – relacionada com a dispersão das observações em torno da tendência central e medidas de assimetria e achatamento (Marôco, 2021).

No caso de variáveis qualitativas, é apresentada a frequência absoluta (n) e relativa (%) de cada uma das categorias da variável.

No caso das quantitativas, é apresentada a média (\bar{X}) como medida de tendência central e o desvio padrão (DP) como medida de dispersão. Estas estatísticas são complementadas pela mediana (Me) e pelos valores mínimo e máximo.

A estatística inferencial consiste na possibilidade de se tomarem decisões sobre parâmetros da população, de se generalizar para a população as relações obtidas entre as variáveis da amostra (Sá et al., 2021). Ao suportar-se em modelos probabilísticos tem associado sempre um nível de erro (Sá et al., 2021). O nível de significância (α) representa a probabilidade de cometer o erro de rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira (erro tipo I) e é definido pelo investigador (Marôco, 2021). Usou-se uma significância α de 0.05 (implicando um nível de confiança de 95%), tendo a hipótese nula dos testes sido rejeitada sempre que o valor-p associado fosse inferior a α . O valor-p representa o nível de significância observado no teste estatístico (Marôco, 2021). Logo, face a $p > 0,05$ é estatisticamente não significativo e para $p < 0,05$ os achados com base nas amostras são estatisticamente significativos podendo ser inferidos para a população-alvo.

Não obstante a importância do software para a facilidade e agilidade no tratamento dos dados, a atitude crítica, reflexiva e meticulosa do investigador é preponderante para manter o rigor e a sistematização inerente ao processo de investigação, nomeadamente na tomada de decisão face às melhores técnicas a adotar para conduzir a análise dos mesmos (Costa et al., 2021).

Perante variáveis nominais categorizadas, para inferir se dois ou mais grupos da amostra independentes diferiam relativamente a uma característica foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (χ^2), que permite testar se a frequência com que os elementos da amostra se distribuem pelas classes é ou não idêntica (Marôco, 2021).

Quando as características das variáveis permitiam, foram optados pelos testes paramétricos pela maior robustez (Marôco, 2021). Foram garantidos ainda os restantes requisitos base: distribuição normal e variâncias homogêneas (Sá et al., 2021).

A análise de variância (ANOVA) permitiu comparar as médias de mais de duas amostras e para comparar duas amostras independentes foi aplicado o teste t para amostras independentes permitindo conhecer se existe diferença significativa, com base na média (Marôco, 2021).

Com a finalidade de avaliar a existência de variáveis independentes que influenciassem a variável dependente – no estudo apresentado, o score global de cuidados omissos – foi ajustado um modelo de regressão linear múltipla.

A importância relativa de cada preditor na variável dependente é dada pelo coeficiente estandardizado (β) e o impacto absoluto de cada preditor na variável dependente é dado pelo coeficiente não-estandardizado (B).

O R² (coeficiente de determinação) é a medida de dimensão do efeito das variáveis independentes sobre a dependente. Sendo uma das estatísticas de qualidade de ajustamento mede a proporção da variabilidade total ($0 \leq R^2 \leq 1$) em que $R^2 = 0$ não se ajusta aos dados e $R^2 = 1$ revela o ajustamento perfeito (Marôco, 2021).

Foi ainda feita a validação de pressupostos do modelo de regressão, tendo-se confirmado que os resíduos (erros do modelo) possuíam distribuição normal, variância constante e ausência de autocorrelação (Marôco, 2021).

5.2. *Instrumento de colheita de dados*

A escala MISSCARE encontra-se estruturada em 3 partes/escalas que avaliam:

- Satisfação profissional (3 perguntas);
- Parte A – CEO (24 itens);
- Parte B – Razões para a omissão (17 itens).

De acordo com a Análise Fatorial Exploratória efetuada por Loureiro (2019), a Parte A pode ser subdividida em cinco subescalas (ou dimensões), o mesmo acontecendo com a Parte B.

Foi realizada, assim, uma análise ao nível da escala, do item e da subescala (quando aplicável).

Cada item de *Likert* (questão) da escala MISSCARE é uma variável qualitativa ordinal, com cinco categorias, existindo uma ordenação natural entre elas, sendo neste contexto a mediana a estatística apropriada para descrever os dados (Marôco, 2021).

A parte referente à “Satisfação profissional” é composta por três itens tipo *Likert* de 5 pontos, onde “1 – Muito insatisfeito” e “5 – Muito satisfeito”, em que quanto maior o score total obtido maior a satisfação profissional do enfermeiro.

As escalas de avaliação *Likert*/tipo *Likert* são as mais frequentemente usadas para variáveis ordinais em questionários, permitindo mensurar atitudes e opiniões numa escala contínua (Stockemer & Bordeleau, 2023).

A Parte A é operacionalizada por 24 itens em que os indivíduos respondem qual a sua percepção sobre a frequência com que o cuidado referido é omitido, pela equipa de enfermagem, numa escala de *Likert* de 5 pontos, onde “1 – Nunca omitido” e “5 – Sempre Omitido” (incluindo as frequências: sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca). Assim, quanto maior o score obtido, maior é o nível percecionado de cuidados omissos e menor o nível de conformidade com a forma ideal como os cuidados deveriam ser prestados.

A escala e as subescalas são obtidas pela média dos itens que as compõem.

Na parte B constituída por 17 afirmações, os indivíduos reportam a sua percepção se esta é uma “razão significativa”, “razão moderada”, “razão menor” ou “não é razão para CEO” (Loureiro, 2019).

A escolha sobre esta escala deveu-se, numa primeira instância, às suas propriedades psicométricas e ao fato de estar validada para a realidade portuguesa.

A fiabilidade diz respeito à consistência com que um parâmetro ou variável está a ser medido. Existem vários tipos de fiabilidade, sendo a mais conhecida e utilizada a consistência interna, tipicamente medida pelo alfa de *Cronbach* (α) (Néné & Sequeira, 2022). Esta pretende avaliar se todos os itens associados a uma escala (ou subescala) contribuem de forma positiva e uniforme para essa mesma escala (ou subescala).

O alfa de *Cronbach* deverá ser idealmente superior a 0,7, sendo que valores inferiores a 0,5 são inaceitáveis do ponto de vista da fiabilidade dos dados usados para construir uma determinada escala (Bernstein & Nunnally, 1994; Field, 2018).

A evidência de boas propriedades psicométricas, obtido pelo estudo de validação da escala, com uma consistência interna traduzida num alfa de *Cronbach* entre 0,64-0,86 (Parte B) e

teste-reteste com coeficiente de Pearson de 0,87 (Parte A) e 0,86 (Parte B) e uma validade interna de 0,89 torna-a uma ferramenta válida, que cumpre os padrões exigidos (Kalisch & Williams, 2009).

Numa revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a escala MISSCARE revelou ser uma das que melhor combinava estrutura, qualidade metodológica e risco de viés (Barrientos-Trigo et al., 2019). Os autores defendem que a aplicação de escalas com as melhores propriedades psicométricas é essencial para a qualidade dos cuidados, a avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem e reduzir despesas em saúde e eventos adversos (Barrientos-Trigo et al., 2019).

A escala utilizada – MISSCARE-PT – é uma versão atual, já validada para a população portuguesa, com propriedades semelhantes às da original, válida e fiável, com bons valores de consistência interna (Loureiro, 2019). Cumpre-se, assim, a recomendação de, aquando da existência, se utilizar questionários já validados (Néné & Sequeira, 2022).

No presente estudo, a Parte A – CEO apresenta um alfa de *Cronbach* (para a escala global, unidimensional) de 0,94 o que lhe confere uma fiabilidade excelente e todas as subescalas são fiáveis (alfa *Cronbach* próximo ou, em alguns casos, largamente acima de 0,70). A Parte B – Razões para a omissão, como escala unidimensional apresenta fiabilidade muito boa ($\alpha=0,90$), sendo, igualmente, as subescalas fiáveis (alfa de *Cronbach* acima ou próximo de 0,70). A escala de satisfação profissional apresentou boa fiabilidade ($\alpha=0,79$).

A versão original – MISSCARE – foi desenvolvida no âmbito do modelo conceptual que suporta este estudo de investigação – MCEO, facilitando, ainda, o enquadramento da evidência a alcançar (Kalisch & Williams, 2009). Cumulativamente, o estudo piloto realizado para o seu desenvolvimento incluiu unidades de cuidados intensivos – contexto de prestação de cuidados à PSC – que se engloba nos contextos alvo pretendidos, sugerindo a sua adequação.

5.3. Considerações éticas

O estudo foi delineado respeitando os princípios éticos da investigação em saúde, nomeadamente o princípio do primado do ser humano, o princípio da pertinência do estudo e assegurados os direitos dos participantes (Néné & Sequeira, 2022).

Os participantes, enfermeiros a exercer em Portugal no contexto da PSC, constituíram a população de estudo através do preenchimento de um questionário digital. Prévio à sua

participação foram informados com transparência pelos autores, numa secção inicial do questionário, do tipo de estudo, objetivos, enquadramento, investigador responsável, do procedimento em que se pretendia que participassem, o tempo que iriam despende ou eventuais riscos/danos, neste caso limitados ao tempo gasto para a execução do mesmo, por forma a poder decidir livremente.

A dignidade humana, intrínseca à investigação, foi preservada pela redução do risco ao mínimo possível, pela proteção dos direitos da pessoa e liberdade sendo obrigatório para a participação o consentimento voluntário, livre e esclarecido, exigido no final da secção supracitada, sendo esta a única forma de ser incluído na amostra.

São informados do direito a abandonarem o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, uma vez que a investigação é anónima, confidencial, voluntária e gratuita.

Perspetiva-se que os resultados alcançados tragam um aprofundamento do conhecimento na área dos CEO num contexto ainda pouco abordado a nível nacional, como é o da PSC. Poderão ser usados para promover e delinear estratégias com vista à redução deste fenómeno, com ganhos para doentes, enfermeiros e instituições e para a enfermagem em geral pelo caminho para a excelência numa prática assente na evidência científica. Ao respeitar o princípio da pertinência do estudo encontra legitimidade ética, pelo impacto positivo que daí pode advir na qualidade dos cuidados e segurança do doente.

O tratamento dos dados, que implica análise e divulgação, onde deve ser mantida a privacidade dos participantes é assegurada através do anonimato, a “medida mais eticamente adequada” (Néné & Sequeira, 2022, p. 104) salvaguardando assim este direito.

Para a aplicação e uso do instrumento de recolha de dados, o questionário MISSCARE-PT, foi pedida a autorização à autora que validou o mesmo para a população portuguesa (Loureiro, 2019) (ANEXO IV).

Não existem conflitos de interesse assim como qualquer custo para os participantes.

O estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética da ESSNorteCVP – Parecer nº 017/2024 (ANEXO V).

6. Resultados

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a permitir a exposição clara e coerente dos achados para facilitar a posterior interpretação e análise crítica com vista a um melhor entendimento do fenómeno em estudo: CEO no contexto da PSC.

Após a caracterização da amostra, apresentar-se-á os resultados extraídos da análise, obtidos a partir da aplicação da escala MISSCARE-PT: numa primeira fase incidente na perceção dos CEO e, numa segunda fase, nas razões para a omissão de cuidados.

6.1. Caracterização da amostra

A amostra final obtida, após validação das respostas, é composta por 101 enfermeiros a exercer funções em Portugal no contexto da PSC.

Foram analisadas as variáveis independentes da população de estudo identificadas como de três classes distintas: sociodemográficas, profissionais e atividades de serviço.

Tabela 1 – Caracterização das variáveis sociodemográficas

Variável	Amostra (n = 101)
Género (%)	
Feminino	76 (75.2%)
Masculino	25 (24.8%)
Idade (anos)	
Média (DP)	39.3 (7.7)
Mediana	39.0
Min-Max	25-58
Habilitações académicas (%)	
Licenciatura	56 (55.4%)
Mestrado	45 (44.6%)
Localização de instituição (%)	
Centro	47 (46.5%)
Norte	23 (22.8%)
Lisboa e Vale do Tejo	18 (17.8%)
Madeira	5 (5.0%)
Algarve	5 (5.0%)
Açores	2 (2.0%)
Alentejo	1 (1.0%)

Relativamente às características sociodemográficas da amostra (Tabela 1) constata-se que os participantes no estudo são predominantemente do sexo feminino (n= 76; 75.2%).

A idade dos participantes varia entre os 25 e os 58 anos, com uma média de 39.3 anos (com um DP de 7.4), havendo representatividade de profissionais de várias faixas etárias.

A amostra é composta por licenciados e mestres, sendo a habilitação académica mais frequente a licenciatura (n= 56; 55.4%).

De acordo com a percentagem de enfermeiros a exercer em Portugal no centro do país (21.7%) há uma forte sobre-representação desta zona na amostra (n= 47; 46.5%). Encontra-se bem representada ainda a Região Autónoma da Madeira (5% face a 3.2% a nível nacional) e sub-representadas as restantes.

Numa avaliação das características profissionais da amostra (Tabela 2) verifica-se que os enfermeiros são, globalmente, experientes, tanto em termos de anos de prática profissional (\bar{X} = 16.4 anos, DP 7.7), como de experiência no serviço onde atualmente trabalham (\bar{X} = 9.3 anos), sendo esta, pelo menos, a média do número mínimo de anos que prestam cuidados à PSC.

A categoria profissional mais frequente, reconhecida pela OE, é a especialização, presente em mais de metade da amostra (n= 56; 55.4%). Destes, a grande maioria possui especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) (n= 43; 76.8%), sendo assim natural que exerçam funções nos serviços representados na amostra: cuidados intensivos/intermédios (n= 59; 58.4%), Urgência (n= 35; 34;7%) e BO (n= 7;6,9%). Destes 55.4% enfermeiros especialistas não é possível dizer, com rigor, qual a percentagem de enfermeiros, dentro da EMC, com diferenciação no cuidado à PSC, uma vez que apenas nos últimos anos passou a haver essa distinção. Com base nos dados, é apenas possível afirmar que 51.2% (22 em 43) de todos os EMC são especialistas em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC, correspondendo a 95.7% (22 em 23) de todos os EMC que indicaram algum tipo de diferenciação.

A maioria dos enfermeiros trabalha em turnos rotativos (n= 62; 61.4%) e fez horas extraordinárias nos últimos 3 meses (n= 81; 80.2%). O volume de horas extra mais comum situa-se entre a 1 e as 20 horas (n= 44; 43.6%), seguido do intervalo que compreende as 20-50 horas (n= 11; 10.9%).

O absentismo por motivo de doença (pelo menos 1 dia, nos últimos 3 meses) é representado por 10.9% dos enfermeiros e 15.8% referiram querer abandonar o trabalho e/ou o serviço atual nos próximos 12 meses.

Tabela 2 – Caracterização das variáveis profissionais

Variável	Amostra (n = 101)
Experiência profissional (anos)	
Média (DP)	16.4 (7.7)
Mediana	16.0
Min-Max	3-36
Experiência profissional no serviço (anos)	
Média (DP)	9.3 (7.4)
Mediana	7.0
Min-Max	0-28
Categoria profissional (%)	
Enfermeiro	45 (44.6%)
Enfermeiro especialista	56 (55.4%)
Área de especialização, quando aplicável (%)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	43 (76.8%)
Enfermagem de Reabilitação	8 (14.3%)
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1 (1.8%)
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1 (1.8%)
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1 (1.8%)
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	1 (1.8%)
Enfermagem de Saúde Familiar	1 (1.8%)
Serviço (%)	
Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios	59 (58.4%)
Serviço de Urgência	35 (34.7%)
Bloco Operatório	7 (6.9%)
Turno mais frequente (%)	
Rotativo	62 (61.4%)
Manhã	22 (21.8%)
Tarde	10 (9.9%)
Noite	5 (5.0%)
Dia	2 (2.0%)
Horas extraordinárias nos últimos 3 meses (%)	
Nenhuma	20 (19.8%)
1 a 20 horas	44 (43.6%)
20 a 50 horas	26 (25.7%)
Mais do que 50 horas	11 (10.9%)
Absentismo por motivos de doença nos últimos 3 meses (%)	
Não	90 (89.1%)
Sim	11 (10.9%)
Plano de deixar o trabalho / serviço nos próximo 12 meses (%)	
Não	85 (84.2%)
Sim	16 (15.8%)

Considerando a natureza específica de cada serviço representado na amostra optou-se por fazer a agregação dos dados, relativos à atividade profissional, por serviço (Tabela 3). Adicionalmente, e tendo em atenção que os valores podem variar substancialmente por turno (por exemplo, se é turno diurno/noturno, semana/fim-de-semana, etc.), é reportada a mediana ao invés da média. A mediana (Me) ao representar o valor que, após ordenados de forma crescente os dados, apresenta 50.0% das observações superiores ou iguais e 50.0% inferiores ou iguais (Marôco, 2021) é menos sensível a valores extremos da distribuição, capturando assim de forma mais fidedigna a atividade típica dos serviços.

Tabela 3 – Valor mediano das variáveis de atividade (por enfermeiro), agregado por serviço

Variável de atividade (valor por enfermeiro)	Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios (n = 59)	SU (n = 35)	BO (n = 7)
Nr.º de doentes com cuidados prestados	2	15	4
Nr.º de doentes admitidos	1	10	4
Nr.º de doentes com alta ou transferidos	1	5	4

6.2. Cuidados de Enfermagem Omissos percecionados pelos Enfermeiros

Os resultados relacionados com os CEO percecionados foram obtidos através dos dados colhidos da Parte A da escala MISSCARE-PT (APÊNDICE VII).

A Tabela 4 apresenta a estatística descritiva para a escala unidimensional e subescalas. Tendo em conta o valor médio de cada uma delas, foi atribuída uma classificação qualitativa ao nível de conformidade dos cuidados (considerada, neste contexto, como o contrário de omissão). A grelha de classificação qualitativa (Tabela 5) divide a gama de valores médios possíveis para a escala e subescalas (1 a 5) em quatro intervalos de igual amplitude.

Verifica-se que o nível de conformidade em todas as escalas é moderado, com exceção da subescala “Cuidados para a capacitação/autonomia do doente”, que apresenta um nível de conformidade baixa ($\bar{X} = 3,20$). Esta subescala é composta por atividades de capacitação efetuadas diretamente sobre o doente (deambulação, posicionamento), bem como envolvendo também os que o rodeiam (ensino sobre a doença, suporte emocional e planeamento de alta). Os detalhes serão explorados na análise por item (questão).

Tabela 4 – Estatística descritiva e classificação qualitativa das escalas da Parte A - CEO

Dimensão / Subescala	Nr.º de itens	Média (DP)	Conformidade dos cuidados
A - Cuidados instrumentais (CI)	6	2.42 (0.93)	Moderada
A - Avaliação do doente e documentação (AD)	5	2.53 (0.92)	Moderada
A - Pontualidade na resposta ao doente/equipa (PR)	5	2.70 (0.94)	Moderada
A - Cuidados para a capacitação/autonomia do doente (CCA)	5	3.20 (0.71)	Baixa
A - Eficiência na alimentação e medicação (EAM)	3	2.68 (0.92)	Moderada
A – Unidimensional (Global)	24	2.70 (0.74)	Moderada

Tabela 5 – Nível de conformidade dos cuidados de enfermagem

Intervalo	Conformidade dos cuidados
De 1.0 a 2.0	Elevada
De 2.0 a 3.0	Moderada
De 3.0 a 4.0	Baixa
De 4.0 a 5.0	Muito Baixa

A percentagem de enfermeiros que se situa em cada um dos níveis de conformidade é apresentada na Tabela 6, para a escala unidimensional, tanto ao nível de amostra como com agregação ao nível do serviço, de modo a revelar diferenças entre estes. É possível concluir:

- O nível de conformidade dos cuidados depende do serviço, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.021$);
- No BO predomina a conformidade elevada (57.1%), nos Cuidados Intensivos/Intermédios a conformidade moderada (54.2%), e no SU a conformidade baixa (48.6%);
- Os resíduos estandardizados (análise fina, omitida da tabela) revelam que o nível de conformidade nos cuidados intensivos/intermédios se encontra praticamente equidistante entre o SU e o BO.

Tabela 6 - Percentagem de enfermeiros por nível de conformidade, agregado por serviço

Intervalo	Conformidade dos cuidados	Amostra (n = 101)	UCI (n = 59)	SU (n = 35)	BO (n = 7)	Valor-p (χ^2)
De 1,0 a 2,0	Elevada	18,8%	20,3%	8,6%	57,1%	$p = 0.021$ *
De 2,0 a 3,0	Moderada	47,5%	54,2%	40,0%	28,6%	
De 3,0 a 4,0	Baixa	30,7%	22,0%	48,6%	14,3%	

De 4,0 a 5,0	Muito Baixa	3,0%	3,4%	2,9%	0,0%	
---------------------	-------------	------	------	------	------	--

* Estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0.05$)

Para determinar quais os principais CEO identificados pelos enfermeiros foi feita a dicotomização de todos os itens através da criação da variável “% Omisso (3+4+5)”, que contém a percentagem de enfermeiros que responderam “3 – Ocasionalmente omisso”, “4 – Frequentemente omisso” ou “5 – Sempre omisso”. A Tabela 7 encontra-se ordenada do valor maior para o menor, de modo a serem facilmente identificadas quais as omissões mais e menos reportadas pelos enfermeiros.

Numa análise da amostra como um todo, pode concluir-se que a prevalência de CEO varia entre 34.7% e 80.2%, sendo os maiores níveis de omissão (ocasional ou frequente) identificados por 70.0 a 80.0% dos enfermeiros e estão relacionados precisamente com itens da subescala “A - cuidados para a capacitação/autonomia do doente”, a única cuja média global foi negativa (conformidade baixa).

Por outro lado, os menores níveis de omissão (são identificados por aproximadamente 35.0% dos enfermeiros e estão relacionados com atividades de monitorização (A6, A7, A15) e com cuidados de higiene (A11, A13, A24).

Tabela 7 - Parte A (CEO): % das vezes em que um cuidado é identificado como sendo, no mínimo, ocasionalmente omisso

Parte A - Cuidados de Enfermagem Omissos	Mediana	% Omisso (3+4+5)
A1. Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado	4	80.2%
A10. Suporte emocional ao doente e/ou família	3	76.2%
A9. Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico	3	72.3%
A2. Posicionar o doente a cada 2 horas	3	70.2%
A22. Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas	3	68.3%
A8. Documentação completa de todos os dados necessários	3	60.4%
A14. Planeamento da alta do doente e ensino	3	58.4%
A3. Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes	3	58.3%
A17. Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente	3	51.6%
A5. Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado	3	50.5%
A23. Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido	3	50.5%
A21. Avaliar a eficácia dos medicamentos	3	50.4%
A4. Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente	2	49.5%
A12. Cuidados à boca	2	48.6%

A16. Avaliações do doente realizadas em cada turno	2	46.6%
A19. Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos	2	46.5%
A18. Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital	2	42.7%
A20. Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos	2	39.5%
A24. Cuidados à pele/feridas	2	38.7%
A13. Lavar as mãos	2	37.6%
A15. Monitorização da glicémia conforme planeado	2	37.6%
A7. Monitorização de entradas/saídas	2	36.6%
A6. Sinais vitais avaliados como prescrito	2	35.7%
A11. Banho do doente/cuidados à pele	2	34.7%

Face aos resultados apresentados anteriormente que demonstram que o nível de CEO depende fortemente do contexto de cuidados (serviço) seria interessante conhecer se também a tipologia de cuidados diferiu consoante os contextos de cuidados. Foi feita a agregação de dados considerando os três cuidados mais omissos e os três menos omissos, por serviço (Tabela 8). Os valores percentuais diferem bastante entre serviços e os próprios cuidados (itens) nem sempre são comuns.

Tabela 8 – Cuidados mais e menos omissos, agrupado por serviço

Cuidados mais omissos	Cuidados menos omissos
UCI	
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado (79.6%)	Banho do doente/cuidados à pele (22.1%)
Suporte emocional ao doente e/ou família (74.6%)	Sinais vitais avaliados como prescrito (23.8%)
Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico (71.2%)	Monitorização de entradas/saídas (23.8%)
SU	
Suporte emocional ao doente e/ou família (88.6%)	Monitorização da glicémia conforme planeado (45.7%)
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado (82.9%)	Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) (51.4%)
Cuidados à boca (82.8%)	Lavar as mãos (51.5%)
BO	
Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico (71.5%)	Monitorização de entradas/saídas (0,0%)
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado (71.5%)	Monitorização da glicémia conforme planeado (14.3%)
Cuidados à boca (57.2%)	Sinais vitais avaliados como prescrito (14.3%)

6.3. Razões para a Omissão de Cuidados

Os resultados referentes às razões para a omissão dos cuidados foram recolhidos a partir dos dados obtidos pela Parte B da escala MISSCARE-PT (APÊNDICE VII).

A principal causa apontada pelos enfermeiros para os CEO é a gravidade e fluxo de doente, cujo valor médio (\bar{X} = 3.23) se encontra na fronteira entre razão moderada e razão significativa.

A dotação de profissionais é a outra razão apontada como moderada (\bar{X} = 3.01). As demais razões são vistas pelos enfermeiros da amostra como razões menores, ainda que com tendência a moderadas (o ponto de corte entre estas categorias encontra-se no valor médio de 2.5) (Tabela 9).

Tabela 9 – Estatística descritiva das subescalas da Parte B – Razões para omissão

Dimensão / Subescala	Nr.º de itens	Média (DP)
B - Comunicação na equipa (CE)	7	2.44 (0.65)
B - Recursos materiais (RM)	2	2.43 (0.86)
B - Gravidade e fluxo de doentes (GFD)	3	3.23 (0.67)
B - Gestão e organização (GO)	3	2.55 (0.75)
B - Dotação de profissionais (DP)	2	3.01 (0.92)
B – Unidimensional (Global)	17	2.66 (0.57)

Realizando uma agregação por serviço das razões para a omissão constata-se, pela Tabela 10, que os valores médios da escala unidimensional não dependem do serviço (p = 0.371, não significativo).

Tabela 10 – Valor médio da escala unidimensional da Parte B – Razões para omissão, agregado por serviço

Serviço	Média (DP)	Valor- p (ANOVA)
Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios	2.61 (0.53)	p = 0.371
Serviço de Urgência	2.77 (0.49)	
Bloco Operatório	2.60 (1.08)	

Para facilitar a interpretação, e da mesma forma que realizado na Parte A - CEO, foram dicotomizados todos os itens, sendo criada a variável “% Razão de omissão (3+4)”, obtida

pela soma das percentagens de enfermeiros que responderam “3 – Razão moderada” ou “4 – Razão significativa”. A análise descritiva por item é apresentada na Tabela 11.

Decorrente da mesma podemos afirmar que as questões que mostraram valores mais elevados de concordância entre os participantes como sendo a causa de CEO estão relacionadas com a subescala “Gravidade e fluxo de doentes”, nomeadamente o aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes (questão (Q) B3, 88.1%), situações de doentes urgentes (QB2, 84.2%) e elevada atividade da admissão e alta (QB17, 74.2%).

Os itens com valores de concordância inferiores a 50.0% (como tal, com Me=2) representam os aspetos que, em mediana, os profissionais não consideram ser razão de CEO (ao responderem “não é razão” ou “razão menor”). Estão relacionados com questões de material (QB9, QB10), da ausência de profissionais (QB16) e de comunicação, especialmente entre enfermeiros (QB13, 46.5%) e profissionais de outros departamentos (QB12, 46.5%).

A exceção, a nível de comunicação, dá-se com os profissionais da equipa médica (QB14), onde a percentagem de concordância atinge os 62.3% (ou seja, a falha de comunicação com os médicos aparenta ser uma razão para CEO mais impactante do que a comunicação com as restantes equipas do serviço).

Tabela 11 - Parte B (Razões para omissão): % das vezes em que uma razão para CEO é considerada moderada ou significativa

Parte B – Razões para a Omissão	Mediana	% Razão para omissão (3+4)
B3. Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade	4	88.1%
B2. Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente)	3	84.2%
B17. Elevada atividade de admissão e alta	3	74.2%
B4. Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.)	3	73.3%
B1. Inadequado número de elementos na equipa	3	71.3%
B5. Distribuição não equilibrada de doentes	3	63.3%
B14. Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA	3	62.3%
B11. Falta de apoio dos membros da equipa	3	53.5%
B6. Medicamentos não disponíveis quando necessário	3	50.5%

B9. Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários	2	46.6%
B12. Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES/DE APOIO	2	46.5%
B13. Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM	2	46.5%
B15. Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado	2	44.6%
B7. Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem	2	41.6%
B10. Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários	2	39.7%
B8. Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia)	2	39.6%
B16. Profissional de saúde ausente ou indisponível	2	37.6%

6.4. Satisfação profissional

Para avaliação da satisfação profissional o instrumento MISSCARE-PT apresenta uma escala unidimensional com 3 itens.

A estatística descritiva desta escala encontra-se na Tabela 12, bem como os itens individuais que a compõem.

Segundo a mesma, os enfermeiros, globalmente, apresentam um nível de satisfação profissional neutro com tendência para o satisfeito. Esta tendência é corroborada tanto pela mediana (Me=3.33) como pela média ($\bar{X} = 3.35$).

Ao nível do item, a satisfação tanto com a profissão de enfermeiro como com o trabalho em equipa na unidade é elevada (Me = 4), sendo a satisfação profissional atual (Me = 3, valor neutro da escala) a prejudicar o score de satisfação profissional global.

Em todos os itens individuais, o mínimo e máximo observados correspondem aos limites teóricos (1 e 5, respetivamente), pelo que a amostra contém exemplos extremos de satisfação e insatisfação profissional.

Tabela 12– Estatística descritiva da escala de satisfação profissional

Item	Média (DP)	Mediana	Min- Max
Quão satisfeito está na sua situação profissional atual?	3.21 (1.12)	3	1-5
Independentemente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a?	3.50 (1.15)	4	1-5
Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade?	3.36 (1.03)	4	1-5
Satisfação profissional - score total	3.35 (0.93)	3.33	1.33-5

Com o objetivo de avaliar se o nível de satisfação profissional está ou não associada à vontade do enfermeiro em abandonar o serviço ou função nos próximos 12 meses, foi comparado o score total da satisfação profissional entre os profissionais que planeiam sair ($n = 16$; 15.8%) e os que não têm planos para o fazer ($n = 85$; 84.2%).

Os resultados da Tabela 13 mostram uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0.05$), tendo sido avaliada pelo teste t de amostras independentes. A satisfação média global dos enfermeiros que pretendem sair é de 2.75 pontos, o que corresponde a um nível de insatisfeito com tendência a neutro, ao passo que nos que não planeiam sair é de 3.47 pontos, um nível neutro com tendência a satisfeito. A diferença de 0.72 pontos é estatisticamente significativa ($p = 0.004$).

Tabela 13 – Satisfação média global por grupo (permanecer ou sair do serviço a 12 meses)

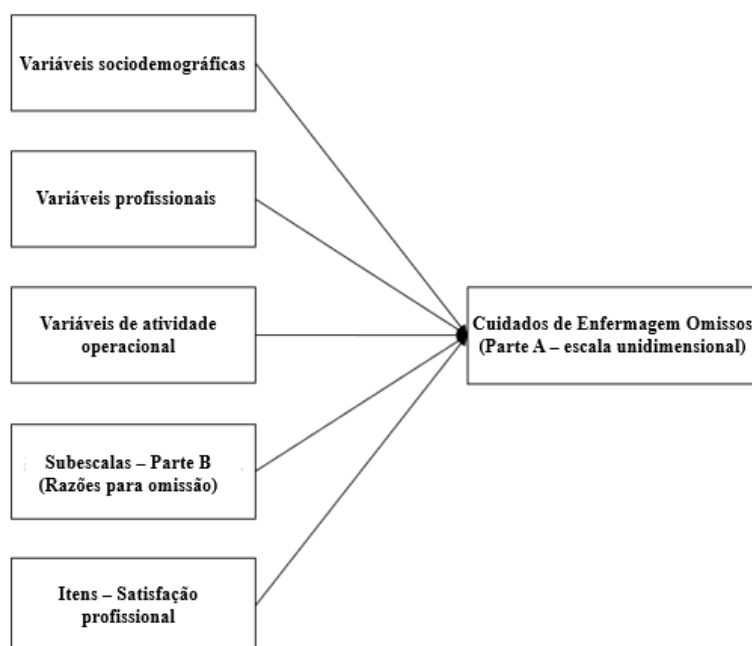
Grupo	Respostas (n)	Média (\bar{X})	Diferença	t	p
Não planeia sair	85	3,47	0.72	2.947	0.004*
Planeia sair (em 12 meses)	16	2.75			

* Estatisticamente significativo para um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0.05$)

Por forma a aferir se existiam na amostra variáveis que pudessem explicar o score global de cuidados omissos (obtido pela escala Parte A – unidimensional, aqui como variável de resposta ou dependente) foi ajustado um modelo de regressão linear múltipla. O recurso à estatística inferencial através desta técnica permitiria avaliar se algumas das variáveis independentes seriam predictoras da omissão de cuidados.

O diagrama do *input* do modelo encontra-se representada no diagrama da Figura 1.

Figura 1 - Diagrama de *inputs* (esquerda) e *output* (direita) do modelo de regressão linear



A partir desta configuração inicial foi feito o ajuste iterativo do modelo, eliminando em cada ciclo as variáveis independentes não associadas, de forma estatisticamente relevante, à variável de resposta.

O modelo final é composto por 4 preditores, todos eles estatisticamente significativos ($p < 0.05$), o que equivale a um nível de confiança de 95%.

Tabela 14 - Resultados do modelo de regressão linear

Variável independente / Preditor	Coef. não-estandardizado B	Coef. estandardizado β (beta)	t	Valor-p
(Constante)	1.915		8.007	<0.001
Serviço = 'Serviço de Urgência'	0.497	0.321	3.656	<0.001
Localização = 'Madeira'	1.034	0.305	3.389	0.001
B - Gestão e organização (GO)	0.277	0.280	3.227	0.002
Habilitações académicas = 'Mestrado'	-0.330	-0.223	-2.502	0.014

Obteve-se um valor-p global, associado ao teste F da ANOVA [$F(4.96) = 9.908$], que é estatisticamente significativo ($p < 0.001$), permitindo concluir que existem preditores no

modelo final capaz de explicar a variabilidade observada da variável dependente (nível de cuidados omissos).

O R^2 (coeficiente de determinação) do modelo final é de 0.292 e o R^2_{aj} (coeficiente de determinação ajustado) de 0.263. Tal significa que 29.2% da variância observada no nível de cuidados omissos pode ser explicada pelos quatro preditores presentes no modelo final.

Foi feita a validação dos pressupostos do modelo, tendo-se confirmado que os resíduos possuíam distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov: 0.080, $p=0.111[<0.05]$), variância constante (teste de White: 6.148, $p= 0.725 [>0.05]$) e ausência de autocorrelação (estatística de Durbin-Watson: 1.864, dentro do intervalo aceitável [1.6,2.4]).

Conclui-se, então, pela Tabela 14, que:

- A variável mais importante para o nível de cuidados omissos é o serviço onde o enfermeiro trabalha ($\beta = 0.32$); o SU está associado a um aumento de 0.50 pontos no nível global de omissão de cuidados (tendo como referência a UCI e o BO), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$);
- A localização da instituição na ilha da Madeira está positivamente associada ao score global da escala ($\beta = 0.31$); o nível de omissão percebido pelos enfermeiros desta região do país é 1.03 pontos superiores à das restantes regiões, sendo a diferença significativa ($p = 0,001$);
- A subescala “B - Gestão e organização”, pertencente à escala B – Razões para a omissão, está positivamente associada ao score global da escala de cuidados omissos ($\beta = 0.28$); tal significa que quanto mais os enfermeiros consideram que os itens de gestão e organização são causa dos CEO, maior, em média, é o nível de CEO existente (ou percebido) no respetivo serviço, sendo a diferença significativa ($p = 0.002$);
- Uma habilitação académica superior está negativamente associada ao score global da escala ($\beta = - 0.22$); ter um Mestrado (por oposição a uma Licenciatura) está associado a uma diminuição de 0.33 pontos no nível (ou na perceção) de cuidados omissos, sendo a diferença significativa ($p = 0.014$).

7. Discussão

Os CEO impactam negativamente a segurança das pessoas alvo de cuidados, com repercussões a nível dos resultados em saúde (Heng et al., 2023), pelo se torna essencial um (re)conhecimento e exploração deste fenómeno em prol da melhoria de qualidade dos serviços de saúde.

O estudo apresentado permitiu reconhecer a existência desta problemática em contexto de cuidados à PSC, conhecer os CEO percecionados pelos enfermeiros na prestação de cuidados e identificar fatores associados à sua ocorrência, considerando-se atingidos os objetivos pré-definidos para o mesmo.

Resultante de todo o trabalho de investigação desenvolvido importa refletir sobre o processo conduzido e confrontar os resultados obtidos com a revisão da literatura anteriormente efetuada e com evidências demonstradas por forma a permitir uma análise crítica fundamentada, tal como defende Pocinho & Matos (2022).

A dimensão do universo a que os resultados deste estudo poderiam ser aplicados é desconhecida, por não existir um levantamento, pela OE, do número de enfermeiros por contexto da prática clínica (OE, 2024). Não é assim possível determinar a que % corresponde da população-alvo, a amostra.

A população em estudo é constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino (75.2%) o que se encontra razoavelmente em linha com a distribuição na população de enfermeiros a exercer em Portugal (82.8%) pelo Anuário Estatístico de OE (OE, 2024).

A média de idades situa-se nos 39.3 anos havendo representatividade de profissionais de várias faixas etárias.

A região Centro encontra-se sobrerrepresentada na amostra (46.5% face a 21.7% no país) muito provavelmente por esta ser a região de formação e exercício profissional da autora, tendo aí a maioria dos seus contactos. A Madeira (como uma das Regiões Autónomas) encontra-se bem representada. Este fenómeno é típico de uma amostragem não probabilística por conveniência pois ao não seguir os princípios básicos da teoria das probabilidades gera uma amostra que pode ou não ser representativa da população alvo (Marôco, 2021). Chaboyer et al. (2021), numa revisão de revisões sistemáticas, salienta que muitos estudos referem que os CEO não dependem do país, tipo de hospital ou localização,

mas antes das características das equipas e recursos. Num estudo desenvolvido em Portugal, segundo a metodologia RN4CAST (*Nurse Forecasting in Europe*), os autores reconhecem a necessidade de outro tipo de investigação para compreender as diferenças encontradas nas várias regiões (Braga et al., 2018).

Os participantes apresentam uma média de anos de experiência profissional no serviço de 9.3 (Me=7). Sendo critério de inclusão o contexto de prestação de cuidados à PSC, esta é a média mínima de anos que operam com a PSC considerando-se assim experientes, já mais despertos a uma avaliação global das situações, com maior destreza ou mesmo capacidade intuitiva adquirida pelos anos de prática (Benner, 2001). Este facto influencia o processo de tomada de decisão do profissional e, conseqüentemente, o processo de cuidados onde, segundo Kalisch (2015) e o MCEO, ocorre o fenómeno dos CEO.

A habilitação académica mais frequente dos participantes é a licenciatura (55.4%). Contudo, tal não revela o grau de diferenciação pois até 2018 era possível e comum os enfermeiros optarem por uma especialização (habilitação profissional) em detrimento ou previamente ao ingresso num mestrado (habilitação académica).

Kalisch (2015) reconhece o fenómeno dos CEO como extenso e transversal aos vários contextos de cuidados, corroborado por muitos outros autores (Blatter et al., 2021; Chaboyer et al., 2021; Jones et al., 2015). Contudo, a especificidade de cada um (tipologia) confere *inputs* e exigências diferentes aos enfermeiros, considerado no MCEO como variáveis de estrutura (Kalisch, 2015; Kalisch et al., 2009).

Segundo os resultados do presente estudo é visível que as maiores movimentações (avaliado pelo número de doentes a quem são prestados cuidados; admitidos e transferidos ou com alta, por enfermeiro) ocorrem no SU, seguido do BO e, por fim, da UCI. Permitem afirmar que o nível de atividade num serviço é inversamente proporcional ao respetivo nível de diferenciação, refletindo este o grau de complexidade e especialização dos cuidados habitualmente exigidos a cada um.

A agregação dos dados da amostra por serviço demonstrou que o nível de conformidade de cuidados (entendido como a não omissão) depende do serviço, validando o impacto desta variável de estrutura nos CEO, tal como defendido por Kalisch (2015).

O SU apresentou-se como o contexto de prestação de cuidados à PSC com maior nível de CEO (conformidade de cuidados predominantemente baixa, 48.6%; muito baixa 2.9%). Amritzer et al. (2024), num estudo transversal descritivo realizado na Suécia, nos serviços de urgência, evidenciou que mais de 50.0% dos cuidados de enfermagem avaliados (com

recurso à escala MISSCARE) foram reportados como omissos por mais de 50% dos participantes, alguns deles com taxas superiores a 80.0%. Concluiu ainda serem superiores às taxas de ocorrência noutros contextos (caso de internamento). O nível elevado de CEO foi igualmente encontrado nos serviços de urgência por outros autores como AL-Mnaizel & AL-Zaru (2023), Coelho et al. (2023) e Rooddehghan et al. (2024).

Duhalde et al. (2023) apesar de afirmar que este é um contexto pouco estudado reconhece a sua vulnerabilidade à ocorrência de erros, condicionantes da segurança dos doentes.

Os resultados encontrados sustentam a premissa de que os CEO são um fenómeno presente na prática de enfermagem (no estudo representado por 34.7%-80.2%) como evidenciado pela literatura com foco neste fenómeno (Chaboyer et al., 2021; Imam et al., 2023; Jesus et al., 2025; Jones et al., 2015; Kalisch, 2015; Loureiro, 2019). 50.0% dos cuidados de enfermagem avaliados apresentaram níveis de omissão superiores a 50.0% revelando-se preocupante esta “normalização” do desvio dos cuidados de enfermagem que devem ser prestados, nomeadamente numa população vulnerável e com necessidade de cuidados contínuos como a PSC.

Os CEO mais frequentemente omitidos estão relacionados com a subescala “Cuidados para a capacitação/autonomia do doente”, a única que apresentou uma conformidade baixa (\bar{X} =3.2). Segundo os enfermeiros, neste estudo, os maiores níveis de omissão (70.0-80.0%) incluem “Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado” (80.2%), “Suporte emocional ao doente/família” (76.2%), “Ensinar o doente sobre a doença, exame e estudos de diagnóstico” (72.3%) e “Posicionar o doente a cada 2 horas” (70.2%).

Os menores níveis de omissão (<40.0%) estão relacionados com os itens associados a atividades de monitorização e higiene, pertencentes à subescala “cuidados instrumentais” – “Sinais vitais avaliados como prescrito” (35.7%), “Monitorização de entradas e saídas” (36.6%), “Monitorização de glicémia conforme planeado” (37.6%), “Banho do doente/cuidados à pele” (34.7%), “Lavar mãos” (37.6%), “Cuidados à pele/feridas” (38.7%) e “Pontualidade na resposta ao doente/equipa” apenas face ao cuidado “Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos” (39.5%). Loureiro (2019) corrobora estes achados ao verificar maior omissão de cuidados na dimensão “Cuidados para a capacitação/autonomia do doente” e menor nos “Cuidados instrumentais”.

Numa análise geral, estes resultados sugerem que aquando da omissão de cuidados nos contextos da PSC, avaliados os enfermeiros, priorizam a execução dos cuidados instrumentais, intervenções interdependentes de enfermagem face às intervenções

autónomas, comprometendo o cuidar da pessoa como uma totalidade única, intrínseco à deontologia profissional (OE, 2015b). Esta tendência é transversal aos vários estudos. Imam et al. (2023) numa revisão sistemática em países de baixo/médio desenvolvimento refere a priorização das atividades técnicas em detrimento das atividades não clínicas com compromisso do cuidar holístico. Mandal et al. (2020) salienta os cuidados psicossociais – interação com doente, educação e apoio emocional – como os mais omitidos e alerta para o desvirtuamento da enfermagem, com implicações para a saúde dos profissionais e segurança dos doentes. Amritzer et al. (2024) refere-se, igualmente, ao perigo da fragmentação dos cuidados. Em Portugal, através do estudo RN4Cast realizado em internamentos médico-cirúrgicos, cuidados relacionados com educação do doente/família e interação mostraram ser os mais omitidos com percentagens superiores a 50.0%, considerando os autores uma preocupação e contrário ao preconizado, por uma política de qualidade com foco no doente (Braga et al., 2018).

Os enfermeiros também percecionam como omissos os cuidados referentes à documentação completa de todos os dados necessários (60.4%). Os registos clínicos normalizados são essenciais para o assegurar da continuidade de cuidados e promoção da segurança do doente (Mota, 2021). Jesus et al. (2025) numa *scoping review* incidente nos CEO comuns entre UCI e SU revelou a documentação e a relação enfermeiro-doente como cuidados omissos.

Considerando a complexidade e vulnerabilidade inerente à PSC, reconhecida como de necessidade contínua de cuidados especializados e monitorização (OE, 2018b), importa refletir sobre a “(re)avaliação de acordo com a condição do doente” ser um CEO (51.6%) comprometendo a vigilância e revelando a urgência de atuação sobre este fenómeno. Amritzer et al. (2024) apesar de reconhecer a vigilância de acordo com o doente e monitorização de sinais vitais uma priorização no SU, com níveis relativamente baixos (cerca de 40.0%) refere serem superiores ao verificado noutros contextos menos específicos, considerando essencial a identificação de *red flags* à segurança do doente (como a alteração dos sinais vitais), num contexto onde a suscetibilidade de deterioração do estado clínico é elevada.

O ensino sobre a doença, exames e estudos diagnósticos, suporte emocional e planeamento da alta e ensino são referidos como cuidados frequentemente omissos (cerca de 60.0-80.0%). Estes cuidados capacitam e permitem ganhos para o doente/família, ganhos estes decorrentes dos cuidados de enfermagem e, como tal, sensíveis aos mesmos. Empoderar, um dos maiores atributos da enfermagem fica negligenciado.

De acordo com os dados inerentes especificamente à UCI os três cuidados mais omitidos – deambulação (79.4%), suporte emocional (74.6%) e ensino ao doente (71.2%) – são corroborados por Rodrigues num estudo realizado em 2022. AL-Mnaizel & AL-Zaru (2023) apesar de obterem um nível baixo de cuidados omissos na UCI, tal como Imam et al. (2023), que associam ao ambiente mais controlado e dotações específicas definidas, evidencia o ensino ao doente como um dos mais omitidos. Dotações seguras têm um impacto inegável, com consequências reconhecidas, sobretudo em populações mais suscetíveis, vulneráveis, realidade com que nos deparamos no contexto da PSC (Néné & Sequeira, 2022).

O SU apresentou CEO com o intervalo de menor amplitude (45.7%-88.6%) revelando-se como serviço com maior perceção de cuidados omissos conforme já apresentado. O suporte emocional continua a ser uma lacuna fundamental, estando os cuidados de monitorização da glicémia conforme planeado e de avaliação dos acessos vasculares, os menos omitidos.

Pavedahl et al. (2021) salienta os cuidados com foco no modelo biomédico nos serviços de urgência, corroborado por Martins (2022) e Coelho et al. (2023), podendo ficar a pessoa vulnerável a nível das suas necessidades educacionais, emocionais e psicológicas. Este fato pode refletir a preocupação com a manutenção da segurança imediata dos doentes, prestação de cuidados fundamentais para a manutenção da vida (Braga et al., 2018; Coelho et al., 2023). Rooddehghan et al. (2024) referem a comunicação com o doente como o cuidado mais omitido no contexto de SU sendo que, num estudo desenvolvido em internamentos cirúrgicos e SU, demonstraram poder ser uma ferramenta essencial para evitar os CEO e compreender as verdadeiras necessidades dos doentes (Avallin et al., 2020).

A deambulação foi identificada como o cuidado mais omitido numa avaliação global, e presente nos dados de ambos os contextos. Contudo, esta relevância estatística requer uma análise cautelosa. Os valores obtidos podem não demonstrar efetivamente um CEO podendo aqui os participantes ter-se deparado com uma dualidade de decisão. Não é possível avaliar, com rigor, se estamos perante um cuidado omissos ou simplesmente um cuidado considerado como não aplicável (opção não disponível na escala MISSCARE). Podendo não ser todos os cuidados aplicáveis a todos os contextos, esta pode ser vista como uma limitação da escala em uso. Amritzer et al. (2024) e Nymark et al. (2023) compartilham desta análise.

Os enfermeiros estão conscientes do processo de tomada de decisão, aquando da omissão dos cuidados, dependente das condições do doente, do próprio profissional e da unidade (Abdelhadi et al., 2020).

Apesar dos CEO dependerem do serviço onde os profissionais trabalham, no que respeita a causas para a omissão, a perceção global tende a ser comum aos três grupos da amostra (BO/UCI/SU).

Numa análise das razões para a omissão de cuidados a principal causa apontada relaciona-se com a “gravidade e fluxo de doentes” (razão moderada a significativa) e a “dotação de profissionais” (razão moderada). Loureiro (2019) evidencia as mesmas razões.

O aumento do volume de doentes, a alteração da gravidade/urgências e admissões e altas (aumentando a carga de trabalho), destacam-se como as três razões mais identificadas (74,2% a 88,1%).

Duhalde et al. (2023) referem-se ao volume de doentes, falta de pessoal e a forma como o SU (contexto alvo do seu estudo) se encontra concebido como causa de CEO, afirmando que as necessidades fundamentais do doente não são conhecidas neste contexto. Estratégias de melhoria do ambiente da prática, com cuidados centrados na pessoa, poderiam atenuar estes déficits e promover a segurança e qualidade (Jarrar et al., 2021).

A evidência revela esta tendência onde a adequação da equipa, baixas dotações, é referida como das razões mais impactantes na ocorrência dos CEO (Gurková et al., 2021; Imam et al., 2023; Monalisa et al., 2023).

Associado aos recursos laborais, Kalisch (2015) obteve correlações estatisticamente significativas com variáveis relacionadas com o número de doentes cuidados, perceção de dotação adequada e horas por doente/dia revelando-se como fortes preditores de CEO. Sardo et al. (2023), num estudo em Portugal sobre a carga de trabalho em enfermagem numa UCI, com recurso à NAS, salientou a importância do ajuste da dotação da equipa à carga e complexidade dos cuidados, por forma a não comprometer a segurança do doente. Acrescenta ainda que determinados períodos aumentam a carga de trabalho, nomeadamente, as primeiras 24 horas e procedimentos relativos à alta o que vai ao encontro de uma das razões mais evidenciadas, no estudo conduzido, dos CEO – “elevada atividade de admissão e alta”.

Alinhado também com os resultados apresentados Chiappinotto et al. (2022) sugere como pontos importantes para a mitigação destes fenómenos a adequação da equipa, a definição de estratégias para enfrentar aumentos imprevisíveis de carga de trabalho e a promoção de ambientes da prática favoráveis.

A comunicação, uma das componentes do trabalho em equipa, é referida na literatura por vários estudos por impactar a ocorrência dos CEO (Avallin et al., 2020; Kalisch, 2015;

Monalisa et al., 2023). Nos achados decorrentes da presente investigação esta surge como uma razão menor, com exceção das falhas de comunicação com a equipa médica.

A literatura associa os CEO a *outcomes* negativos para os enfermeiros, com repercussão a nível da satisfação profissional (Młynarska et al., 2020). Os resultados do estudo efetuado demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre a insatisfação profissional e a intenção de abandonar o serviço.

Na procura de preditores ao CEO, foi ajustado o modelo de regressão linear apresentado que demonstrou o “serviço” como a variável mais importante. Sendo o tipo de serviço uma característica das unidades está em concordância com o esquema apresentado por Kalisch (2015) para o MCEO, nas suas variáveis de estrutura. Contudo, sendo este um estudo correlacional, não experimental, não é possível referir relações de causa-efeito, mas apenas associações entre variáveis, podendo existir ou não a relação causal.

Os achados ainda levam a afirmar que os enfermeiros que trabalham na ilha da Madeira percecionam mais CEO, sendo que os enfermeiros com a habilitação de mestrado referem menor nível de omissão (o fato de não existir doutorados na amostra não permite avaliar a existência de um padrão relacionado com a habilitação). A este respeito a literatura evidencia uma maior perceção de CEO por enfermeiros com níveis mais elevados de especialização (habilitação profissional) (Amritzer et al., 2024; Edfeldt et al., 2024; Kalisch, 2015; Rodrigues, 2022).

Os dados revelam também uma associação entre os enfermeiros que percecionam os itens de gestão e organização como causa de CEO com a maior perceção da sua ocorrência. O papel da gestão e liderança é reconhecido na evidência científica como impactante de ambientes de prática positivos e estes menos favoráveis à ocorrência dos CEO (Diz, 2022; Ghezeljeh et al., 2021; Martins, 2022; Mota, 2021; Rahmah et al., 2022).

8. Conclusão

A importância da qualidade dos cuidados de saúde é vital para a segurança do doente onde os CEO podem ter um impacto profundo, manifestando-se como um desafio atual de difícil gestão.

O presente estudo permitiu reconhecer a existência deste fenómeno no contexto da prestação de cuidados à PSC na realidade nacional, identificar os cuidados mais e menos frequentemente omitidos e as razões percecionadas pelos enfermeiros como potenciadoras da sua ocorrência.

Revelando-se como um problema transversal aos vários contextos analisados, a prevalência e a tipologia dos cuidados omitidos mostrou ser influenciada pelo contexto da prática avaliado (tipo de unidade), o que não se verificou ao nível das razões identificadas.

Os cuidados menos omitidos relacionaram-se com a dimensão instrumental, intervenções interdependentes de enfermagem – como monitorização de sinais vitais, glicémia, cuidados de higiene e feridas –, em detrimento da dimensão de capacitação/autonomia da pessoa, mais associada à ação autónoma da enfermagem, através de cuidados de ensino e suporte emocional à pessoa/família.

Os enfermeiros reconhecem a carga de trabalho, imposta pela gravidade, fluxo e imprevisibilidade dos cuidados à PSC e as dotações de profissionais como razões à ocorrência dos CEO. O contexto de prestação de cuidados apresentou-se como fator preditor mais relevante, sendo que a gestão e organização mostraram poder ter efeitos importantes.

Como limitações deste estudo identificamos o fato da amostra ter a sobre-representação de uma região, podendo não ser representativa da população nacional (devido ao tipo de amostragem), ser um estudo transversal e com recurso a instrumentos de recolha de dados de auto-perceção e não direcionado para as especificidades de cada contexto.

Sensível às suas limitações, reconhece-se igualmente o seu contributo para o aprofundamento do conhecimento sobre os CEO em ambientes de elevada complexidade e sensibilização das equipas para esta problemática.

Com implicações para a prática, a avaliação dos CEO pode constituir-se como um indicador importante para a monitorização dos cuidados com vista à manutenção de uma cultura de segurança do doente e qualidade dos cuidados. Identificar cuidados omissos e fatores

preditores permite conhecer áreas sensíveis de atuação e delinear estratégias e programas de melhoria direcionados com vista à redução deste fenómeno, com ganhos para as pessoas, profissionais e instituições.

Como desenvolvimentos futuros revela-se importante um contínuo investimento nesta área ainda pouco trabalhada a nível nacional, nomeadamente através da consecução de estudos de outras tipologias (experimentais, longitudinais) e que não se restrinjam à perceção dos enfermeiros e/ou doentes, podendo uma triangulação metodológica conseguir uma melhor compreensão deste fenómeno tão complexo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho desenvolvido com vista à atribuição do grau de mestre em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC exigiu um desenvolvimento profissional e pessoal contínuo, na procura da prática de uma enfermagem avançada, em prol da excelência do EP.

As competências comuns e específicas do enfermeiro especialista foram passíveis de ser trabalhadas e adquiridas através dos estágios decorridos em CPC, significativos na prestação de cuidados à PSC, alvo de reflexão na primeira parte deste relatório. As oportunidades permitidas pelos mesmos, a partilha de conhecimentos com as equipas, os desafios enfrentados foram essenciais a todo o processo de crescimento, para a consecução dos objetivos pessoais definidos em cada contexto e que se consideram, no final deste percurso, como atingidos.

Seria impossível discriminar o crescimento que adveio de todo este processo, mais ele reflete-se na prática diária, pela incorporação de todo o crescimento transformador vivenciado.

No processo de reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns foram abordados temas como a vulnerabilidade e complexidade da PSC, a importância do equilíbrio entre os processos complexos vivenciados e o respeito pela pessoa/família na sua globalidade, na prossecução da humanização do cuidar, da procura incessante de responder aos PQCEE, da identificação de janelas de atuação para a melhoria do cuidar e desenvolvimento de esforços nesse sentido, pela importância do processo de gestão para promoção de ambientes positivos, a abordagem da escala de carga de trabalho de enfermagem, a autoconsciência e gestão emocional ou o *debriefing* como estratégia de crescimento e melhoria.

Relativamente às competências específicas foram ainda abordados cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos, a importância de ferramentas promotoras de boas práticas, gestão diferenciada da dor, escalas de sedação/agitação e delírio, o envolvimento da pessoa/família com vista à sua capacitação e recuperação e ainda sobre o CVC e PAI, associado à importância das IACS no contexto atual.

O envolvimento no processo de investigação, através da realização de um estudo primário, foi um desafio constante. Para além dos conhecimentos adquiridos relacionados com metodologias de investigação, a condução de todo o projeto, partilha e divulgação permitiu um crescimento inegável que não poderia ter sido alcançado sem o envolvimento e acompanhamento experienciado. Permitiu explorar o fenómeno em estudo, os CEO, compreender como se caracteriza e é afetado no contexto específico da PSC.

Exigiu dedicação, comprometimento, resiliência e capacidade crítica e de inovação.

A enfermagem precisa ser valorizada e o percurso delineado procurou alcançar ganhos efetivos através da PBE e promoção da visibilidade que ainda lhe carece de ser reconhecida nos resultados em saúde.

Não é possível crescer sozinho, crescemos uns com os outros e a partilha, mais que uma soma de saberes, permite uma multiplicação e disseminação de conhecimento com ganhos para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhadi, N., Drach-Zahavy, A., & Srulovici, E. (2020). The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 2161–2170. <https://doi.org/10.1111/jan.14387>
- Acosta, K., & Velasco, E. (2024). Use of the daily FAST HUG mnemonic technique in the care of patients in critical care units, a systematic review. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 708–708. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024708>
- ACSS. (2022, julho 27). *Circular Normativa 11/2022*. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- AL-Mnaizel, E. A. M., & AL-Zaru, I. M. (2023). The Relationship between Nursing Job Satisfaction and Missed Nursing Care in Critical Care Units. *The Open Nursing Journal*, 17(1), e187443462307200. <https://doi.org/10.2174/18744346-v17-230731-2023-73>
- Álvares, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS*. Universidade Aberta.
- Alves, F., & Sampaio, C. (2020). Monitorização em Unidade de Cuidados Intensivos. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Amritzer, M. A., Göransson, K. E., Berg, L. M., & Nymark, C. (2024). A New Perspective on Missed Nursing Care in the Emergency Department: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Emergency Nursing*, 50(3), 392–402. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.12.006>
- Apóstolo, J. (2024). A investigação em enfermagem: Notas sobre a confiança na evidência produzida. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021, julho). *Recomendação de boas práticas—Acessos vasculares centrais*. https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf
- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2091–2102. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963>
- Bahishti, A. A. (2022). The Vital Role of Research Methodology in Addressing the Research Questions. *International Journal of Methodology*, 1(1), 1–1. <https://doi.org/10.21467/ijm.1.1.2016.29>
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., & Griffiths, P. (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.ijnurstu.2017.08.004>

- Barrera Jiménez, B., Correa Jiménez, C., Ruiz Marines, L. A., Mendoza Rodríguez, M., Barrera Jiménez, B., Correa Jiménez, C., Ruiz Marines, L. A., & Mendoza Rodríguez, M. (2019). Aplicación del protocolo FAST-HUG y su asociación con la mortalidad del paciente crítico en UCI. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 33(3), 130–138.
- Barrientos-Trigo, S., Gil-García, E., Romero-Sánchez, J. M., Badanta-Romero, B., & Porcel-Gálvez, A. M. (2019). Evaluation of psychometric properties of instruments measuring nursing-sensitive outcomes: A systematic review. *International Nursing Review*, 66(2), 209–223. <https://doi.org/10.1111/inr.12495>
- Beauchamp, T., & Childress. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (eighth edition). Oxford University Press. <https://www.scribd.com/document/810529824/Principles-of-Biomedical-Ethics>
- Bemposta, M., Fernandes, S., Fernandes, A., Afonso, S., Rodrigues, P., & Magalhães, C. (2024). Ativação da via verde coronária num serviço de urgência do norte de Portugal: Um estudo descritivo. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI(Nº3-Suplemento N.º 1)*, e31282. <https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito—Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bernstein, I., & Nunnally, J. (1994). *Psychometric Theory: 3rd Edition*. McGraw-Hill.
- Blatter, C., Hamilton, P., Bachnick, S., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., & Simon, M. (2021). Strengthening transparent reporting of research on unfinished nursing CARE: The RANCARE guideline. *Research in Nursing & Health*, 44(2), 344–352. <https://doi.org/10.1002/nur.22103>
- Braga, C., Jesus, É., & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58. <https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58>
- Buetti, N., Marschall, J., Drees, M., Fakih, M. G., Hadaway, L., Maragakis, L. L., Monsees, E., Novosad, S., O’Grady, N. P., Rupp, M. E., Wolf, J., Yokoe, D., & Mermel, L. A. (2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(5), 553–569. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.87>
- Buresh, B., & Gordon, S. (2004). *Do silêncio à voz*. ariadne editora.
- Butler, J. (2021). Emotional Intelligence in Nursing Leadership: Clinical Update - ANMJ. *Clinical Update*, 27, 19–21.
- Cardoso, A., & Brito, A. (2024). Mais enfermagem na Enfermagem. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Carício, M., Sousa, M. F., José, A., Costa, L. D., Leandro, S. S., Jesus, E. A., & Mendonça, A. V. (2024). A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem? *ResearchGate*.

- https://www.researchgate.net/publication/367710818_A_educacao_emocional_pode_influenciar_na_qualidade_das_competencias_e_habilidades_da_Enfermagem
- Cartaxo, A., Dabney, B. W., Mayer, H., Eberl, I., & Gonçalves, L. (2023). External influencing factors on missed care in Austrian hospitals: Testing the theoretical antecedents of missed care using structural equation modelling. *Journal of Advanced Nursing*, 79(9), 3569–3584. <https://doi.org/10.1111/jan.15700>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Research Gaps in Patient and Healthcare Personnel Safety—Priority Research Questions to Drive Improvements* (U.S. Centers for Disease Control and Prevention).
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Chang, Y. R., Chang, S. W., Kim, D. H., Yun, J., Yun, J. H., Lee, S. W., Jo, H. C., & Choi, S. H. (2017). Quality Improvement in the Trauma Intensive Care Unit Using a Rounding Checklist: The Implementation Results. *Journal of Trauma and Injury*, 30(4), 113–119. <https://doi.org/10.20408/jti.2017.30.4.113>
- Chiappinotto, S., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P., Stemmer, R., Ströhm, C., Schubert, M., de Wolf-Linder, S., Longhini, J., & Palese, A. (2022). Antecedents of unfinished nursing care: A systematic review of the literature. *BMC Nursing*, 21(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00890-6>
- Chojil, C. H., Cabrera, P. F. A., Scarcelli, D. T., Taves, J. N., Casaril, L., Gava, L. M. L., & Souza, H. R. de. (2022). FAST HUG como metodologia de atendimento durante a Pandemia de COVID-19 / FAST HUG as a serice during the Pandemic of COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 8341–8383. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-564>
- Cincotta, D. R., Quinn, N., Grindlay, J., Sabato, S., Fauteux-Lamarre, E., Beckerman, D., Carroll, T., & Long, E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children’s emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emergency Medicine Australasia*, 33(5), 780–787. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13813>
- Coelho, M., Gaspar, F., & Cunha, M. (2023). Omissão de cuidados de enfermagem em contexto de urgência. *Servir*, 2(01e), Artigo 01e.
- Costa, A. P., Moreira, A., & Sá, P. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: Análise de dados*. UA Editora. <https://ria.ua.pt/handle/10773/30773>
- Dancey, C., & Reidy, J. (2018). *Estatística Sem Matemática para Psicologia* (7ª edição). Penso.
- Danielis, M., Palese, A., Terzoni, S., & Destrebecq, A. (2020). Family ENGagement in Intensive Care Environments (FENICE): A quasi-experimental study protocol. *Emergency Care Journal*, 16(3). <https://doi.org/10.4081/ecj.2020.8972>

- Dat, V. Q., Minh Yen, L., Thi Loan, H., Dinh Phu, V., Thien Binh, N., Geskus, R. B., Khanh Trinh, D. H., Hoang Mai, N. T., Hoan Phu, N., Huong Lan, N. P., Phuong Thuy, T., Vu Trung, N., Trung Cap, N., Tuyet Trinh, D., Thi Hoa, N., Thi Thu Van, N., Luan, V. T. T., Quynh Nhu, T. T., Bao Long, H., ... Nadjm, B. (2022). Effectiveness of Continuous Endotracheal Cuff Pressure Control for the Prevention of Ventilator-Associated Respiratory Infections: An Open-Label Randomized, Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*, 74(10), 1795–1803. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab724>
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- DGS. (2003). *Circular normativa n.º 9—A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- DGS. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- DGS. (2022a). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- DGS. (2022b). *norma 020/2015—“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- DGS. (2022c). *Plano Nacional de Saúde 2030—Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s*. DGS. <https://pns.dgs.pt/files/2024/05/PNS-2030-aprovado-em-CM-alter-capa.pdf>
- DGS. (2022d). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (Norma n.º 022/2015)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- DGS. (2022e). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação (Norma n.º 021/2015)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- DGS. (2022f). *Via Verde do Trauma no Adulto (Norma: 012/2022)*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

- Diário da República. (2015). *Lei n.º 156/2015* | DR.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Diário da República. (2020, novembro 25). *Despacho n.º 11688/2020*.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>
- Diário da República. (2022). *Despacho n.º 10901/2022* | DR.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Dias, A. (2020). Reabilitação do Doente Crítico. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Dias, M. J. (2024). Organização dos cuidados hospitalares. Em *Enfermagem Avançada* (1ª edição). Lidel.
- Dijkstra, B. M., Schoonhoven, L., & Vloet, L. C. M. (2025). Family involvement in the intensive care unit, moving to decision-making and family participation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 87, 103964. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103964>
- Diz, A. B. M. (2022). *Segurança do paciente em hospital – serviço de urgência – uma revisão sistemática*.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction To Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- DSG. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde* (007/2010). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Duff, J. P., Morse, K. J., Seelandt, J., Gross, I. T., Lydston, M., Sargeant, J., Dieckmann, P., Allen, J. A., Rudolph, J. W., & Kolbe, M. (2024). Debriefing Methods for Simulation in Healthcare: A Systematic Review. *Simulation in Healthcare*, 19(1S), S112. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000765>
- Duhalde, H., Bjuresäter, K., Karlsson, I., & Bååth, C. (2023). Missed nursing care in emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 69, 101296. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101296>
- Edfeldt, K., Nyholm, L., Jangland, E., Gunnarsson, A.-K., Fröjd, C., & Hauffman, A. (2024). Missed nursing care in surgical care— a hazard to patient safety: A quantitative study within the inCHARGE programme. *BMC Nursing*, 23, 233. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01877-1>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2022-2023*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2900/88011>
- Fávero, L., & Belfiore, P. (2017). *Manual de Análise de dados—Estatística e Modelagem Multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®*. Gen LTC.

- Ferreira, V. M. F., & Fonseca, R. N. da. (2023). Modelos de governação clínica em Portugal: Realidade hospitalar, agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 20520–20531. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-092>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: 5th edition*. SAGE Publications Ltd.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de Investigação: Da concepção à realização* (5ª edição). Lusociência.
- GEhealthcare. (2017). *Cardiac output and PiCCO technology*. https://clinicalview.gehealthcare.com/sites/default/files/17_USA_Monitoring%20Solutions%20E-PiCCO_QG_USA_JB25871US_2_Mar27.pdf
- Ghezeljeh, T. N., Gharasoflo, S., & Haghani, S. (2021). The relationship between missed nursing care and teamwork in emergency nurses: A predictive correlational study. *Nursing Practice Today*, 8(2), 103–112. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i2.5121>
- Golpazir-Sorkheh, A., Ghaderi, T., Mahmoudi, S., Moradi, K., & Jalali, A. (2022). Family-Centered Interventions and Quality of Life of Clients with Ostomy. *Nursing Research and Practice*, 2022(1), 9426560. <https://doi.org/10.1155/2022/9426560>
- Gorski, L. A., Nickel, B., Kleidon, T., Kyes, A., DeVries, M., Keogh, S., Meyer, B., Sarver, M., Crickman, R., Ong, J., Clare, S., & Hagle, M. (2024). *Infusion Therapy Standards of Practice* (9TH EDITION). Infusion Nurses Society (INS).
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho—Serviços de Urgências*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAsncias.pdf>
- Gurková, E., Bartoníčková, D., Mikšová, Z., Labudíková, M., & Chocholková, D. (2021). Reasons for unfinished nursing care from the perspective of nurses from regional and university hospitals. *Kontakt*, 23(4), 281–288. <https://doi.org/10.32725/kont.2021.026>
- Haddadin, Y., Annamaraju, P., & Regunath, H. (2025). Central Line–Associated Blood Stream Infections. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430891/>
- Hampson, D. (2020). Major incident preparedness: A curriculum and workplace necessity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00812-y>
- Heng, L. M. T., Rajasegeran, D. D., See, A. M. T., Kannusamy, P., Lim, S. H., Aloweni, F. B. A. B., & Ang, S. Y. (2023). Original Research: Nurse-Reported Missed Care and Its

- Association with Staff Demographics and the Work Environment. *AJN The American Journal of Nursing*, 123(9), 28. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000978144.33445.5b>
- Hoogendoorn, M. E., Margadant, C. C., Brinkman, S., Haringman, J. J., Spijkstra, J. J., & de Keizer, N. F. (2020). Workload scoring systems in the Intensive Care and their ability to quantify the need for nursing time: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103408. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103408>
- lii, T. R. T., Stone, E. C., Irwin, K., Overholt, A. D., Dasti, M., & Kallen, A. (2017). *2017 Updated Recommendations on the Use of Chlorhexidine-Impregnated Dressings for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*.
- Imam, A., Obiesie, S., Gathara, D., Aluvaala, J., Maina, M., & English, M. (2023). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00807-7>
- IOM. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (p. 9728). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Jarrar, M., Al-Bsheish, M., Aldhmadi, B., Albaker, W., Meri, A., Dauwed, M., & Minai, M. S. (2021). Effect of Practice Environment on Nurse Reported Quality and Patient Safety: The Mediation Role of Person-Centeredness. *Healthcare*, 9(1578).
- Jesus, F., Coutinho, M., Afonso, T., & Pontífice-Sousa, P. (2025). Missed nursing care common to emergency and intensive care settings: Scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 26, Artigo 26. <https://doi.org/10.29352/mill0226.38886>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. (2015). *Errors of omission—How missed nursing care imperials patients*. American Nurses Association.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Kam, A. J., Gonsalves, C. L., Nordlund, S. V., Hale, S. J., Twiss, J., Cupido, C., Brar, M., & Parker, M. J. (2022). Implementation and facilitation of post-resuscitation debriefing: A comparative crossover study of two post-resuscitation debriefing frameworks. *BMC Emerg Med*. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00707-4>

- Keiser, N. L., & Arthur Jr., W. (2021). A meta-analysis of the effectiveness of the after-action review (or debrief) and factors that influence its effectiveness. *Journal of Applied Psychology, 106*(7), 1007–1032. <https://doi.org/10.1037/apl0000821>
- Kerbage, S. H., Garvey, L., Lambert, G. W., & Willetts, G. (2021). Pain assessment of the adult sedated and ventilated patients in the intensive care setting: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies, 122*, 104044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104044>
- Kim, K.-J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research, 12*(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 43*(6), 687–713. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.88>
- Lange, S., & Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2024). Promoting Family Involvement in the Management of Delirium in Intensive Care: Scoping Review. *Medicina, 60*(12), Artigo 12. <https://doi.org/10.3390/medicina60121934>
- Liang, S. Y., Riethman, M., & Fox, J. (2018). Infection Prevention for the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America, 36*(4), 873–887. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>
- Lindroth, H., Liu, K., Szalacha, L., Ashkenazy, S., Bellelli, G., Van Den Boogaard, M., Caplan, G., Chung, C. R., Elhadi, M., Gurjar, M., Heras-La-Calle, G., Hoffman, M., Jeitziner, M.-M., Krewulak, K., Mailhot, T., Morandi, A., Nawa, R. K., Oh, E. S., Collet, M. O., ... For the WDAD Study Team. (2024). World delirium awareness and quality survey in 2023—A worldwide point prevalence study. *Age and Ageing, 53*(11), afae248. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae248>
- Lobão, C., Sousa, J. P., & Gonçalves, R. (2024). Dos dados à tomada de decisão do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Loureiro, A. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados* [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lu, X., Zhai, H., Dong, Y., Su, F., Xie, Y., Wang, Y., Wang, L., Li, J., & Xu, P. (2022). Therapeutic Effect and Prognosis of PiCCO in the Treatment of Myocardial Injury Complicated with Septic Shock. *Computational and Mathematical Methods in Medicine, 2022*, 2910849. <https://doi.org/10.1155/2022/2910849>
- Mabasa, V. H., Malyuk, D. L., Weatherby, E.-M., & Chan, A. (2011). A Standardized, Structured Approach to Identifying Drug-Related Problems in the Intensive Care Unit: FASTHUG-MAIDENS. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 64*(5), 366–369.

- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir, 01*, Artigo 01. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Malacas, M. S., Martins, D. P. M. O., & Santiago, M. D. dos S. (2024). CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UMA SCOPING REVIEW. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10*(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13390>
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2020). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy, 21*(1), e12257. <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijckstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. *International Journal of Nursing Studies, 113*, 103780. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103780>
- Marjanovic, N., Boisson, M., Asehnoune, K., Foucrier, A., Lasocki, S., Ichai, C., Leone, M., Pottecher, J., Lefrant, J.-Y., Falcon, D., Veber, B., Chabanne, R., Drevet, C.-M., Pili-Floury, S., Dahyot-Fizelier, C., Kerforne, T., Seguin, S., de Keizer, J., Frasca, D., ... AGATE Study Group. (2021). Continuous Pneumatic Regulation of Tracheal Cuff Pressure to Decrease Ventilator-associated Pneumonia in Trauma Patients Who Were Mechanically Ventilated: The AGATE Multicenter Randomized Controlled Study. *Chest, 160*(2), 499–508. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.007>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics: 8ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare, 10*(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Martins, C. (2022). *Perceção dos enfermeiros sobre cuidados omissos em contexto de urgência* [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Martins, H., Sameiro, M., & Cunha, S. (2024). Indicadores de resultado. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Máximo, M., & Puga, A. (2021). Gestão da Sedação em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 30*(4), 157.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. <https://pt.scribd.com/document/708916777/afafimeleislivro>
- Melo, P. (2024). A intencionalidade na ação: Do cuidado à promoção da autonomia e ao empoderamento. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.

- Mendonça, H., Santos, M., Gomes, V., Matos, S., Soares, C., & Guerreiro, A. (2024). Gestão de caso: Um modelo para a prestação de cuidados. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Miguel, P., & Mendes, F. (2020). Ventilação mecânica. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Młynarska, A., Krawuczka, A., Kolarczyk, E., & Uchmanowicz, I. (2020). Rationing of Nursing Care in Intensive Care Units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), Artigo 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196944>
- Monalisa, M., Syukri, M., Yellyanda, Y., & Eliezer T, B. (2023). Factors Involved in Missed Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 9(2), 89–102. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.9.2.418>
- Monte, R. (2020). Sedação e Analgesia no Doente Crítico. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Morales, E., Nieto, O., Tomas, E., Mendonza, D., Barquera, G., & Serna, A. (2023). Administering Care to Critically Ill Patients with FAST HUGS IN BED PLEASE - Revisited Mnemonic. *UCI - Management & Practice*, 23, 207–212.
- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: Contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* [Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM - Teoria e Prática*. LIDEL.
- Neves, T. M. A. (2020). *Dotações Seguras e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Estudo em Contexto Hospitalar* [doctoralThesis, 00500::Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/95319>
- Nobahar, M., Ameri, M., & Goli, S. (2023). The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y>
- Nogueira, J. (2022). *IACS: Efetividade da Estratégia Nacional de Prevenção e Controlo* [Mestrado Integrado de Medicina]. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/102533/1/Tese%20MIM%20-%20Jo%C3%A3o%20Gon%C3%A7alves%20Nogueira.pdf>
- Nunes, L. (2024a). Autonomia e tomada de decisão em enfermagem. Em *Enfermagem Avançada* (1ª edição). Lidel.
- Nunes, L. (2024b). Tomada de decisão ética. Em *Enfermagem Avançada* (1ª edição). Lidel.
- Nuñez, D., Gouveia, J., Almeida e Sousa, J. P., Paiva, J. A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência—Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>
- Nymark, C., Falk, A., Von Vogelsang, A., & Göransson, K. E. (2023). Differences between Registered Nurses and nurse assistants around missed nursing care—An observational,

- comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), 1028–1037. <https://doi.org/10.1111/scs.13175>
- OE. (2015a, junho 26). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2ª série. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- OE. (2015b, agosto). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2015c, outubro). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2018a, julho). *Parecer nº15/2018*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- OE. (2018b, julho 16). *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*. Diário da República, 2ª série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%AAncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%AAncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- OE. (2019a). *Caracterização dos SU da SRC - «Conhecer para Intervir»*. Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- OE. (2019b, fevereiro 6). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2019c, setembro 25). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2ª série. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- OE. (2021, outubro 19). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE. (2024). *Anuário Estatístico 2024*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C. de, Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. de A. L. M. da, Vattimo, M. de F. F., Kimura, M., Grossi, S. A. A., Silva, M. C. M. da, Cruz, V. F., & Ducci, A.

- J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 229–233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017, fevereiro). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência—Medicina Intensiva*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNR_Medicina-Intensiva.pdf
- Paulino, M. C., Pereira, I. J., Costa, V., Neves, A., Santos, A., Teixeira, C. M., Coimbra, I., Fernandes, P., Bernardo, R., Póvoa, P., & Granja, C. (2022). Sedation, analgesia, and delirium management in Portugal: A survey and point prevalence study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(2), 227–236. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220020-en>
- Pavedahl, V., Holmström, I. K., Summer Meranius, M., von Thiele Schwarz, U., & Muntlin, Å. (2021). Fundamentals of care in the emergency room—An ethnographic observational study. *International Emergency Nursing*, 58, 101050. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101050>
- Penedo, J. M., Ribeiro, A. A., Lopes, H. do A., Pimentel, J. M., Pedrosa, J. A., Sá, R. A., & Moreno, R. P. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Peters, D. M., Jarrell, K. L., Johnson, M. R., & Brophy, G. M. (2023). Is a FASTHUG enough? Going beyond mnemonics for the next generation of pharmacy learners. *JACCP: JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY*, 6(5), 512–520. <https://doi.org/10.1002/jac5.1785>
- Pinho, J. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pinsky, M. R., Cecconi, M., Chew, M. S., De Backer, D., Douglas, I., Edwards, M., Hamzaoui, O., Hernandez, G., Martin, G., Monnet, X., Saugel, B., Scheeren, T. W. L., Teboul, J.-L., & Vincent, J.-L. (2022). Effective hemodynamic monitoring. *Critical Care*, 26(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04173-z>

- Pocinho, M., & Matos, F. (2022). *Metodologias de Pesquisa e de Investigação: Qualitativa, quantitativa, quantiqualitativa, qualiquantitativa e revisões sistemáticas*. <https://www.researchgate.net/publication/360061984>
- Pollard, J., Agnew, E., Pearce-Smith, N., Pouwels, K. B., Salant, N., Robotham, J. V., & the REVERSE Consortium. (2025). Umbrella review of economic evaluations of interventions for the prevention and management of healthcare-associated infections in adult hospital patients. *Journal of Hospital Infection*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2025.01.006>
- Prata, A., Morais, E., & Santos, M. (2024). O valor económico dos cuidados de saúde. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- 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), Artigo F. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9719>
- Rasheed, A. M., Amirah, M. F., Abdallah, M., P J, P., Issa, M., & Alharthy, A. (2019). Ramsay Sedation Scale and Richmond Agitation Sedation Scale: A Cross-sectional Study. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 38(2), 90–95. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000346>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., Teles, P. J. F. C., Trindade, L. de L., Silva, J. M. A. V. da, Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., Teles, P. J. F. C., Trindade, L. de L., & Silva, J. M. A. V. da. (2020). ATIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE CONTRIBUEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DA ESCALA. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36432>
- Rice, S., Carr, K., Sobiesuo, P., Shabaninejad, H., Orozco-Leal, G., Kontogiannis, V., Marshall, C., Pearson, F., Moradi, N., O’Connor, N., Stoniute, A., Richmond, C., Craig, D., Allegranzi, B., & Cassini, A. (2023). Economic evaluations of interventions to prevent and control health-care-associated infections: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(7), e228–e239. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00877-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00877-5)
- Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Rodrigues, A. (2022). *Cuidados de enfermagem omissos: Perceção dos enfermeiros em cuidados intensivos* [Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica]. Escola Superior de Saúde de Viseu.

- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. E. (2025). Medical Error Reduction and Prevention. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rooddehghan, Z., Karimi, H., Mohammadnejad, E., Sayadi, L., Haghani, S., & Karimi, R. (2024). Missed nursing care in emergency departments: A cross-sectional descriptive study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-00936-9>
- Sá, P., Costa, A. P., & Moreira, A. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: Recolha de dados*. UA Editora. <https://ria.ua.pt/handle/10773/30772>
- Saavedra Bravo, M. A., Santos, G. C. S. D., Petenate, A. J., Westphal, P. J., Souza, L. G. de A., Marques, R. G., Morosov, E. D. M., Gushken, A. K. F., Franco, F. F., Silva, W. G., de Moura, R. M., de Lima, A. L., dos Santos, R. G., Andrade, K. de C., Hamada, A. P. S., Cristalda, C. M. R., Ue, L. Y., de Barros, C. G., Vernal, S., & on behalf of the Saúde em Nossas Mãos collaborative study group. (2023). Adapting lean management to prevent healthcare-associated infections: A low-cost strategy involving Kamishibai cards to sustain bundles' compliance. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(4), mzad100. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad100>
- Sabino, P. (2022). Influência Das Dotações Seguras De Enfermeiros Na Segurança Dos Cuidados Prestados Ao Paciente Internado: Uma Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. https://www.academia.edu/100679778/Influ%C3%Aancia_Das_Dota%C3%A7%C3%B5es_Seguras_De_Enfermeiros_Na_Seguran%C3%A7a_Dos_Cuidados_Prestados_Ao_Paciente_Internado_Uma_Revis%C3%A3o_Sistem%C3%A1tica
- Sales, L., & Pestana, H. (2024). Desenvolvimento de sistemas de qualidade e segurança. Em *Enfermagem Avançada* (1ª edição). Lidel.
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 288–297. <https://doi.org/10.1111/nicc.12854>
- Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions—A Narrative Review. *Healthcare*, 10(9), 1625. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>
- Sasaki, J., Shiino, Y., Kato, Y., Kudo, D., Fujita, M., Miyairi, I., Mochizuki, T., Okuda, H., Nagato, T., Nabetani, Y., & Takahashi, T. (2020). Checklist for infection control in the emergency department. *Acute Medicine & Surgery*, 7(1), e540. <https://doi.org/10.1002/ams2.540>

- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), 698–712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Seelandt, J. C., Walker, K., & Kolbe, M. (2021). "A debriefer must be neutral" and other debriefing myths: A systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00161-5>
- Seo, D., Heo, I., Moon, J., Kwon, J., Huh, Y., Kang, B., Song, S., Kim, S., & Jung, K. (2024). Impact of a Rounding Checklist Implementation in the Trauma Intensive Care Unit on Clinical Outcomes. *Healthcare*, 12(9), 871. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090871>
- Shea, G., Smith, W., Koffarnus, K., Knobloch, M. J., & Safdar, N. (2019). Kamishibai cards to sustain evidence-based practices to reduce healthcare-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 47(4), 358–365. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.004>
- SNS. (2023). *SNS Cardiologia—Rede de Referência de Hospitalar de Cardiologia 2023*. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/01.-Cardiologia_06032024.pdf
- SNS. (2024, março 27). *Plano de Ação Humanização dos Cuidados de Saúde*. SNS. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf
- Sochalski, J. (2004). Is More Better?: The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*, 42(2), II. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa>
- Soeima, S. J. F. (2021). *Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica* [masterThesis]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/76209>
- Soliman, S., & Eldeep, N. (2020). The Relationship among Workload, Teamwork, and Missed Nursing Care at Intensive Care Units. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(3), 603–611. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2020.163259>
- Sousa, P. M. R. (2023). *O USO DO DEBRIEFING APÓS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA*.
- Sousa, P., & Oliveira, F. (2024). *A enfermagem no ambiente dos sistemas de informação em saúde*. Lidel.
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a

- Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- SPMS. (2024). *Monitorização do SNS*. SNS. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-dos-sns/servicos-de-urgencia/>
- Stockemer, D., & Bordeleau, J.-N. (2023). *Quantitative Methods for the Social Sciences: A Practical Introduction with Examples in SPSS and Stata*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-99118-4>
- Teixeira, A., Nogueira, A., & Alves, P. (2020). Empoderamento Profissional em Enfermagem. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Teixeira, S. L., Azevedo Moutinho, P. F., Catarina Pereira Pinto, A., & da Mota, L. A. N. (2024). Level of emotional intelligence in medical-surgical nursing specialist nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(3), 1158–1165. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0014>
- UIE/ACSS. (2024). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- UIE/DRS/ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Veiga, M. A. R. (2024). Competência emocional—Indicador sensível de qualidade dos cuidados. Em *Enfermagem Avançada*. Lidel.
- Vieira, C., Dias, M., Costa, A., Silva, Â., & Lima, R. (2020). Delirium: Uma Problemática atual. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Vilela, C., Lima, A., & Martins, M. M. (2024). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em *Enfermagem Avançada* (1ª edição). Lidel.
- Vincelette, C., Thivierge-Southidara, M., & Rochefort, C. M. (2019). Conceptual and methodological challenges of studies examining the determinants and outcomes of omitted nursing care: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 100, 103403. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103403>
- Vincent, J.-L. (2005). Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Critical Care Medicine*, 33(6), 1225–1229. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000165962.16682.46>
- Wang, B., Cai, L., Lin, B., He, Q., & Ding, X. (2022). Effect of Pulse Indicator Continuous Cardiac Output Monitoring on Septic Shock Patients: A Meta-Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 8604322. <https://doi.org/10.1155/2022/8604322>

- WHO. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade Dos Cuidados de Saúde: Uma Abordagem Prática para Formular Políticas e Estratégias Destinadas a Melhorar a Qualidade Dos Cuidados de Saúde* (1st ed). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care* (1st ed). World Health Organization.
- WHO. (2024a). *Global patient safety report 2024*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2024b). *Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels: Practical handbook*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/251730>
- Zeleníková, R., Jarošová, D., Plevová, I., & Janíková, E. (2020). Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113805>

APÊNDICES

**APÊNDICE I: MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR
TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR ATRAVÉS DE SENSOR
PICCO®**

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR ATRAVÉS DE SENSOR PiCCO®

Abreviaturas

CVC – Cateter Venoso central

PVC – Pressão Venosa Central

Enquadramento

O tratamento ótimo da pessoa em situação crítica exige uma monitorização adequada, precisa e contínua dos parâmetros clínicos para possibilitar o diagnóstico e facilitar o planeamento adequado de cuidados (Hofkens et al, 2015).

O débito cardíaco é um parâmetro chave acerca do fornecimento de oxigénio (Saugel et al., 2021), fundamental na avaliação da função cardíaca e a sua monitorização visa manter e otimizar esta na procura de uma adequada perfusão tecidual (Vivas et al., 2008).

A monitorização hemodinâmica através de sensor PiCCO®, é um tipo de monitorização invasiva que avalia o débito cardíaco combinando duas técnicas: a termodiluição transpulmonar (avaliação intermitente do débito cardíaco) e a análise de ondas de pulso, a análise contínua das ondas de pressão arterial (débito cardíaco contínuo), após calibração pela técnica de termodiluição (Getinge, 2023).

Para a monitorização por termodiluição transpulmonar é necessário um cateter venoso central e um cateter PiCCO®, inserido a nível da artéria, preferencialmente femoral (podendo ser radial, axilar ou braquial). Este cateter, de diferentes calibres, é um cateter de termodiluição arterial constituído por 2 lúmens (lúmen de pressão e o lúmen do termistor).

A calibração do sistema é realizada recorrendo à técnica de termodiluição transpulmonar: injeção de solução salina gelada (< 8º) em cateter venoso central e leitura em artéria principal onde é colocado cateter com termistor integrado (Kobe et al., 2019). Após calibração o sistema avalia o contorno das ondas de pulso e calcula o débito cardíaco contínuo. A qualidade da curva de pressão arterial é preponderante.

Esta monitorização, adicionalmente ao débito cardíaco, mede outros parâmetros essenciais para conhecer o status hemodinâmico da pessoa nomeadamente pré-carga, pós-carga, contratilidade e fluidos pulmonares e extrapulmonares (GEhealthcare, 2017).

Os dados de qualquer monitorização ganham valor quando analisados criticamente. É essencial a formação das equipas (enfermagem e médica) para a implementação da técnica adequada à obtenção de dados fidedignos, prevenção de complicações inerentes à mesma e interpretação da informação que pode ser obtida (Hofkens, 2015).

Objetivos

- Uniformizar práticas na monitorização por Termodiluição transpulmonar: na colocação da técnica, manutenção e avaliação hemodinâmica e na suspensão e remoção;
- Fomentar práticas seguras e cuidados de qualidade baseados na evidência.

Procedimentos de Enfermagem na monitorização hemodinâmica com recurso ao sensor PiCCO®

Colocação da monitorização hemodinâmica com recurso ao sensor PiCCO®

O recurso a este modo de monitorização implica a existência de um cateter venoso central (CVC) e um cateter arterial, técnicas que devem seguir a norma da instituição para colocação. Na grande maioria das vezes, nos doentes internados, o CVC já está colocado, sendo necessário ter a via distal disponível ou apenas com rampa para possibilitar a avaliação da pressão venosa central (PVC). Para a linha arterial é necessário a colocação de um cateter PiCCO®.

1. Material necessário

- Cateter PiCCO® e Kit de monitorização PiCCO® (sensor de temperatura de injeção) (figura 1 e 2);
- Módulo integrado do Débito Cardíaco para monitor (figura 3);



Figura 1 – Cateter PiCCO®



Figura 2 – Kit de Monitorização PiCCO®

- Cabos de monitorização
 - Cabo de interface da temperatura (para conexão com o cabo sensor de temperatura do injetável e com o cateter PiCCO®)
 - Cabo de transferência de pressão para transdutor da linha arterial
 - Cabo individual de transferência do sinal da linha arterial para monitor



Figura 3 – Módulo de débito cardíaco



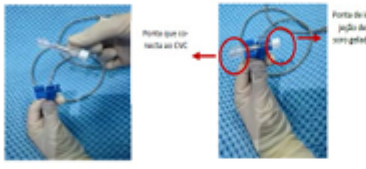
Figura 4 – Cabos de monitorização

- Material para colocação de CVC, se ainda não colocado, e linha arterial consoante recomendações das normas da instituição

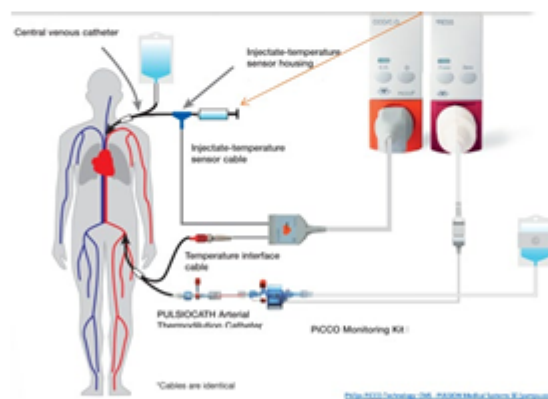
2. Procedimento

- Garantir a presença de soro fisiológico no frigorífico (100 ml) – necessário para calibração e recalibração de pontos hemodinâmicos;
- Conectar o módulo do débito cardíaco no monitor e o cabo de transferência da linha arterial para o monitor;
- Posicionar o doente adequadamente, se condição permitir em decúbito dorsal. No caso da punção da artéria femoral com extensão e ligeira rotação externa do membro inferior;
- Avaliar conforto do doente e gerir sedoanalgesia conforme prescrição médica;
- Conectar o cabo de transferência de pressão para transdutor de linha arterial na conexão do monitor (cor vermelho-escuro);
- Conectar o cabo de interface da temperatura no monitor (cor laranja);
- Realizar tricotomia no local da punção, se necessário;
- Desinfetar o local com clorhexidina em álcool a 2%;
- Colaborar com o médico na colocação dos cateteres necessários (arterial e/ou venoso central);

CVC	Cateter arterial (cateter PiCCO®)
- Conectar o suporte para sensor de temperatura do injetável ao cabo de interface de temperatura conectado ao módulo do débito cardíaco;	- Adaptar o cabo de transferência de pressão da linha arterial ao transdutor de pressão presente no kit de monitorização PiCCO® que deve estar adaptado ao cateter PiCCO®;

<ul style="list-style-type: none">- Adaptar o sensor de temperatura no suporte deste e conectá-lo ao lúmen distal do CVC;- Verificar a permeabilidade do CVC, nomeadamente da via distal (necessária para avaliação da PVC); 	<ul style="list-style-type: none">- Adaptar o cabo de interface de temperatura ao lúmen do termistor do cateter arterial;
---	---

- Após colocação, realizar a calibração do sistema de pressão invasiva e linha arterial (zerar ambos os sistemas), garantindo a colocação correta do transdutor a nível da região axilar média;
- Documentar no sistema informático os procedimentos realizados.



Nota: São precisos 2 kits de monitorização PiCCO® para se obterem 2 transdutores (PVC e Linha arterial). Na existência de apenas 1 kit de PiCCO® pode ser usado um kit transdutor de pressão invasiva (para colocar na PVC) mas o dado da mesma terá de ser manualmente inserido no monitor para os cálculos do débito cardíaco.

Manutenção e avaliação hemodinâmica

Prévio à calibração devem ser introduzidos os dados do doente no monitor nomeadamente idade, altura, peso.

1. Garantir a segurança do doente
 - Assegurar as precauções básicas de controlo de infeção;
 - Despiste de sinais de instabilidade e/ou complicações (sinais inflamatórios a nível dos cateteres, compromisso circulatório);
 - Manutenção dos cateteres e realização de cuidados ao penso conforme indicações da instituição.
2. Manter a integridade do sistema
 - Assegurar que os cabos se encontram livres, sem estarem repuxados ou a marcar o doente;
 - Manter a correta insuflação das mangas de pressão
3. Calibrar ponto hemodinâmico (por termodiluição transpulmonar) – ação a ser executada inicialmente, a cada 8 horas e sempre que o estado volémico do doente se altere
 - Posicionar o doente em decúbito dorsal;
 - Fazer o zero do sistema (PVC);
 - Avaliar a PVC e registar caso este dado não esteja a passar de forma automática para os parâmetros do Débito Cardíaco;
 - Preparar 15 ml de soro fisiológico (ou outra dosagem se especificada) gelado – 3 bólus no mínimo para as medições;
 - Conectar a seringa no CVC, lúmen distal, e em sincronia com as indicações do monitor injetar o bólus de forma contínua e rápida (<4 segundos);
 - Repetir esta ação no mínimo 3 vezes, havendo uma alteração significativa 10% - 15% serão necessárias mais repetições.

Remoção da monitorização por sensor PiCCO®

- Desconectar todos os cabos relacionados com a monitorização com recurso ao sensor PiCCO®;
- Remover o penso do cateter PiCCO® e desinfetar com clorexidina a 2%;
- Remover pontos da sutura e o cateter PiCCO®;
- Fazer compressão manual contínua sobre o local de onde foi removido o cateter;

- Realizar penso compressivo;
- Vigiar características do penso;
- Documentar no sistema os eventos e procedimentos efetuados.

Referências Bibliográficas

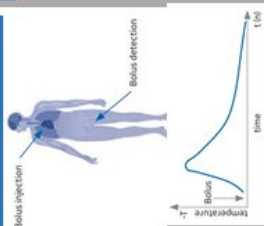
- GEhealthcare. (2017). *Cardiac output and PiCCO technology*.
https://clinicalview.gehealthcare.com/sites/default/files/17_USA_Monitoring%20Solutions%20E-PiCCO_QG_USA_JB25871US_2_Mar27.pdf
- Getinge. (2023). *PiCCO*. <https://www.getinge.com/br/produtos/picco/>
- Kobe, J., Mishra, N., Arya, V. K., Al-Moustadi, W., Nates, W., & Kumar, B. (2019). Cardiac Output Monitoring: Technology and Choice. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 6–17.
https://doi.org/10.4103/aca.ACA_41_18
- Saugel, B., Kouz, K., Scheeren, T. W. L., Greiwe, G., Hoppe, P., Romagnoli, S., & De Backer, D. (2021). Cardiac output estimation using pulse wave analysis—physiology, algorithms, and technologies: A narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1), 67–76.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.09.049>
- Vivas, M., Sánchez, S., Rodríguez, P., Obregón, S., Rosado, G., & García, B. (2008). Monitorización hemodinámica: Sistema PiCCO®. *Enferm Intensiva*, 132–140.

**APÊNDICE II: GUIA DE CONSULTA RÁPIDA SOBRE MONITORIZAÇÃO
HEMODINÂMICA POR TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR -
TECNOLOGIA PICCO®**

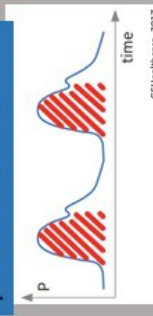
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA POR TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR Tecnologia PiCCO®

A tecnologia PiCCO permite a **monitorização contínua do Débito Cardíaco (CO)**, através da combinação de 2 técnicas

Termodiluição transpulmonar



Análise da onda de pressão arterial

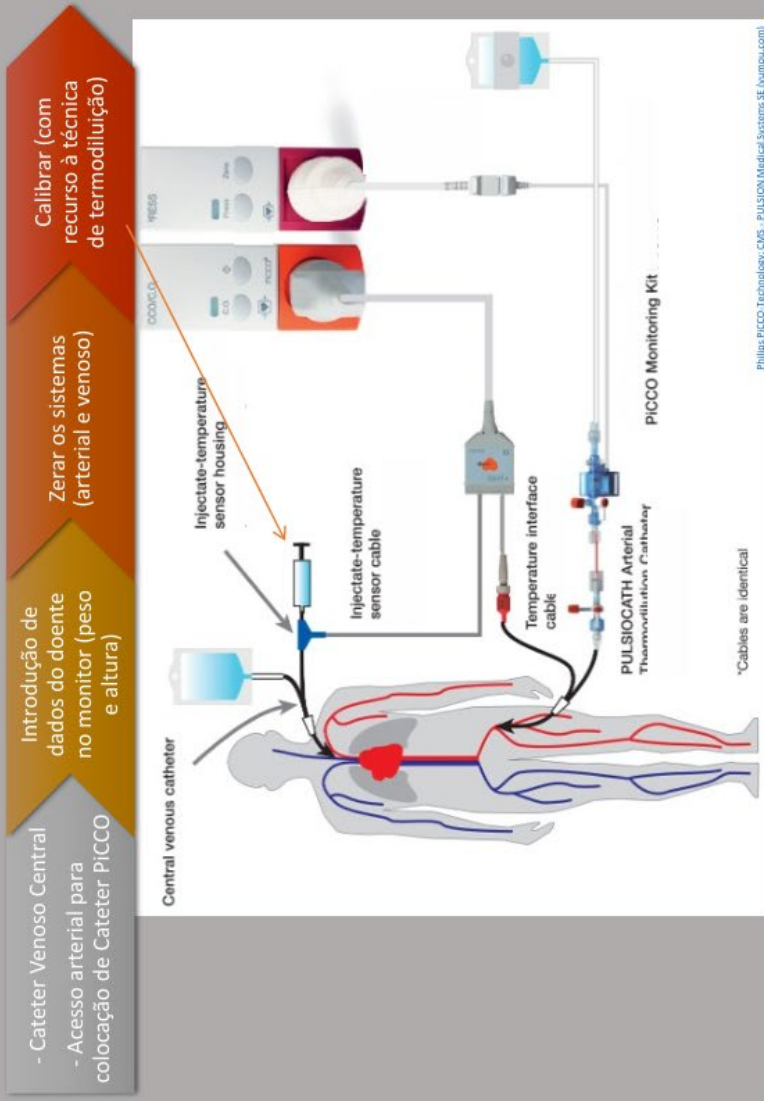


$$DC = VS \times FC$$

Calibração e Pontos hemodinâmicos

8/8h e quando alteração do estado volémico do doente

- Solução salina gelada (<8º)
- 15 cc ou de acordo com peso corporal
- Mínimo de 3 bólus, sincronizado com monitor



Phillips PiCCO Technology, CO2, PULSION Medical Systems SE, Germany.com

3º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Ana Cláudia Reis Mota

APÊNDICE III: PÓSTER “CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”



CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Elisabete Costa* Cláudia Mota* Catarina Pinto**

*Mestrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na ESEHorteCVE e-mail: elisabete costa@fmed.ucp.pt
 **Mestrada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na ESEHorteCVR e-mail: acatastora@fmed.ucp.pt
 ***Professora Adjunta Convidada na ESEHorteCVE e-mail: carapinto@fmed.ucp.pt

INTRODUÇÃO

Cabe ao enfermeiro o compromisso e a responsabilidade de incluir as famílias nos cuidados de saúde mesmo num ambiente tão intenso como as UCI (Unidades de Cuidados Intensivos), pois o significado que a família dá ao bem-estar e à saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem.⁽¹⁾

A Teoria das Transições de Meleis assume-se cada vez mais pertinente na atual realidade dos cuidados de saúde na medida em que, a pessoa que vive o processo de transição saúde-doença necessita de adquirir novos conhecimentos, alterar comportamentos que proporcionem a mudança, com o objetivo de atingir a adaptação.⁽²⁾

A intervenção centrada na família tem resultados benéficos para a pessoa que vive com estoma com impacto positivo na qualidade de vida constituindo-se uma intervenção terapêutica que pode ser desenvolvida em diferentes campos de atuação.⁽³⁾

A pessoa em situação crítica está numa condição de dependência do outro, por isso, o modelo de cuidados centrado na família encontra espaço no contexto das UCI, na prática de uma enfermagem avançada que procura cuidados holísticos, com respeito pelas necessidades e valores da família, que se deseja um facilitador da recuperação da pessoa.^(4,5)

As guidelines sugerem a educação da família, com recurso a programas de educação que demonstram efeitos positivos ao nível da redução de ansiedade, stress e aumento da satisfação da família com os cuidados.⁽⁵⁾

PALAVRAS-CHAVE

Ostomy, ostomy care, family-centered care, critical care nursing, intensive care units.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Que evidência existe sobre as vantagens de iniciar o processo de capacitação da família sobre os cuidados ao estoma da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos?

OBJETIVO

Mapear a evidência científica sobre a capacitação da família da pessoa em situação crítica com estoma internada em unidades de cuidados intensivos.

METODOLOGIA

Scoping Review segundo a metodologia JBI.⁽⁶⁾ Este protocolo encontra-se registado na Open Science Framework, com o DOI [10.17605/OSF.IO/EUVRW](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EUVRW).

Fig.1 – População, Contexto e Conteúdo.

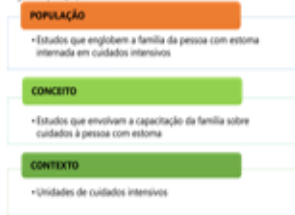
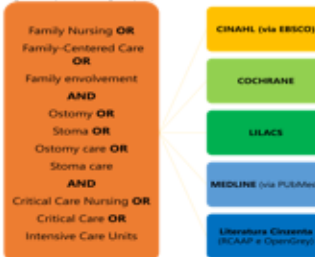


Fig.2 – Exemplo de estratégia de pesquisa e bases de dados.



A estratégia de pesquisa será adequada às bases/repositórios propostos. Serão incluídos estudos em português, inglês, francês e espanhol, sem limitação temporal. A análise de relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes, recorrendo a um terceiro revisor, em caso de conflito.

RESULTADOS

O mapeamento da evidência permitirá identificar em que nível se encontra a investigação sobre este tema. Os resultados serão apresentados de forma descritiva, com recurso a tabelas, tendo em conta o objetivo e o foco da scoping review.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Espera-se que esta scoping review permita a análise dos estudos referentes aos cuidados de enfermagem centrados na família da pessoa em situação crítica com estoma. A pesquisa irá fomentar a reflexão sobre as práticas, com o objetivo de promover uma transição de saúde eficaz para a vida com estoma, com o objetivo de atingir uma qualidade de vida satisfatória para a pessoa e família.

A pessoa em situação crítica com necessidade de analgesia, não consegue iniciar este processo de transição. Incluir a família na abordagem surge como a estratégia de eleição para promover o suporte que a pessoa com estoma necessitará, assim que tiver condições para tomar consciência da sua nova condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CONGRESSO NACIONAL DE ESTOMATERAPIA 2024

**APÊNDICE IV: PÓSTER “GESTÃO DOS CUIDADOS COM O
CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC)”**

**APÊNDICE V: PÓSTER “CUIDADOS DE ENFERMAGEM
OMISSOS NO CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO”**

II JORNADA DE INTELIGÊNCIAS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO CONTEXTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Cláudia Mota* Catarina Pinto**

*Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem a Pessoa em Situação Crítica da ESS NurCUP, e-mail: claudiamota@umal.com

**Professora Adjunta na ESS NurCUP, e-mail: catarinapinto@umal.com

Introdução

Os Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO) são os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos, não realizados (parcial ou totalmente) ou consecutivamente adiados na prática diária⁽¹⁾. Correspondem a erros de omissão, com implicações na qualidade dos cuidados e segurança do doente⁽²⁾. A investigação comprova a ocorrência deste fenómeno, com prevalência de 55-98% e a associação a resultados negativos para os doentes, enfermeiros e organizações^(1,2). Transversais aos vários contextos de saúde, a literatura defende que devem ser entendidos como um problema internacional e multidimensional⁽¹⁾. A monitorização dos CEO pode atuar como um indicador de qualidade de cuidados, um indicador de alarme de alto risco de resultados desfavoráveis, podendo atuar como "red flags".

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) encontra-se em situação de grande vulnerabilidade exigindo cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua para prevenir complicações⁽³⁾. A especificidade do ambiente de cuidados em que se insere, caracterizado pela complexidade e multiterfias pode torná-lo mais suscetível à ocorrência de CEO⁽³⁾.

Quais os CEO identificados pelos enfermeiros a exercer funções em Portugal no contexto de cuidados à PSC?

Objetivos

- Identificar os CEO percebidos pelos enfermeiros no contexto de cuidados a Pessoa em Situação Crítica;
- Descrever os fatores que predizem a ocorrência dos CEO.

Palavras-chave

Cuidados de Enfermagem Omissos; Segurança do Paciente; Enfermagem de Cuidados Críticos; Qualidade dos Cuidados de Saúde

Resultados esperados

- Identificar os CEO percebidos pelos enfermeiros no contexto de cuidados à Pessoa em Situação Crítica
- Descrever os fatores que predizem a sua ocorrência.
- Sensibilizar para os CEO
- Fomentar ambientes de prática que promovam uma cultura de notificação de risco/ erro e de segurança.

Potenciais implicações para a prática

A identificação dos CEO e dos seus fatores preditivos no ambiente de prática de cuidados à PSC, permitirá reconhecer a existência deste fenómeno e fragilidades potenciadoras. Neste sentido, será possível desenvolver e implementar programas de monitorização e melhoria, e delinear estratégias mais eficientes de forma a reduzir este fenómeno, o que acarretará resultados positivos na qualidade dos cuidados e segurança do doente e ainda ganhos para os profissionais, organizações e para a enfermagem em geral.

Referências Bibliográficas

APÊNDICE VI: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Perceção dos Enfermeiros sobre Cuidados de Enfermagem Omissos no contexto da Pessoa em Situação Crítica

Exma Srª Enfermeira / Exmo Srº Enfermeiro

Cara/o Colega

O meu nome é Ana Cláudia Mota e estou a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, subordinado ao tema "Perceção dos Enfermeiros sobre Cuidados de Enfermagem Omissos no contexto da Pessoa em Situação Crítica", sob orientação da Professora Adjunta Convidada Catarina Pinto.

Os Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO) referem-se aos cuidados necessários mas não realizados (total ou parcialmente) ou adiados, correspondendo a um erro de omissão (Kalisch, 2015). Na procura do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem com vista à promoção da qualidade dos cuidados e segurança do doente são objetivos do estudo: identificar os CEO percecionados pelos enfermeiros no contexto da Pessoa em Situação Crítica; descrever os fatores que predizem a ocorrência dos CEO.

Venho solicitar a sua colaboração através do preenchimento de uma escala - MISSCARE-PT (Loureiro, 2019) que avalia o tipo e frequência dos cuidados omissos e os fatores relacionados.

Convidam-se, para tal, os enfermeiros a exercer funções em Portugal no contexto da Pessoa em Situação Crítica. O tempo de demora é de cerca de 10 minutos, sendo este o único dano associado.

A sua participação é de extrema relevância, decorre em regime de anonimato e comprometo-me a cumprir os princípios éticos subjacentes, nomeadamente em relação à confidencialidade, anonimato e consentimento informado. Mais informo que poderá desistir do processo em qualquer momento.

Qualquer esclarecimento adicional por favor contactar aclaudiarm@hotmail.com

Grata pela colaboração e disponibilidade

A enfermeira investigadora
Ana Cláudia Mota

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que tive conhecimento do âmbito e objetivo do estudo a desenvolver pela investigadora **Ana Cláudia Mota**, com o título "Perceção dos Enfermeiros sobre Cuidados Omissos de Enfermagem no contexto da Pessoa em Situação Crítica" e que aceito participar, de forma voluntária, no mesmo. *

Marcar apenas uma oval.

Aceito participar no estudo

A| CEO - Parte A

Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)

2. Por favor, selecione uma resposta para cada pergunta. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito satisfeito	Satisfeito	Neutro	Insatisfeito	Muito insatisfeito
Quão satisfeito está na sua situação profissional atual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Independentemente do seu emprego atual, quão satisfeito está por ser enfermeiro/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quão satisfeito está com o nível de trabalho em equipa na unidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A| CEO - Parte A

Escala MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009)

Os enfermeiros encontram, frequentemente, múltiplas solicitações no seu turno de trabalho exigindo que redefinam prioridades e não realizem todos os cuidados necessários aos seus doentes. Os cuidados de enfermagem omissos são cuidados de enfermagem necessários ao doente e que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados. A omissão parcial ou total e o adiamento de cuidados correspondem a erros de omissão (Kalisch, 2015).

3. No melhor do seu conhecimento, com que frequência os seguintes elementos do cuidado de enfermagem são OMISSOS pela equipa de enfermagem (incluindo-o/a) na sua unidade? *
 Selecione apenas uma opção para cada item.

Marcar apenas uma oval por linha.

	SEMPRE omisso	FREQUENTEMENTE omisso	OCASIONALMENTE omisso	RARAMENTE omisso	NUNCA omisso
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o doente a cada 2 horas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração de medicamentos dentro 30 minutos antes ou depois do horário agendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinais vitais avaliados como prescrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorização de entradas/saídas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação completa de todos os dados necessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cuidados de enfermagem omissos no contexto da pessoa em situação crítica

	SEMPRE omisso	FREQUENTEMENTE omisso	OCASIONALMENTE omisso	RARAMENTE omisso	NUNCA omisso
Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suporte emocional ao doente e/ou família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banho do doente/ cuidados à pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados à boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planeamento da alta do doente e ensino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorização da glicémia conforme planeado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliações do doente realizadas em cada turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cuidados de enfermagem omissos no contexto da pessoa em situação crítica

	SEMPRE omisso	FREQUENTEMENTE omisso	OCASIONALMENTE omisso	RARAMENTE omisso	NUNCA omisso
Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a eficácia dos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após pedido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados à pele/feridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avançar para a pergunta 3

B | CEO - Parte B

Escala MISSCARE (Kallsch & Williams, 2009)

4. Pensando nos cuidados de enfermagem omissos, na sua unidade, pela equipa (como indicou na Parte A deste questionário), indique as RAZÕES porque o cuidado de enfermagem está a ser omissos na sua unidade. Selecione apenas uma opção para cada item.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Razão SIGNIFICATIVA	Razão MODERADA	Razão MENOR	NÃO É RAZÃO para o cuidado omisso
Inadequado número de elementos na equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distribuição não equilibrada de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos não disponíveis quando necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Razão SIGNIFICATIVA	Razão MODERADA	Razão MENOR	NÃO É RAZÃO para o cuidado omisso
Materials/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de apoio dos membros da equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES/DE APOIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissional de saúde ausente ou indisponível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevada atividade de admissão e alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II. Caracterização Demográfica e Profissional

5. Idade *

6. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

7. Habilitações académicas *

Selecione o seu grau académico mais elevado

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato em Enfermagem
 Licenciatura em Enfermagem
 Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
 Mestrado em Enfermagem
 Doutoramento em Enfermagem
 Outra:

8. Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista
 Outra:

9. Se respondeu "Enfermeiro Especialista" qual a sua área de especialidade?

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Familiar.
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

10. Serviço onde trabalha *

Marcar apenas uma oval.

- Unidade de Cuidados Intensivos e/ou Intermédios
- Serviço de Urgência
- Bloco Operatório
- Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
- Extra-hospitalar
- Outro

11. Se respondeu "Outro" na pergunta anterior refira qual

12. Localização geográfica da instituição *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

13. Número de horas de trabalho semanal *

Marcar apenas uma oval.

- 35 horas/semana
- 40 horas/semana
- Outra:

14. Número de anos de experiência profissional *

15. Número de anos de experiência profissional no atual serviço *

16. Qual o turno que faz com mais frequência? *

Marcar apenas uma oval.

- Turno da Manhã
- Turno da Tarde
- Turno de Dia
- Turno da Noite
- Turnos Rotativos

17. Qual a duração do turno que faz com mais frequência? *

Marcar apenas uma oval.

- 7 horas
 8 horas
 10 horas
 12 horas
 12 horas 30 minutos
 Outro

18. Nos últimos 3 meses, quantas horas extraordinárias fez? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
 1 a 20 horas
 20 a 50 horas
 Mais do que 50 horas

19. Nos últimos 3 meses, quantos turnos faltou por motivo de doença? *

20. Planeia deixar o seu trabalho e/ou serviço atual? *

Marcar apenas uma oval.

- Nos próximos 6 meses
 No próximo ano
 Não planeio

21. No seu último turno da manhã, prestou cuidados a quantos doentes? *

22. No seu último turno de trabalho, quantas admissões de doentes teve? *

23. No seu último turno de trabalho, quantas altas/transferências de doentes teve? *

Obrigada pela sua colaboração.

Ana Cláudia Mota

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**APÊNDICE VII: TABELAS COM % DE RESPOSTAS POR ITEM E
CATEGORIA (PARTE A E B, ESCALA MISSCARE-PT)**

Parte A (CEO) - % de respostas por item e categoria

Item	Nunca omissos	Raramente omissos	Ocasionalmente omissos	Frequentemente omissos	Sempre omissos
Deambulação três vezes por dia ou conforme planeado	5.9%	13.9%	16.8%	40.6%	22.8%
Posicionar o doente a cada 2 horas	6.9%	22.8%	36.6%	25.7%	7.9%
Alimentar o doente quando os alimentos ainda estão quentes	12.9%	28.7%	35.6%	16.8%	5.9%
Preparar refeições para doentes que se alimentam autonomamente	19.8%	30.7%	19.8%	22.8%	6.9%
Administração de medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado	12.9%	36.6%	27.7%	18.8%	4.0%
Sinais vitais avaliados como prescrito	29.7%	34.7%	18.8%	11.9%	5.0%
Monitorização de entradas/saídas	26.7%	36.6%	15.8%	14.9%	5.9%
Documentação completa de todos os dados necessários	5.9%	33.7%	28.7%	24.8%	6.9%
Ensinar o doente sobre a doença, exames e estudos de diagnóstico	3.0%	24.8%	28.7%	32.7%	10.9%
Suporte emocional ao doente e/ou família	5.0%	18.8%	40.6%	27.7%	7.9%
Banho do doente/cuidados à pele	30.7%	34.7%	11.9%	14.9%	7.9%
Cuidados à boca	20.8%	30.7%	22.8%	20.8%	5.0%
Lavar as mãos	20.8%	41.6%	13.9%	16.8%	6.9%
Planeamento da alta do doente e ensino	6.9%	34.7%	25.7%	22.8%	9.9%
Monitorização da glicémia conforme planeado	29.7%	32.7%	19.8%	15.8%	2.0%
Avaliações do doente realizadas em cada turno	20.8%	32.7%	24.8%	18.8%	3.0%
Reavaliações focalizadas de acordo com a condição do doente	15.8%	32.7%	32.7%	14.9%	4.0%
Cuidados e avaliação dos acessos vasculares (periférico e central) de acordo com a política do hospital	16.8%	40.6%	24.8%	12.9%	5.0%
Resposta ao sinal/toque de chamada nos primeiros 5 minutos	20.8%	32.7%	22.8%	15.8%	7.9%
Solicitações de medicação SOS respondidas em 15 minutos	23.8%	36.6%	25.7%	7.9%	5.9%
Avaliar a eficácia dos medicamentos	14.9%	34.7%	25.7%	17.8%	6.9%
Assistir a reuniões interdisciplinares sempre que realizadas	5.9%	25.7%	25.7%	27.7%	14.9%
Assistir na necessidade de uso do sanitário nos 5 minutos após o pedido	15.8%	33.7%	18.8%	26.7%	5.0%
Cuidados à pele/feridas	25.7%	35.6%	21.8%	12.9%	4.0%

Parte B (Razão para omissão) - % de respostas por item e categoria

Item	Não é razão	Razão menor	Razão moderada	Razão significativa
Inadequado número de elementos na equipa	15.8%	12.9%	28.7%	42.6%
Situações de doentes urgentes (por exemplo, agravamento da situação clínica do doente)	2.0%	13.9%	39.6%	44.6%
Aumento inesperado do número e/ou gravidade dos doentes na unidade	2.0%	9.9%	32.7%	55.4%
Número inadequado de pessoal assistencial e/ou administrativo (por exemplo, assistentes operacionais, técnicos, secretários de unidade, etc.)	11.9%	14.9%	31.7%	41.6%
Distribuição não equilibrada de doentes	13.9%	22.8%	37.6%	25.7%
Medicamentos não disponíveis quando necessário	11.9%	37.6%	30.7%	19.8%
Inadequada passagem de informação do turno anterior ou da unidade de origem	16.8%	41.6%	30.7%	10.9%
Outros departamentos não prestaram os cuidados necessários (por exemplo, não houve deambulação na fisioterapia)	22.8%	37.6%	25.7%	13.9%
Materiais/equipamentos não disponíveis quando necessários	12.9%	40.6%	32.7%	13.9%
Materiais/equipamentos não funcionam corretamente quando necessários	15.8%	44.6%	24.8%	14.9%
Falta de apoio dos membros da equipa	14.9%	31.7%	41.6%	11.9%
Tensão ou falhas de comunicação com outros DEPARTAMENTOS AUXILIARES/DE APOIO	10.9%	42.6%	39.6%	6.9%
Tensão ou falhas de comunicação dentro da EQUIPA DE ENFERMAGEM	13.9%	39.6%	36.6%	9.9%
Tensão ou falhas de comunicação com a EQUIPA MÉDICA	5.0%	32.7%	46.5%	15.8%
Assistente operacional não comunicou que o cuidado não foi prestado	20.8%	34.7%	34.7%	9.9%
Profissional de saúde ausente ou indisponível	21.8%	40.6%	25.7%	11.9%
Elevada atividade de admissão e alta	10.9%	14.9%	35.6%	38.6%

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “CUIDADOS
OMISSOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA”**



Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência



CERTIFICADO

Ana Mota

No dia 06/03/2024 esteve presente no Webinar: "Cuidados Omissos nos Serviços de Urgência/Emergência" com a duração de duas horas.

Pela Comissão Organizadora

ÁNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Serviço de Investigação, Formação e Ensino (SIFE)
ULS de Castelo Branco

MARIA HELENA LOPES

Coordenadora do SIFE

**ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O PÓSTER
“CAPACITAÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA COM ESTOMA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”**



Diversidade e Sustentabilidade em Estomatologia **CERTIFICADO**



Certifica-se que:

- Elisabete Carla Lopes da Costa**
- Ana Cláudia Reis Mota**
- Ana Catarina Pereira Pinto**

Participaram com o Póster intitulado “Capacitação da família da pessoa com situação crítica com estoma: Protocolo de scoping review”, no Congresso Nacional de Estomatologia 2024, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomatologia, no dia 23 e 24 de fevereiro, no Centro de Congressos Évora Hotel, em Évora, num total de 14 horas.

CONGRESSO NACIONAL
DE ESTOMATERAPIA

Carla Cristina Gomes Rocha
Carla Cristina Gomes Rocha
(Comissão Científica)

Claudia Rocha Silva
Cláudia Rocha Silva
(Presidente APECE)

**ANEXOS III: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER
“CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS NO CONTEXTO DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROJETO DE ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho em formato de **Póster: “Cuidados de Enfermagem Omissos no Contexto da Pessoa em Situação Crítica: Projeto de Estudo de Investigação”**, da autoria de Ana Mota, Catarina Pinto foi apresentado por **Ana Mota** nas *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*, que se realizaram no Auditório Carlos Borrego, do Departamento de Ambiente e Ordenamento, da Universidade de Aveiro, no dia 12 de dezembro de 2024, com a duração de 9 horas.

Senhora da Hora, 27 de dezembro de 2024

*O Presidente da Comissão Organizadora das
II Jornadas Internacionais da APAPEnf+*

(João Ventura)

Site: <https://www.apapenf.com/>
Telefone: +351 910 050 871
E-mail: apapenf.geral@gmail.com



**ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA USO DA ESCALA
MISSCARE-PT, LOUREIRO (2009)**

Pedido de autorização para uso da escala "MISSCARE"

AL Ana Rita Loureiro [redacted] Para: Você dom, 19/11/2023 17:06

Cara Ana Cláudia Mota,

Agradeço o seu contacto.
Autorizo a utilização da escala para o referido estudo, com a devida referenciação dos autores. No entanto, o instrumento não foi validado para a população que pretende estudar.
Estou disponível para qualquer esclarecimento e faço votos de bom trabalho.

Cumprimentos,
Ana Rita Loureiro
MSc | RN
Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Coimbra, Portugal
M: [redacted]
[redacted]
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Serviço de Cirurgia Geral/Equipa ERAS®

**ANEXO V: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSNORTECVP,
Nº17/2024**



**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 017/2024	Código: 2023.050	Data: 22 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Cuidados de Enfermagem Omissos no contexto da Pessoa em Situação Crítica	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: N/A	
Investigador responsável: Ana Cláudia Reis Mota (orientador: Ana Catarina Pereira Pinto)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novals, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

Resumo do Parecer/Recomendações:

- Este estudo é importante e pertinente para a área científica a que se propõe a investigar

Assegura os principais aspetos éticos da investigação, conforme código de ética e integridade científica da EssNorteCVP e o Código Europeu de ética e Integridade Científica na investigação

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 22 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
------------------------------------	---