



Necessidades de aprendizagem após enfarte agudo do miocárdio: base para intervenção educativa estruturada

Desenvolvimento de competências especializadas em
enfermagem à pessoa em situação crítica

Pedro Diogo Martins Corte

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Orientadora: Professora Adjunta Ema Mata

Leiria

abril de 2026



Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob a orientação científica da Professora Adjunta Ema Mata, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

"O homem não pode descobrir novos oceanos se não tiver coragem de perder de vista a costa."

André Gide

Agradecimentos

À Professora Mestre Ema Mata, agradeço o acompanhamento, a disponibilidade, a partilha de conhecimento e a forma exigente, mas sempre construtiva, com que orientou este percurso. O seu apoio e incentivo foram fundamentais para que este relatório refletisse o melhor do meu esforço e aprendizagem.

À minha esposa, Mariana, pelo apoio incondicional ao longo desta caminhada. Pela forma como assumiu, muitas vezes silenciosamente, um esforço acrescido para que eu pudesse dedicar-me a este percurso com maior tranquilidade, procurando sempre aliviar o peso e a pressão inerentes a esta etapa. Pelo incentivo constante, compreensão e presença inabalável nos momentos de maior exigência, deixo o meu mais profundo agradecimento.

Aos meus filhos, Gustavo e Madalena, por serem fonte constante de alegria e pelos inúmeros momentos de felicidade que ajudaram a equilibrar a exigência deste percurso.

Aos Enfermeiros Especialistas que me acompanharam nos diferentes contextos de estágio, pela partilha generosa de conhecimento, pela orientação clínica e pelo contributo essencial no desenvolvimento das competências especializadas.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta etapa, o meu sincero agradecimento.

Resumo

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, integrada no Instituto Politécnico de Leiria, visando a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte corresponde a uma análise crítico-reflexiva do percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos de prática clínica, nomeadamente Serviço de Urgência, Unidade de Intervenção Cardiovascular e Unidade de Cuidados Intensivos, evidenciando o desenvolvimento progressivo das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sustentadas na evidência científica e nos referenciais normativos da profissão.

A segunda parte refere-se ao desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, intitulado “Necessidades de aprendizagem após enfarte agudo do miocárdio: base para intervenção educativa estruturada”. Este estudo centra-se na identificação das necessidades de aprendizagem da pessoa após enfarte agudo do miocárdio, com o objetivo de fundamentar a implementação de intervenções educativas estruturadas, orientadas para a promoção da literacia em saúde, adesão ao regime terapêutico e continuidade dos cuidados após a alta.

O percurso formativo descrito permitiu a consolidação do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada e da prática baseada na evidência, evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados diferenciados, na promoção da qualidade e segurança dos cuidados e na capacitação da pessoa em situação crítica e da sua família.

Palavras-chave: Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Enfarte Agudo do Miocárdio; Necessidades de Aprendizagem; Enfermeiro Especialista; Competências.

Abstract

This Internship Report is part of the Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing, specializing in Critical Care Nursing, at the School of Health Sciences of Leiria, integrated in the Polytechnic Institute of Leiria, aiming to obtain the Master's degree and the title of Specialist Nurse.

The report is structured into two parts. The first part consists of a critical-reflective analysis of the educational pathway developed across different clinical practice settings, namely the Emergency Department, the Cardiovascular Intervention Unit, and the Intensive Care Unit. It highlights the progressive development of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition, supported by scientific evidence and professional regulatory frameworks.

The second part focuses on the development of a continuous quality improvement project in nursing care, entitled "Learning needs after acute myocardial infarction: basis for a structured educational intervention". This study is centered on identifying the learning needs of individuals following acute myocardial infarction, with the aim of supporting the implementation of structured educational interventions. These interventions are intended to promote health literacy, adherence to the therapeutic regimen, and continuity of care after discharge.

The described educational pathway enabled the consolidation of clinical reasoning, informed decision-making, and evidence-based practice, highlighting the role of the Specialist Nurse in delivering differentiated care, promoting quality and safety in healthcare, and empowering the person in critical condition and their family.

Keywords: Nursing; Person in Critical Condition; Acute Myocardial Infarction; Learning Needs; Health Education; Specialist Nurse; Competencies.

Lista de Acrónimos e Siglas

AVC — Acidente Vascular Cerebral
CIPE — Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID-19 — *Coronavirus Disease 2019*
CPLNI — *Cardiac Patients Learning Needs Inventory*
CPOT — *Critical-Care Pain Observation Tool*
CVC — Cateter Venoso Central
DAV — Diretivas Antecipadas de Vontade
DGS — Direção-Geral da Saúde
EAM — Enfarte Agudo do Miocárdio
EAMcST — Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST
EAMsST — Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST
EE — Enfermeiro Especialista
EMC — Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPSC — Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
ESC — *European Society of Cardiology*
ESSLei — Escola Superior de Saúde de Leiria
ICP — Intervenção Coronária Percutânea
INEM — Instituto Nacional de Emergência Médica
IPL — Instituto Politécnico de Leiria
IVUS — *Intravascular Ultrasound*
JCI — *Joint Commission International*
OCT — *Optical Coherence Tomography*
OE — Ordem dos Enfermeiros
OECD — *Organisation for Economic Co-operation and Development*
PAV — Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PCR — Paragem Cardiorrespiratória
PDSA — *Plan-Do-Study-Act*
PEI — Plano de Emergência Interno
PNSD — Plano Nacional para a Segurança do Doente
POCUS — *Point-of-Care Ultrasound*
PPCIRA — Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos
PSC — Pessoa em Situação Crítica
RASS — *Richmond Agitation-Sedation Scale*
REPE — Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RENTEV — Registo Nacional do Testamento Vital
SAV — Suporte Avançado de Vida
SCA — Síndromes Coronárias Agudas
SPIKES — *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*
START — *Simple Triage and Rapid Treatment*
SU — Serviço de Urgência
TAS — Técnicos Auxiliares de Saúde

TISS-28 — *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI — Unidade de Cuidados Intensivos

UIC — Unidade de Intervenção Cardiovascular

ULS — Unidade Local de Saúde

VMI — Ventilação Mecânica Invasiva

VNI — Ventilação Não Invasiva

VVAVC — Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC — Via Verde Coronária

WHO — *World Health Organization*

XABCDE — *Exsanguination, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

Índice

Introdução	1
Parte I – Reflexão sobre as Competências do Enfermeiro Especialista nos Estágios.	3
1. Caracterização dos Contextos da Prática Especializada em Enfermagem	4
1.1 Serviço de Urgência.....	4
1.2 Unidade de Intervenção Cardiovascular	5
1.3 Unidade de Cuidados Intensivos	7
2. Competências do Enfermeiro Especialista	9
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	9
2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	9
2.1.2 Melhoria da qualidade	13
2.1.3 Gestão de cuidados.....	17
2.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	22
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	26
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	26
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.. ..	29
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da 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.....	32
3. Conclusão.....	36
Referências Bibliográficas	37
Parte II – Prática Especializada Baseada na Evidência – Necessidades de Aprendizagem após Enfarte Agudo do Miocárdio: Base para Intervenção Educativa Estruturada.....	43

Apêndices

Apêndice I – Roteiro Educativo Pós-EAM

Apêndice II – Material Educativo em Saúde Pós-EAM

Apêndice III – Material Educativo em Saúde Desnervação Renal

Anexos

Anexo I – Parecer Favorável Comissão Ética

Anexo II – Escala Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI)

Anexo III – Autorização para o uso da Escala Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI)

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos resultados dos itens da CPLNI.....	49
--	----

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos participantes por sexo.....	49
---	----

Introdução

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018b). A prestação de cuidados a esta população caracteriza-se por elevada complexidade clínica, instabilidade fisiológica e necessidade de intervenção contínua, exigindo dos profissionais de saúde a mobilização de competências avançadas e sustentadas na melhor evidência científica disponível. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista (EE) assume um papel determinante na monitorização da pessoa, na tomada de decisão e na adequação das intervenções face à evolução da condição clínica, exigindo a mobilização de competências diferenciadas, ajustadas à complexidade e exigência dos cuidados prestados à PSC (OE, 2019a).

O presente relatório integra a unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC) com Relatório II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de especialização em EPSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), integrada no Instituto Politécnico de Leiria (IPL). Este trabalho constitui um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre e do título de EE em EMC. Os estágios decorreram em contexto de Serviço de Urgência (SU), na Unidade de Intervenção Cardiovascular (UIC), que correspondeu ao estágio de opção, e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), permitindo o contacto direto com diferentes áreas da EPSC. A prática nestes serviços implicou avaliação permanente da pessoa, definição de prioridades e articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC, na área da EPSC, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2018b, 2019a).

No SU, a exposição a situações imprevisíveis potenciou o reforço das competências de avaliação rápida, priorização de cuidados e gestão do risco. Na UIC, o contexto tecnicamente exigente e altamente especializado permitiu aprofundar conhecimentos na área da cardiologia de intervenção, com particular enfoque na abordagem à pessoa com Síndromes Coronárias Agudas (SCA), frequentemente associadas a situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida, enquadrando-se diretamente no âmbito da prestação de cuidados à PSC. A escolha desta unidade como estágio de opção foi motivada pelo interesse prévio pela área da cardiologia, reforçado pela recente abertura da unidade e pelo contacto frequente com pessoas em período pós-Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) no contexto profissional, o que suscitou a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. Já na UCI, situações de maior gravidade constituíram um espaço privilegiado para o desenvolvimento do raciocínio clínico avançado, da vigilância contínua e da gestão integrada da pessoa em disfunção orgânica e da respetiva família, exigindo uma abordagem sistematizada, diferenciada e ajustada à condição da pessoa. Globalmente, este percurso contribuiu para consolidar o julgamento clínico, a tomada de decisão e a identidade profissional enquanto futuro EE em EPSC. A experiência profissional prévia em contexto de SU e de UCI proporcionou contacto direto com situações de elevada exigência e instabilidade, evidenciando a necessidade de aprofundar conhecimentos científicos e técnicos, bem como consolidar a segurança na tomada de decisão e na prestação de cuidados diferenciados, tendo constituído um elemento determinante na opção por este trajeto formativo. Neste enquadramento, o presente relatório tem como finalidade analisar, numa perspetiva reflexiva e fundamentada, o percurso formativo desenvolvido nos diversos contextos de ensino, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC, na área de especialização em EPSC, nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados à PSC e/ou falência orgânica, à dinamização da resposta em situações de emergência,

exceção e catástrofe e à maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, conforme definido pela OE (2018b).

O desenvolvimento da prática especializada foi enquadrado por referenciais teóricos de enfermagem, orientados para o cuidado centrado na pessoa em situação crítica e sua família, sendo a sua aplicação adaptada às especificidades de cada contexto clínico. A Teoria das Transições de Afaf Meleis foi mobilizada nos contextos de SU e UCI, permitindo compreender os processos adaptativos da pessoa e da família perante situações de instabilidade clínica e falência orgânica, orientando a identificação de indicadores de transição, como vulnerabilidade, incerteza prognóstica, reorganização dos papéis familiares e a implementação de intervenções dirigidas à facilitação de processos adaptativos mais saudáveis (Meleis, 2010). Na UIC, o Modelo de Adaptação de Callista Roy sustentou a análise das respostas adaptativas da pessoa em situação de agressão hemodinâmica, particularmente nos modos fisiológico e de autoconceito, contribuindo para estruturar intervenções orientadas para a estabilização clínica e suporte emocional (Roy, 2009). Contudo, reconheceu-se que a elevada complexidade, a instabilidade hemodinâmica e a prioridade face às intervenções de Suporte Avançado de Vida (SAV) condicionaram, por vezes, a aplicação integral destes referenciais, privilegiando-se intervenções dirigidas à estabilização imediata da pessoa. Ainda assim, a mobilização fundamentada destes modelos favoreceu uma abordagem global, centrada na pessoa e na família, contribuindo para o desenvolvimento da competência do EE que cuida da pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, conforme preconizado pela OE (2018b).

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. A Parte I apresenta a caracterização dos serviços, bem como uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE nos três contextos de prática clínica, sustentada pela evidência científica e enquadrada nos referenciais normativos da profissão. A Parte II corresponde a um capítulo dedicado à vertente de investigação em enfermagem, no qual se descrevem o percurso metodológico, os resultados obtidos e as conclusões do estudo desenvolvido em contexto de prática clínica. Este estudo, intitulado “Necessidades de aprendizagem após enfarte agudo do miocárdio: base para intervenção educativa estruturada”, integra-se no âmbito de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e visa fundamentar intervenções educativas dirigidas à capacitação da pessoa no período pós-evento coronário.

O presente relatório foi elaborado em conformidade com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei, aprovadas em 2024, e de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA, 7.^a edição) para referência bibliográfica.

Parte I – Reflexão sobre as Competências do Enfermeiro Especialista nos Estágios

1. Caracterização dos Contextos da Prática Especializada em Enfermagem

O percurso formativo na área de especialização em EPSC decorreu em três contextos de prática: SU, UIC e UCI. Estes contextos inserem-se em áreas assistenciais com finalidades distintas, nomeadamente a resposta inicial à situação aguda, a intervenção especializada em contexto cardiovascular e a vigilância intensiva de pessoas com compromisso de funções vitais.

A inserção nestes diferentes ambientes permitiu acompanhar modelos de organização dos cuidados ajustados às necessidades específicas de cada população assistida, bem como compreender o papel do EE na articulação da equipa, na priorização de intervenções e na continuidade dos cuidados. Esta diversidade de contextos constituiu a base para a descrição individual de cada área de prática, apresentada nos subcapítulos seguintes.

1.1 Serviço de Urgência

O SU, integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país, constitui a principal porta de entrada hospitalar para PSC, funcionando de forma ininterrupta. Trata-se de um serviço médico-cirúrgico destinado à prestação de cuidados urgentes e emergentes a uma população heterogénea, oriunda da sua área de influência direta e de referência pré-hospitalar, assegurando a receção, avaliação diagnóstica, estabilização e tratamento de situações agudas que requerem intervenção imediata em meio hospitalar, de acordo com o enquadramento organizacional dos serviços de urgência hospitalares (Despacho n.º 10319/2014, 2014). O perfil clínico predominante inclui situações de trauma, SCA, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência respiratória e outras condições agudas potencialmente ameaçadoras da vida, o que reflete um elevado espectro na prestação de cuidados.

O SU caracteriza-se por um elevado grau de complexidade assistencial, decorrente da instabilidade clínica frequente, da imprevisibilidade das situações e da necessidade de vigilância contínua da PSC. As pessoas assistidas apresentam, frequentemente, elevados níveis de dependência e risco de deterioração clínica rápida, exigindo intervenções diferenciadas, priorização constante e capacidade de resposta imediata por parte da equipa de enfermagem. Perante esta complexidade, a organização dos cuidados assenta no Sistema de Triage de Manchester, implementado em conformidade com a Norma n.º 002/2018 da Direção-Geral da Saúde (DGS) (2018), que classifica a prioridade clínica em cinco categorias de cor (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), com tempos máximos de espera definidos. A triagem é realizada exclusivamente por enfermeiros com formação específica neste sistema, assegurando uniformização, segurança e equidade no processo de priorização e encaminhamento. Após a avaliação, a pessoa é encaminhada para a sala de reanimação ou para uma das áreas funcionais do serviço, como medicina, cirurgia, ortopedia ou clínica geral, de acordo com a gravidade e a natureza da situação clínica.

No que respeita ao modelo organizativo de enfermagem, verifica-se a predominância do método de trabalho individual, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade global pela pessoa durante o turno, assegurando a avaliação contínua, o planeamento, a implementação e a reavaliação das intervenções, em consonância com o processo de enfermagem (Parreira et al., 2021). Este modelo favorece a individualização dos cuidados e a responsabilização profissional, sendo a continuidade assistencial garantida através da passagem de turno estruturada, do registo sistemático da informação clínica em suporte informático (*SClínico*®) e da comunicação eficaz entre os elementos da equipa.

A proximidade a áreas diferenciadas, como o bloco operatório, o serviço de imagiologia e a UCI, possibilita a ativação célere da Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), conforme a Norma n.º 015/2017 da DGS (2017b), e da Via Verde Coronária (VVC), de acordo com a Norma n.º 003/2025 da DGS (2025), assegurando uma resposta coordenada em contextos dependentes do tempo de intervenção. A tomada de decisão clínica é ainda suportada por protocolos institucionais e orientações normativas, integrando algoritmos estruturados de abordagem à PSC, nomeadamente o modelo XABCDE — *Exsanguination* (hemorragia grave), *Airway* (via aérea), *Breathing* (ventilação), *Circulation* (circulação), *Disability* (disfunção neurológica) e *Exposure* (exposição) — e a atuação em SAV, estruturados de acordo com recomendações internacionais para a abordagem à PSC e para a reanimação cardiorrespiratória (Perkins et al., 2021).

A equipa de enfermagem organiza-se em turnos rotativos de oito horas. Em cada turno, encontram-se escalados entre sete e oito enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas funcionais do SU: triagem, reanimação, cirurgia, medicina, ortopedia, clínica geral e coordenação. A gestão do serviço é assegurada por um enfermeiro gestor, com o apoio de enfermeiros coordenadores de turno, responsáveis pela alocação de recursos e pela organização global dos cuidados. Apesar de a percentagem de especialistas ainda não atinja os 50%, conforme recomendado pela OE (2019b) para serviços de urgência, essa meta encontra-se definida no plano de melhoria contínua da instituição.

A prestação de cuidados neste contexto é suportada por recursos materiais e tecnológicos diferenciados, distribuídos de acordo com a especificidade funcional das várias áreas do serviço. Nas áreas de maior diferenciação, como a sala de reanimação, destacam-se sistemas de monitorização multiparamétrica, ventiladores para realização de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Não Invasiva (VNI), bombas infusoras e desfibriladores, que permitem a vigilância contínua e a intervenção precoce perante situações de instabilidade clínica, características da PSC.

O funcionamento do SU, caracterizado por rotatividade substancial de pessoas e pela coexistência frequente de situações críticas simultâneas, exige do enfermeiro capacidade de priorização imediata, raciocínio clínico contínuo e comunicação estruturada com a equipa multidisciplinar. Este contexto revelou-se desafiante nos primeiros turnos, sobretudo na gestão de exigências assistenciais simultâneas, como a vigilância de pessoas instáveis, a preparação de terapêutica crítica e o apoio a procedimentos invasivos. A necessidade de manter uma visão global do serviço, mesmo sob pressão, evidenciou a importância da supervisão clínica e do desenvolvimento progressivo de estratégias pessoais de organização e tomada de decisão. O estágio no SU constituiu, assim, uma base sólida para a consolidação progressiva das competências comuns e específicas do EE em EPSC nos contextos clínicos subsequentes.

1.2 Unidade de Intervenção Cardiovascular

A UIC constitui, atualmente, a resposta regional diferenciada na abordagem à doença coronária aguda. O perfil clínico predominante inclui pessoas com SCA, nomeadamente EAM, com Supradesnivelamento do Segmento ST (EAMcST) ou sem Supradesnivelamento do Segmento ST (EAMsST), frequentemente submetidas a Intervenção Coronária Percutânea (ICP), bem como outras patologias cardiovasculares passíveis de abordagem em contexto de hemodinâmica. Inserida num hospital universitário acreditado pela *Joint Commission International* (JCI, 2023), a UIC beneficia de um enquadramento organizacional centrado na qualidade da prestação de cuidados, na segurança da pessoa e na melhoria contínua das práticas, integrando-se estreitamente com os domínios da formação e da investigação em ciências da saúde.

A criação da UIC, em fevereiro de 2024, permitiu reorganizar a resposta regional à patologia coronária. A região em que se insere, anteriormente classificada como tipologia B2 no sistema de referência hospitalar, apresentava tempos de transporte superiores aos recomendados para a realização de ICP primária. Com a operacionalização da UIC, foi possível a transição para a tipologia B1, com melhoria da acessibilidade e alargamento da cobertura a uma população superior a 400 000 habitantes.

A sala de hemodinâmica dispõe de meios técnicos que asseguram monitorização contínua e suporte avançado, permitindo responder às exigências dos procedimentos realizados. A monitorização inclui parâmetros hemodinâmicos invasivos e não invasivos, nomeadamente eletrocardiografia contínua, pressão arterial invasiva, pressão intracoronária e oximetria de pulso, sendo complementada, quando necessário, por ventilação invasiva e não invasiva, com avaliação por capnografia, e por dispositivos de assistência circulatória, como o balão intra-aórtico, em situações de instabilidade hemodinâmica. Esta capacidade encontra-se enquadrada por um modelo organizacional certificado pela ISO 9001:2015, definida pela *International Organization for Standardization* (ISO, 2015), integrando sistemas de gestão da qualidade que asseguram o controlo de indicadores assistenciais, a realização de auditorias internas e a notificação de eventos adversos, promovendo uma cultura de segurança e melhoria contínua, em alinhamento com os referenciais da JCI (2023).

São realizados procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como ICP com balão e colocação de stents, cateterismos cardíacos direitos e esquerdos, aortografias e intervenções estruturais, incluindo o encerramento de forames ovais patentes ou a oclusão do apêndice auricular esquerdo. Os procedimentos de eletrofisiologia continuam a decorrer no bloco de ambulatório, estando prevista a futura integração desta área na UIC. A prática clínica encontra-se orientada por procedimentos rigorosos de segurança e controlo de infeção, refletindo a elevada diferenciação técnica e organizacional da unidade.

A UIC caracteriza-se por um elevado grau de complexidade assistencial, decorrente da natureza invasiva dos procedimentos realizados e da possibilidade de ocorrência de instabilidade hemodinâmica durante e após a intervenção. As pessoas assistidas apresentam níveis variáveis de dependência, exigindo vigilância contínua, avaliação hemodinâmica rigorosa e capacidade de resposta imediata perante complicações, nomeadamente arritmias, instabilidade circulatória ou reações adversas ao contraste.

A equipa multidisciplinar é constituída por cardiologistas de intervenção, enfermeiros com formação especializada em cardiologia, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de radiologia e Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS). No que respeita ao modelo organizativo de enfermagem, verifica-se uma organização funcional da equipa, aproximando-se de um método funcional de trabalho, no qual os enfermeiros assumem papéis diferenciados ao longo do circuito assistencial, incluindo a preparação da pessoa, a monitorização intra e pós-procedimento, a gestão e preparação de materiais e a colaboração direta com a equipa médica durante a intervenção (Ventura-Silva et al., 2021). Esta distribuição funcional permite otimizar a resposta assistencial, garantir a continuidade dos cuidados e assegurar a segurança durante procedimentos de elevada exigência técnica. A coordenação com o SU, com a UCI e com o internamento de Cardiologia permite assegurar um percurso estruturado da pessoa, desde a admissão em contexto de emergência até ao período pós-procedimento, facilitando a continuidade dos cuidados entre serviços.

Este estágio possibilitou o acompanhamento da pessoa desde o diagnóstico até à realização do procedimento, favorecendo uma compreensão abrangente do percurso assistencial da pessoa com EAM e das necessidades de cuidados após a ICP. Esta experiência reforçou a pertinência do tema de investigação desenvolvido, centrado na capacitação da pessoa submetida a ICP na transição para o domicílio, com enfoque na educação terapêutica, na gestão dos fatores de risco e na promoção progressiva da autonomia desde a

fase aguda do episódio. Simultaneamente, permitiu aprofundar competências no cuidado à pessoa com patologia cardiovascular aguda em contexto de intervenção invasiva, nomeadamente na vigilância contínua, no suporte de vida em situações de instabilidade hemodinâmica, na comunicação terapêutica e na continuidade dos cuidados.

1.3 Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI constitui uma unidade hospitalar vocacionada para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com falência orgânica instalada ou em risco iminente de compromisso de uma ou mais funções vitais. Trata-se de um contexto de elevada exigência assistencial, marcado pela necessidade de avaliação contínua, rápida capacidade de resposta e adequação permanente das intervenções à instabilidade clínica da pessoa (OE, 2018a).

Destinada ao atendimento de pessoas adultas, a UCI dispõe de quinze camas, distribuídas por duas áreas funcionais. A unidade encontra-se equipada com monitorização multiparamétrica, VMI e VNI, dispositivos de suporte hemodinâmico e tecnologias de substituição da função renal. A maioria das pessoas internadas apresenta quadros como sépsis, choque de etiologia multifatorial, insuficiência respiratória aguda, patologia neurológica de natureza médica, complicações cardiovasculares e situações de recuperação pós-cirúrgica major, que requerem, com frequência, monitorização invasiva, suporte ventilatório, terapêutica vasoativa e sedoanalgesia contínua, impondo cuidados organizados, cientificamente fundamentados e ajustados à evolução clínica da PSC.

Neste contexto, a prestação de cuidados é sustentada por recursos tecnológicos avançados e por sistemas de informação clínica que permitem monitorizar a evolução da PSC e registar de forma sistematizada as intervenções realizadas. É utilizado o programa PatientCare®, que, à semelhança do SClínico®, recorre à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), contribuindo para a uniformização da linguagem dos registos e para a continuidade dos cuidados. A utilização destes recursos exige do enfermeiro competências específicas na sua gestão, interpretação e integração no raciocínio clínico, de forma a antecipar complicações e ajustar precocemente as intervenções.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos intensivistas, enfermeiros com experiência diferenciada em cuidados intensivos, integrando enfermeiros especialistas em EMC e em Enfermagem de Reabilitação, fisioterapeutas, TAS e outros profissionais de saúde, organizados em regime de turnos, garantindo a continuidade e segurança dos cuidados. A coordenação entre os elementos da equipa possibilita uma abordagem clínica integrada, favorecendo a partilha de informação, a tomada de decisão colaborativa e a adequação das intervenções às necessidades emergentes da pessoa e da sua família. O funcionamento da unidade assenta no método individual de trabalho, atribuindo a cada enfermeiro a responsabilidade integral pelos cuidados à pessoa ao longo do turno, o que facilita uma intervenção centrada na pessoa, promovendo proximidade, vigilância contínua e reajuste terapêutico de acordo com a evolução clínica (Parreira et al., 2021). Contudo, face à complexidade e instabilidade frequente das situações clínicas, verifica-se a necessidade de articulação constante entre os elementos da equipa, traduzida na colaboração e apoio mútuo entre enfermeiros, particularmente em situações de deterioração aguda, evidenciando a complementaridade entre o método individual de trabalho e a dinâmica colaborativa da equipa, garantindo uma resposta segura e eficaz. Esta articulação estende-se também a outros serviços, nomeadamente ao SU, bloco operatório e enfermarias, assumindo particular relevância na continuidade e transição de cuidados e garantindo um percurso

assistencial integrado da PSC, desde a admissão até à estabilização e transferência para níveis de cuidados menos diferenciados.

A qualidade e segurança dos cuidados constituem dimensões centrais da prática na UCI, sendo operacionalizadas através da monitorização de indicadores assistenciais, como as taxas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), de infeção associada a Cateter Venoso Central (CVC) e de úlceras de pressão, da realização de auditorias internas e da notificação sistemática de eventos adversos, promovendo uma cultura de segurança orientada para a prevenção de complicações e para a otimização dos cuidados. Neste contexto, a tomada de decisão clínica assume um carácter sistematizado, sendo suportada por protocolos institucionais, *guidelines* e *bundles* de cuidados, com destaque para os protocolos de sedação e analgesia, que integram escalas como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), proposta por Sessler et al. (2002), e a versão portuguesa da *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), validada por Marques et al. (2022), em consonância com recomendações internacionais para a monitorização e gestão da dor e da sedação em cuidados intensivos (Devlin et al., 2018). Paralelamente, são mobilizados instrumentos de avaliação da complexidade e carga de cuidados, como o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28), descrito por Miranda et al. (1996), que permitem uma avaliação sistemática da PSC e favorecem a adequação das intervenções e a segurança dos cuidados.

A prática de enfermagem na UCI encontra-se orientada por uma filosofia de cuidados centrados na pessoa e na família, reconhecendo-se o impacto da doença crítica para além da esfera fisiológica, abrangendo também as dimensões emocional, relacional e ética. Sempre que clinicamente possível, promove-se a presença da família, bem como uma comunicação eficaz, contribuindo para a humanização dos cuidados intensivos e para a construção de decisões partilhadas ao longo do percurso clínico.

A experiência formativa na UCI assumiu um papel determinante na consolidação e aprofundamento das competências desenvolvidas nos contextos anteriores, ao expor de forma continuada à prestação de cuidados em situações de elevada gravidade. A necessidade de vigilância permanente, integração simultânea de múltiplos parâmetros clínicos e tomada de decisão exigiu o desenvolvimento de um raciocínio mais estruturado e intencional, sustentado na evidência científica e na ponderação ética. Este percurso contribuiu para a construção progressiva de uma identidade profissional mais diferenciada e consciente, compatível com as exigências do exercício da EPSC.

2. Competências do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem configura-se como um processo contínuo, sistemático e exigente, resultante da integração entre o conhecimento teórico, a prática clínica avançada e a reflexão crítica sobre a prática profissional. A formação ao nível de mestrado tem como finalidade o aprofundamento do conhecimento científico, o fortalecimento do raciocínio clínico, a promoção da capacidade de análise crítica e a consolidação da autonomia na tomada de decisão, permitindo uma intervenção profissional responsável, segura e eficaz no cuidado à PSC, conforme preconizado no Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018).

Este percurso de desenvolvimento profissional decorreu de forma progressiva, sustentado na integração da experiência clínica e na transformação do saber prático, possibilitando a transição de práticas baseadas em regras para intervenções contextualizadas e intuitivas, tal como descrito por Benner (2001). Neste processo, a supervisão clínica, o *feedback* contínuo e os momentos de análise reflexiva assumem um papel determinante, favorecendo a reflexão-na-ação e a reflexão-sobre-a-ação, em consonância com o modelo de prática reflexiva proposto por Schön (1983), contribuindo para a construção da identidade profissional e para o desenvolvimento da competência especializada.

A prática avançada do EE em EMC, na área de especialização em EPSC, encontra-se sustentada em quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a). Estes domínios constituem a base da prática especializada em enfermagem, sendo transversais a todos os profissionais detentores do título de especialista reconhecido pela OE, independentemente do contexto de atuação.

De forma complementar e indissociável, o EE mobiliza competências específicas da área da PSC, orientadas para a intervenção diferenciada em situações de risco vital, que se expressam no cuidado à pessoa e à sua rede de apoio em contextos de doença crítica e/ou falência orgânica, na coordenação da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o planeamento à intervenção, e na implementação de estratégias de prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b). Estes domínios sustentam uma tomada de decisão autónoma e interdependente, permitindo a prestação de cuidados tecnicamente fundamentados, eticamente responsáveis e centrados na pessoa, suportados na melhor evidência científica disponível.

Neste enquadramento, o presente capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva das práticas desenvolvidas nos três contextos de estágio, evidenciando o contributo específico de cada um destes cenários para a consolidação das competências comuns e específicas do EE. Esta reflexão visa evidenciar não apenas as intervenções realizadas, mas também a evolução progressiva da forma de cuidar, pensar e decidir, resultante da integração entre conhecimento científico, evidência e prática clínica.

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

2.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um eixo central ao longo dos diferentes contextos da prática clínica, orientando a atuação no processo de especialização em enfermagem. Esta

competência concretizou-se na prestação de cuidados seguros e tecnicamente fundamentados, com respeito pela dignidade, autonomia, privacidade e direitos da PSC, em conformidade com o Código Deontológico da OE (2015a), com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (OE, 2015b) e com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a). Durante os estágios no SU, UIC e UCI, esta dimensão esteve presente de forma transversal na tomada de decisão, muitas vezes exigida perante situações de instabilidade e risco acrescido.

Centrando inicialmente a análise no SU, uma das experiências que mais exigiu análise crítica e reflexão ética esteve relacionada com o consentimento informado. Em situações de estabilidade clínica, verificou-se que a equipa assegurava uma comunicação adequada à condição da pessoa e ao seu nível de literacia em saúde, em conformidade com o disposto no artigo 105.º do REPE (OE, 2015b). Contudo, em situações de emergência, como politraumatizados ou Paragens Cardiorrespiratórias (PCR), recorreu-se frequentemente ao consentimento presumido, aplicado quando a pessoa não se encontrava em condições de manifestar a sua vontade e não foi possível obter consentimento livre e esclarecido em tempo útil, presumindo-se que consentiria à intervenção necessária para salvaguardar a sua vida ou integridade física (DGS, 2013a). Durante o estágio no SU, esta realidade tornou-se particularmente evidente na admissão de uma pessoa vítima de politraumatismo grave após queda de cerca de 10 metros, que deu entrada em PCR. Perante a ausência de consciência e a necessidade de intervenção imediata para preservar a vida, foram iniciadas manobras de reanimação e diversos procedimentos invasivos, assumindo-se o consentimento presumido como fundamento ético para a intervenção. Esta situação, caracterizada por indicadores de transição como vulnerabilidade extrema, rutura com o estado de saúde anterior e incapacidade de participação no processo de decisão (Meleis, 2010), orientou a priorização de intervenções centradas na preservação da vida e na substituição temporária da autonomia da pessoa, garantindo a salvaguarda da sua dignidade e integridade. Numa fase inicial da prática clínica, a aplicação do consentimento presumido era percecionada sobretudo como um enquadramento legal que legitimava a intervenção imediata. Todavia, a exposição contínua a estas situações permitiu reconhecer que a legitimidade legal não elimina o impacto moral associado à decisão tomada sem a expressão direta da vontade da pessoa. Esta constatação conduziu a uma evolução do pensamento ético, passando a encarar a autonomia não apenas como um requisito formal associado à escolha informada, mas como uma dimensão central do cuidar que exige o reconhecimento da pessoa na sua singularidade e a consideração das suas capacidades em contexto clínico, tal como defendido nas abordagens que integram uma perspetiva relacional e contextual da autonomia (Entwistle & Watt, 2013). A literatura bioética reforça ainda que o respeito pela autonomia implica responsabilidade profissional na sua proteção e promoção, mesmo em situações de capacidade reduzida de decisão (Beauchamp & Childress, 2019).

A ausência de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), previstas na Lei n.º 25/2012 (2012), revelou-se uma limitação significativa, comprometendo o exercício da autodeterminação e evidenciando fragilidades nos sistemas de informação clínica (Jardim, 2013). Durante o estágio no SU, foram observadas várias situações em que pessoas em estado clínico muito grave, frequentemente com múltiplas comorbilidades e incapazes de expressar a sua vontade, eram admitidas sem que existisse informação disponível relativamente a eventuais DAV. Nestes contextos, verificou-se que a consulta das DAV nem sempre era integrada de forma sistemática no processo de decisão clínica, o que condicionava a discussão da equipa relativamente à adequação das intervenções terapêuticas, dificultando a tomada de decisão eticamente sustentada e centrada na pessoa. Esta realidade levou a uma valorização acrescida da verificação da existência de DAV sempre que surgiam pessoas incapazes de expressar a sua decisão, incentivando a consulta do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), conforme estabelecido pela Lei n.º 25/2012 (2012), e promovendo a reflexão informal com

elementos da equipa multidisciplinar sobre a importância de integrar esta verificação no processo de decisão em contexto crítico. Durante este processo, verificou-se alguma heterogeneidade nas respostas dos profissionais, sendo evidente que alguns elementos demonstravam desconhecimento relativamente aos circuitos de consulta disponíveis, enquanto outros, apesar de informados, não integravam sistematicamente essa verificação na prática clínica. Ainda assim, estas discussões contribuíram para reforçar a reflexão em equipa sobre o papel das diretivas antecipadas na promoção da autonomia e da dignidade da pessoa, em consonância com os princípios éticos defendidos por Nunes (2016).

De acordo com a OE (2015b), a confidencialidade e o dever de sigilo profissional, consagrados no artigo 106.º do REPE, revelaram-se particularmente desafiantes em ambientes de trabalho marcados por espaços partilhados e contextos de sobrelotação, como o SU e a UCI, onde o risco de exposição do corpo e da informação clínica é frequentemente acrescido. Perante a evidência do risco de violação da privacidade e da dignidade da pessoa, tornou-se imperativo assumir uma tomada de posição ética enquanto futuro EE, reconhecendo que as limitações estruturais não podem justificar a desvalorização dos princípios que orientam a prática profissional. Neste sentido, foram adotadas estratégias de reorganização do espaço físico, nomeadamente o recurso a biombo e cortinas, o ajustamento do posicionamento da pessoa e da equipa, bem como a adequação da comunicação, através da modulação do tom de voz e da escolha de momentos e locais mais reservados para a transmissão de informação sensível. Estas intervenções alinharam-se com os princípios éticos previstos no Código Deontológico da OE (2015a), promovendo cuidados centrados na pessoa e reforçando o princípio da não maleficência (Beauchamp & Childress, 2019). A reflexão sobre estas práticas permitiu compreender que a ética do cuidado não se esgota em princípios abstratos, mas concretiza-se nas práticas quotidianas e na assunção de responsabilidade, mesmo em contextos institucionalmente limitados, exigindo atenção permanente à vulnerabilidade e à dignidade da pessoa, em linha com a perspetiva da ética do cuidado desenvolvida por Tronto (2013), segundo a qual o cuidado é entendido como prática moral situada que implica compromisso ético contínuo, mesmo perante constrangimentos organizacionais.

Na UIC, à semelhança do SU, a responsabilidade ética e legal assumiu uma complexidade acrescida, sobretudo em procedimentos invasivos como a ICP primária numa situação de EAMcST. Nestes cenários, o consentimento presumido foi por vezes aplicado, justificando-se pela urgência clínica e/ou pela incapacidade da pessoa em expressar a sua vontade, conforme previsto nas orientações da DGS (2013a). Numa fase inicial da integração, a prioridade atribuída à execução técnica do procedimento, associada à necessidade de atuação rápida para limitar o dano no miocárdio, levava a que a comunicação com a pessoa fosse frequentemente relegada para um plano secundário. Contudo, com o amadurecimento clínico e o apoio da supervisão, foi possível consolidar na prática a importância de promover a informação e a dignidade da pessoa, sempre que a sua condição clínica o permita. Assim, sempre que existiam condições mínimas de estabilidade ou durante os momentos de preparação para o procedimento, procurava-se explicar, ainda que de forma breve, o que estava a acontecer e qual o objetivo da intervenção. De forma complementar, em casos eletivos, apesar da existência de consentimento formalmente documentado, foram identificadas situações em que a pessoa não compreendia plenamente os riscos associados aos procedimentos, o que motivou o reforço da explicação da informação, envolvendo a equipa médica, de modo a assegurar uma decisão verdadeiramente livre e esclarecida (DGS, 2013a). Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da competência de mediação da informação e para a consolidação de uma prática centrada no respeito pela autonomia e na participação ativa da pessoa no processo de decisão clínica.

Durante o estágio na UCI, emergiram situações que evidenciaram o risco de obstinação terapêutica, nomeadamente em pessoas profundamente sedadas, ventiladas e com alterações neurológicas graves, sem

DAV conhecidas, nas quais se mantinham intervenções invasivas apesar da ausência de evolução clínica favorável (Nunes, 2016). Numa fase inicial, a continuidade das intervenções era frequentemente percebida como sinónimo de cuidado máximo. A reflexão ética e a integração da evidência científica permitiram reavaliar esta percepção, reconhecendo que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente aceitável. A manutenção de tratamentos desproporcionados pode comprometer a dignidade da pessoa, exigindo a redefinição dos objetivos de cuidado, à luz dos princípios éticos da prática profissional defendidos por Nunes (2016). Perante situações em que os tratamentos se mantinham apesar da ausência de benefício terapêutico, nomeadamente nos casos de progressão para falência multiorgânica, tornou-se necessário refletir sobre a prática clínica, levando à reformulação dos objetivos de cuidado e à transição de uma abordagem predominantemente curativa para cuidados orientados para o alívio do sofrimento. Em alguns contextos, esta transição ocorria de forma gradual e consensual, permitindo uma integração mais clara de cuidados paliativos. Contudo, noutros casos, verificava-se a manutenção de intervenções desproporcionais face ao prognóstico, dificultando a aceitação da limitação do esforço terapêutico. Nestes cenários, procurou-se evidenciar de forma particular o papel do EE na adequação das intervenções, através da sinalização da ausência de benefício terapêutico, da promoção da reflexão em equipa e da participação em momentos de discussão multidisciplinar orientados para a redefinição dos objetivos de cuidado, procurando privilegiar abordagens centradas no conforto e na dignidade da pessoa. A literatura reforça que a proporcionalidade das intervenções, a prevenção de tratamentos fúteis e o respeito pela dignidade humana constituem fundamentos essenciais para garantir cuidados eticamente sustentáveis no final de vida, sendo a atuação do EE determinante na promoção dos princípios da beneficência e da não maleficência (Špoljar et al., 2020).

Para além da dimensão clínica e ética inerente à prática direta, a supervisão clínica assumiu igualmente um papel determinante na consolidação desta competência, ao promover a reflexão crítica e a análise das implicações organizacionais das decisões em contexto de fim de vida. Este processo concretizou-se através da criação de momentos de reflexão conjunta, da integração da evidência científica e da antecipação de dilemas, traduzindo-se no aprofundamento da deliberação partilhada e na participação nos processos de tomada de decisão ética, em consonância com as competências do EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, conforme preconizado pelo Código Deontológico da OE (OE, 2015a). Este acompanhamento favoreceu uma prática mais deliberada, traduzida na realização de pausas reflexivas em momentos de decisão, maior atenção à proporcionalidade das intervenções e reforço da comunicação com a família, contribuindo para uma atuação eticamente consciente. Neste processo, tornou-se também evidente que a responsabilidade ética e legal não se limita à dimensão individual da prática clínica, assumindo igualmente uma expressão organizacional, particularmente na identificação de lacunas institucionais com impacto na qualidade e adequação dos cuidados. Durante o estágio na UCI, verificou-se a inexistência de protocolos formais para limitação terapêutica ou circuitos estruturados de referência para cuidados paliativos, realidade que evidenciou a necessidade de maior estruturação institucional nesta área. Esta lacuna foi identificada como uma oportunidade de melhoria, o que motivou a partilha e análise desta problemática com elementos da equipa de enfermagem e da equipa médica, destacando a importância de estruturar a abordagem à limitação terapêutica e à maior integração de cuidados paliativos na UCI. Nesse âmbito, foi igualmente levantada a pertinência da futura elaboração de um protocolo orientador que apoiasse a equipa na tomada de decisão em situações de fim de vida e na adequação dos objetivos de cuidado, considerando que a existência de orientações estruturadas e protocolos institucionais facilita a tomada de decisão ética e a integração precoce de cuidados paliativos em unidades de cuidados intensivos (Mentzelopoulos et al., 2022). Esta experiência permitiu reconhecer o papel do EE na identificação de

fragilidades organizacionais e na promoção de práticas eticamente sustentadas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a defesa da dignidade da PSC, em consonância com as competências do EE previstas no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a).

A integração progressiva da dimensão ética, legal e profissional na prática clínica traduziu-se numa transformação significativa do modo de pensar e decidir em enfermagem, passando de uma atuação predominantemente normativa para uma prática deliberativa e refletida. Esta evolução permitiu consolidar competências nucleares do exercício avançado, como o julgamento ético-clínico, a advocacia da pessoa e a comunicação terapêutica em contextos críticos, afirmando a ética como base estruturante da prática do EE em EPSC.

2.1.2 Melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade configurou-se, ao longo do percurso formativo, como um eixo estruturante da prática especializada em enfermagem, orientado para a segurança da pessoa, a mitigação do risco clínico e a otimização dos resultados em saúde, em consonância com os princípios do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026 (PNSD 2021–2026) (DGS, 2021). De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a), esta competência envolve a identificação precoce de fatores de risco, a monitorização sistemática de indicadores de desempenho e a implementação de estratégias que promovam a excelência dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional sustentada na aprendizagem contínua, na responsabilização ética e profissional e na centralidade da pessoa.

Numa fase inicial, a melhoria contínua da qualidade era maioritariamente percecionada como o cumprimento de normas, protocolos e procedimentos institucionais. Contudo, a experiência adquirida nos diferentes campos de estágio permitiu uma evolução significativa desta perceção, passando a ser entendida como uma atitude permanente de vigilância, reflexão crítica e questionamento fundamentado das práticas instituídas.

Esta evolução conceptual refletiu-se na prática clínica desde o início do estágio no SU, através da realização sistemática de práticas fundamentais para a qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente a correta identificação da pessoa no momento da triagem, a utilização de sinalética de risco para queda ou alergias e a aplicação do sistema de hemovigilância “Gricode”. Para além da sua execução, foi assegurada a verificação da sua aplicação ao longo do percurso da pessoa no serviço, permitindo a identificação precoce de situações de risco e a adoção de medidas de segurança adequadas. Estas práticas foram desenvolvidas em consonância com os procedimentos instituídos, contribuindo para a prevenção de eventos adversos evitáveis, em conformidade com a Norma n.º 018/2011 da DGS (2011) e com o PNSD 2021–2026 (DGS, 2021). Esta experiência reforçou a compreensão de que a qualidade dos cuidados depende da fiabilidade dos processos e da consistência da sua aplicação no quotidiano clínico.

A frequência de admissões de pessoas idosas polimedicadas possibilitou a identificação de fragilidades relevantes no processo de reconciliação terapêutica, nomeadamente registos da terapêutica habitual incompletos ou desatualizados, bem como divergências entre a informação disponível nos sistemas institucionais e a medicação efetivamente utilizada pela pessoa. Inicialmente, estas incongruências eram encaradas como limitações inerentes ao contexto de trabalhar no SU. Contudo, a reflexão crítica permitiu reconhecer o seu impacto no aumento do risco de duplicações, interações medicamentosas e suspensão inadvertida de medicação essencial. A literatura sustenta que a reconciliação medicamentosa sistemática reduz discrepâncias terapêuticas e constitui uma estratégia relevante para a segurança da pessoa em

momentos de transição de cuidados (Guisado-Gil et al., 2020). Esta constatação conduziu à discussão do problema com a enfermeira gestora, sendo identificada a necessidade de implementação de ferramentas digitais que viabilizem o acesso fiável e célere aos registos farmacológicos, bem como de protocolos estruturados de reconciliação precoce, reforçando o papel do EE na identificação de riscos e na promoção de soluções organizacionais.

No âmbito da cultura organizacional do SU, uma das fragilidades mais evidentes prendeu-se com a ausência de momentos formais de *debriefing* após eventos clínicos críticos, como PCR ou óbitos. Com base em experiências prévias observadas noutros serviços, onde esta prática se encontrava em fase de progressiva institucionalização, foi possível reconhecer o seu valor enquanto ferramenta de aprendizagem coletiva, coesão de equipa e suporte emocional. A evidência científica demonstra que o *debriefing* clínico após eventos críticos promove a reflexão da equipa e a melhoria da qualidade dos cuidados nos serviços de urgência (Brazil et al., 2021). Neste sentido, reconheceu-se a necessidade de criar espaços compatíveis com a dinâmica assistencial, capazes de sustentar a análise crítica dos eventos e a melhoria dos processos de decisão. Sempre que possível, foram promovidos momentos informais de reflexão com os colegas envolvidos após situações particularmente exigentes. Contudo, verificou-se que a sua implementação sistemática no SU é dificultada pelo ritmo assistencial elevado e pela carga de trabalho, o que limita a possibilidade da sua realização imediatamente após os eventos críticos. Apesar destas limitações, a experiência permitiu consolidar a convicção de que a promoção de espaços de reflexão, ainda que breves, constitui uma responsabilidade inerente ao EE no domínio da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das equipas, favorecendo processos de aprendizagem coletiva.

No plano da organização do SU, a observação do funcionamento das vias verdes, nomeadamente da VVC recomendada pela DGS (2025), evidenciou limitações na sua operacionalização. Apesar da designação, não existia um protocolo estruturado ou um mecanismo automatizado de ativação, ficando dependente da iniciativa dos profissionais e da sinalização no sistema informático. Embora funcional, este modelo não assegurava plenamente a padronização, celeridade e equidade na resposta. Perante esta constatação, foram partilhadas com a equipa evidências da literatura relativas à implementação de programas estruturados de ativação rápida no EAMcST, associados à melhoria da coordenação interprofissional e à redução de atrasos em contextos tempo-dependentes (Ginanjar et al., 2020). Foi igualmente dada a conhecer a recente Norma n.º 003/2025 relativa à VVC, cuja implementação poderá contribuir para uma resposta mais estruturada e uniforme (DGS, 2025). Esta análise permitiu desenvolver competências na identificação de falhas organizacionais e na defesa de processos mais padronizados, céleres e seguros para a pessoa.

Na UIC, a melhoria contínua da qualidade encontrava-se fortemente consolidada através da obtenção da certificação ISO 9001:2015 (ISO, 2015), refletindo uma cultura organizacional orientada para a segurança da pessoa, a padronização dos processos e a melhoria contínua dos cuidados. A formação regular das equipas, a revisão sistemática dos procedimentos operacionais e a realização de auditorias internas e externas constituíam pilares estruturais desta abordagem, em consonância com o PNSD 2021–2026 da DGS (2021). Dada a forte orientação da unidade para a qualidade, a identificação de oportunidades de melhoria não se revelou imediata, exigindo uma observação atenta do quotidiano clínico, dos pormenores do processo assistencial e da articulação entre serviços. Um exemplo concreto ocorreu na preparação para uma ICP, quando se constatou a ausência do registo da última dose de enoxaparina administrada à pessoa. Após a identificação dessa lacuna no processo clínico, a situação foi comunicada à enfermeira coordenadora e posteriormente esclarecida junto da equipa do serviço de Cardiologia. Após confirmação do esquema terapêutico previamente administrado, foi possível ajustar a estratégia terapêutica antes da realização do

procedimento, prevenindo potenciais complicações. Considerando que a terapêutica antitrombótica utilizada no contexto das SCA exige avaliação cuidadosa do risco hemorrágico e registo rigoroso da medicação administrada, esta situação reforçou a importância da vigilância clínica contínua, da comunicação interprofissional eficaz e da articulação entre serviços, evidenciando que a qualidade dos cuidados depende da coerência de todo o percurso assistencial (Byrne et al., 2023). Este episódio contribuiu para reforçar a integração sistemática da verificação da terapêutica na preparação da pessoa para procedimentos invasivos.

O registo clínico na plataforma *CardioBase*® constituiu uma ferramenta essencial para a rastreabilidade dos cuidados, a monitorização de tempos críticos e o *benchmarking* interno. Nesta plataforma eram registados dados demográficos, perfis de risco e informação clínica relevante, incluindo o histórico de exames, internamentos e dados relativos aos procedimentos realizados. A consulta destes registos permitia apoiar a preparação para procedimentos e a tomada de decisão clínica, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados, bem como para a monitorização de indicadores de desempenho, como o tempo entre admissão e realização da ICP, o registo relativo à gestão da dor, a verificação do consentimento informado e de alergias, a monitorização da terapêutica anticoagulante e a avaliação dos sinais vitais, bem como para a observação do local de punção no período pós-procedimento. No entanto, a ausência de interoperabilidade desta plataforma entre unidades locais de saúde foi identificada, no decurso do estágio, como uma limitação relevante do processo assistencial e um fator potenciador de risco para a segurança da pessoa. Esta fragilidade foi comunicada à enfermeira gestora, que confirmou tratar-se de uma limitação já previamente reconhecida pela gestão da unidade. Na prática, esta situação obrigava à colaboração na procura de informação através do SClínico® e do contacto telefónico com serviços de origem ou outras instituições, de forma a esclarecer antecedentes clínicos, terapêutica em curso ou resultados de exames recentes. Este processo exigiu tempo adicional e maior articulação entre profissionais para garantir a completude da informação clínica, podendo aumentar o risco de omissões, atrasos na tomada de decisão e erros clínicos. A integração dos sistemas de informação tem sido associada à melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados, com maior adesão a boas práticas e redução de erros (Campanella et al., 2016).

Já na UCI, a variabilidade na forma como diferentes profissionais executavam determinados procedimentos e organizavam intervenções de cuidados evidenciou oportunidades claras de uniformização de procedimentos com base no conhecimento científico, refletindo também alguma inércia clínica associada à manutenção de práticas previamente estabelecidas. Uma das lacunas mais relevantes identificadas foi a ausência sistemática da pausa diária da sedação, apesar da evidência indicar que estratégias de minimização ou interrupção da sedação se associam à redução do tempo de VMI e da duração do internamento em UCI, conforme descrito por Olsen et al. (2020), sendo estas abordagens recomendadas nas orientações para a gestão da sedação nas pessoas em estado crítico (Devlin et al., 2018). A experiência profissional prévia numa UCI distinta, onde esta prática se encontrava sistematizada e alinhada com a evidência científica, reforçou a perceção da sua exequibilidade e segurança, tornando mais evidente, no contexto atual de estágio, a discrepância entre o que é preconizado e a sua implementação na prática clínica. Esta constatação conduziu, no âmbito do desenvolvimento de competências durante o estágio, à adoção de uma postura mais crítica face às práticas instituídas, procurando confirmar na literatura científica atualizada a adequação das intervenções, em vez de as reproduzir apenas por constituírem a prática habitual do serviço. A evidência consultada reforçou a pertinência da avaliação sistemática da necessidade de sedação e da implementação de estratégias de redução, validando uma abordagem mais criteriosa e fundamentada, em articulação com a equipa médica, e afirmando o papel do EE enquanto profissional que questiona práticas estabelecidas e fundamenta a intervenção no melhor conhecimento científico disponível.

Também na gestão de acessos venosos foram identificadas oportunidades de melhoria, nomeadamente a manutenção de cateteres sem indicação clínica, contrariando as recomendações nacionais (DGS, 2017a) e internacionais (Buetti et al., 2022) que preconizam a avaliação diária da necessidade e a sua remoção precoce para redução do risco de infeção. Perante estas situações, promoveu-se a reavaliação da indicação clínica dos acessos venosos em articulação com a equipa médica, questionando a sua necessidade e contribuindo para a decisão de remoção sempre que a sua manutenção não se justificava. Esta intervenção mobilizou competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção, da gestão do risco clínico e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforçando a integração sistemática da avaliação da necessidade dos acessos venosos na prática diária.

O ambiente sonoro da UCI revelou-se outro fator importante na prestação de cuidados, sendo identificado o ruído excessivo como uma problemática transversal, resultante da sobreposição de alarmes, da comunicação entre profissionais e da dinâmica própria do serviço. A evidência demonstra que níveis elevados de ruído se associam à perturbação do sono e que a implementação de estratégias estruturadas de controlo ambiental integra medidas eficazes na redução da incidência de *delirium* na PSC (Barata et al., 2025). Perante este contexto, foram adotadas estratégias orientadas para uma gestão mais consciente dos alarmes, através do seu ajuste criterioso e individualizado, bem como para a adequação da comunicação entre profissionais, nomeadamente através da redução de conversas paralelas junto da pessoa internada e da sensibilização para a manutenção de um ambiente mais silencioso durante os períodos de descanso. A tentativa de consciencializar a equipa para a redução do ruído encontrou alguma resistência, relacionada com a manutenção de práticas habituais e com o facto de a sugestão emergir de um profissional em formação, evidenciando o peso da hierarquia e da cultura organizacional na aceitação da mudança. Ainda assim, a intervenção manteve-se, sustentada na evidência científica e orientada pela centralidade da pessoa, reafirmando o seu bem-estar como critério prioritário na organização dos cuidados. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências na promoção de mudanças graduais na prática clínica, reconhecendo a importância de estratégias de comunicação assertiva e da fundamentação científica para facilitar a adesão da equipa.

Também a reduzida frequência da mobilização em pessoas sedadas foi identificada como uma lacuna na prática, apesar de a evidência recente apontar para benefícios associados à mobilização precoce, progressiva e protocolizada da PSC, incluindo durante a VMI, quando clinicamente viável. A implementação de estratégias ajustadas à condição clínica, desde a mobilização passiva nas fases iniciais até intervenções mais ativas, tem sido associada à melhoria da mobilidade e da independência funcional, à redução do tempo de internamento em UCI, à diminuição da duração da VMI e ao aumento de dias livres de delirium, reforçando a pertinência da sua integração sistemática no planeamento dos cuidados (Wang et al., 2023; Schaller et al., 2024). Perante esta constatação, optou-se não tanto por uma abordagem centrada na sensibilização formal da equipa, mas pela integração sistemática desta intervenção no planeamento dos cuidados, sempre que clinicamente viável, assumindo a execução da mobilização passiva como parte integrante da prática diária, procurando promover a reflexão da equipa e influenciar positivamente a prática através da modelagem pelo exemplo. Esta intervenção foi enquadrada nas competências do EE em EPSC, particularmente na redução do risco de complicações associadas à imobilidade, através do planeamento individualizado de cuidados orientados para a prevenção de complicações e a promoção da funcionalidade, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b). Simultaneamente, articulou-se com a gestão dos cuidados e a melhoria contínua da qualidade, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a), sustentando a integração

sistemática da mobilização como decisão clínica fundamentada e alinhada com as recomendações baseadas na evidência.

Durante o estágio, os registos de enfermagem evidenciaram-se como uma dimensão central da melhoria contínua, permitindo reconhecer que a clareza, objetividade, completude e organização cronológica da documentação são determinantes para a continuidade e a segurança dos cuidados, bem como para a salvaguarda técnico-legal do exercício profissional, conforme decorre das responsabilidades previstas no REPE (OE, 2015b) e no Código Deontológico da OE (OE, 2015a). Os enfermeiros orientadores reforçaram particularmente a importância de registos rigorosos, salientando que a correta documentação constitui um elemento essencial da prática segura e da proteção legal do enfermeiro. Esta sensibilização contribuiu para uma maior consciência crítica relativamente à forma como os cuidados são documentados, conduzindo a uma prática mais criteriosa e precisa na descrição das intervenções realizadas, da evolução clínica da pessoa e dos resultados obtidos. A reflexão sobre esta dimensão evidenciou que registos incompletos, imprecisos ou descontinuados podem comprometer a demonstração de uma prática segura e fundamentada. De igual modo, procurou-se que os registos evidenciassem de forma mais explícita o contributo autónomo da enfermagem, através da documentação dos problemas identificados e das intervenções realizadas. Este processo contribuiu para o desenvolvimento da competência de documentação clínica rigorosa, enquanto dimensão essencial da segurança, da continuidade dos cuidados e da visibilidade do contributo autónomo da enfermagem.

As experiências vivenciadas ao longo deste percurso permitiram consolidar uma compreensão crítica e dinâmica da melhoria contínua da qualidade, reconhecendo-a como um processo sustentado na integração entre evidência científica, prática clínica e trabalho em equipa. Esta evolução traduziu-se em mudanças concretas na atuação profissional, nomeadamente no questionamento fundamentado dos procedimentos instituídos e dos automatismos frequentemente incorporados na prática quotidiana, implicando a problematização do “porquê” das intervenções realizadas e a identificação de oportunidades de melhoria. Como contributo para a melhoria da qualidade, o desenvolvimento do projeto apresentado na Parte II, centrado na identificação das necessidades de aprendizagem da pessoa após EAM, constituiu uma expressão concreta desta evolução, ao evidenciar a importância da integração sistemática de intervenções educativas estruturadas nos cuidados de enfermagem, operacionalizadas através da elaboração de um Roteiro Educativo Pós-EAM e de um Material Educativo em Saúde Pós-EAM (Apêndice I e Apêndice II). O seu desenvolvimento foi orientado para a capacitação da pessoa, a promoção da adesão terapêutica e a continuidade dos cuidados após a alta, com potencial impacto na prevenção de complicações e reinternamentos, constituindo uma expressão dos enunciados descritivos da promoção da saúde, da readaptação funcional e da prevenção de complicações, tal como definidos pela OE (2012). A prática especializada em enfermagem assume, assim, o compromisso ético de promover cuidados seguros, consistentes e centrados na pessoa, reconhecendo que a qualidade não constitui um estado final, mas um compromisso profissional continuamente renovado, em consonância com os domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a).

2.1.3 Gestão de Cuidados

A gestão dos cuidados assume-se como uma competência central do EE, traduzindo-se na conjugação de conhecimentos técnicos e organizacionais para coordenar intervenções em situações de elevada exigência, pressão contínua e recursos limitados. Implica a gestão e otimização dos cuidados de enfermagem, a promoção da articulação eficaz entre a equipa de saúde e a adequação dos recursos às necessidades da

pessoa, com vista à garantia da qualidade e segurança dos cuidados, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a). Ao longo dos diferentes campos de estágio, verificou-se que a gestão dos cuidados exige muito mais do que a simples distribuição de funções. Esta competência requer uma visão global do serviço, capacidade de antecipação, liderança atenta e tomada de decisão fundamentada. No SU, esta competência revelou-se especialmente desafiadora, atendendo à elevada rotatividade, à simultaneidade de situações críticas e à necessidade constante de adaptação das equipas às flutuações da lotação do serviço. Esta realidade exigia reajustamento contínuo na organização dos cuidados e na definição de prioridades, compreensão esta que foi aprofundada através da observação da liderança de turno.

A análise do desempenho dos enfermeiros coordenadores permitiu o reconhecimento da importância da liderança de turno, visível na distribuição estratégica dos recursos humanos, considerando a gravidade clínica das pessoas, o volume de trabalho, a experiência da equipa e as especificidades de cada área. Esta atuação encontra-se alinhada com as competências comuns do EE no domínio da gestão dos cuidados, que pressupõem a capacidade de planear, priorizar e alocar recursos de forma segura e eficiente, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados prestados (OE, 2019a). A literatura destaca igualmente a relevância da liderança dos supervisores e da coordenação das equipas na promoção de ambientes de trabalho seguros e colaborativos, com impacto no funcionamento das equipas e na qualidade dos cuidados prestados (Zaheer et al., 2019). Nessas situações, observou-se que alguns enfermeiros, pela forma como comunicavam e pela postura calma e organizada, assumiam naturalmente um papel de referência, facilitando a coordenação do grupo e o apoio entre pares. A observação destas práticas permitiu reconhecer a importância da comunicação clara, da gestão emocional e da manutenção de uma postura serena na coordenação da equipa em situações de maior exigência, assumindo-se como objetivo a integração progressiva destes princípios na própria atuação profissional. Esta liderança informal, baseada na confiança e no reconhecimento mútuo, é apontada por Lawson e Fleshman (2020) como um fator que favorece ambientes colaborativos e decisões mais consistentes em contextos críticos. A reflexão sobre esta dinâmica contribuiu para uma maior consciencialização da importância da organização e priorização dos cuidados, influenciando a forma como é encarada a gestão dos cuidados na prática clínica e reforçando a necessidade de desenvolver, enquanto futuro EE, uma atuação mais intencional e fundamentada na antecipação das necessidades das pessoas e na organização segura dos cuidados. Em determinadas situações, apesar da ausência de autoridade formal, tornou-se necessário assumir uma liderança funcional, sustentada no conhecimento prévio da equipa e do contexto de trabalho, resultante de experiências profissionais anteriores. Nesses momentos, poderia ter sido adotada uma postura mais passiva, associada à condição de estudante, no entanto, optou-se por uma intervenção ativa, colaborando na orientação da equipa de enfermeiros e dos TAS, notoriamente na área da medicina, através da organização das pessoas nos espaços de atendimento, da comunicação clara de prioridades e do apoio a colegas em situação de maior sobrecarga. Estas intervenções contribuíram para melhorar a fluidez dos cuidados e para a segurança da pessoa, evidenciando que a liderança em enfermagem se exerce também pela iniciativa, pela proximidade e pela capacidade de mobilizar a equipa em função das necessidades do contexto, em consonância com orientações normativas nacionais e profissionais (DGS, 2018; OE, 2019a).

Para além da gestão de recursos humanos, o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados implicou também a valorização da gestão antecipatória de recursos materiais e equipamentos, enquanto componente essencial da segurança assistencial. Esta gestão iniciava-se antes do contacto direto com a pessoa, através da verificação da funcionalidade dos equipamentos e da disponibilidade de materiais no início de cada turno, particularmente na sala de reanimação, com recurso a checklists que permitiam confirmar a operacionalidade de ventiladores, monitores, bombas infusoras e carro de emergência. De igual

modo, a gestão do material esterilizado exigiu vigilância rigorosa dos prazos de validade, da integridade das embalagens e da conformidade com os protocolos de prevenção de infeção, sobretudo em situações de rutura de stock ou aumento súbito da procura. Estes aspetos encontram-se alinhados com as Precauções Básicas de Controlo da Infeção, que recomendam o armazenamento adequado do material e o cumprimento das condições de utilização e integridade dos dispositivos, de modo a prevenir a transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2013b). Esta atenção sistemática reforçou a compreensão de que a gestão segura dos recursos constitui uma dimensão relevante da prática do EE, com impacto direto na prevenção da infeção, na gestão do risco e na qualidade dos cuidados.

No âmbito da gestão logística, a organização dos transportes intra e inter-hospitalares revelou-se um processo complexo, implicando o planeamento articulado entre múltiplos serviços e a tomada de decisão partilhada entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, nomeadamente na seleção do meio de transporte e dos recursos humanos, na definição dos recursos técnicos necessários, no planeamento das intervenções durante o percurso e na prevenção de eventos adversos (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM & SPCI], 2023). Inicialmente percecionada como uma atividade predominantemente operacional, esta dimensão passou a ser reconhecida como um momento crítico da continuidade e segurança dos cuidados, sobretudo em pessoas em situação de instabilidade clínica. A observação deste processo permitiu reconhecer que o transporte da pessoa em estado crítico exige uma gestão rigorosa dos cuidados, envolvendo a coordenação da equipa, a preparação prévia da pessoa e do equipamento, bem como a capacidade de responder a intercorrências ao longo do percurso. Durante a preparação para o transporte, tornaram-se evidentes algumas dificuldades ao nível da coordenação da equipa, nomeadamente em situações em que a presença simultânea de vários profissionais, ainda que com intenção de ajudar, gerava momentos de desorganização e sobreposição de intervenções. Adicionalmente, verificou-se a necessidade de, em determinados momentos, interromper a dinâmica de ação para reavaliar a estabilidade da pessoa e confirmar a adequação do momento mais adequado para o transporte. Estas dificuldades reforçaram a necessidade de um planeamento sistematizado e de uma coordenação eficaz entre profissionais, conforme descrito nas recomendações para o transporte da pessoa em estado crítico, que integram etapas como decisão, planeamento e efetivação, incluindo a avaliação do risco-benefício, a estabilização prévia da pessoa e a preparação da equipa e dos recursos necessários para assegurar a continuidade e segurança dos cuidados (OM & SPCI, 2023). Esta experiência contribuiu para uma compreensão mais crítica da gestão dos cuidados em momentos de transição, reforçando a necessidade de antecipar riscos, coordenar intervenções e ajustar continuamente a decisão face ao estado clínico da pessoa.

A supervisão ativa por parte de profissionais experientes constituiu um recurso constante e estruturante para o desenvolvimento das competências clínicas e de gestão. Esta prática possibilitou *feedback* imediato, reorganização de prioridades e reforço da tomada de decisão crítica, sendo reconhecida como um elemento central da liderança clínica e da segurança da pessoa (OE, 2019a). A passagem de turno, alinhando o registo informatizado com momentos presenciais breves, assegurava uma comunicação clara e centrada nos aspetos essenciais de vigilância. Em turnos de maior exigência, verificaram-se inicialmente dificuldades na manutenção do foco e na estruturação eficaz das prioridades, sendo a supervisão direta essencial para garantir a segurança da prática. Com o decorrer do estágio, verificou-se uma evolução progressiva na organização dos cuidados e na capacidade de antecipar e preparar a resposta a intercorrências, traduzindo-se numa atuação mais segura e sistematizada.

Na UIC, a gestão dos cuidados exigiu elevada capacidade de organização, face à dinâmica dos procedimentos invasivos, à possível admissão sucessiva de pessoas em contexto não programado, à

necessidade de resposta imediata a situações de rápida evolução clínica e à comunicação permanente entre serviços e equipas multidisciplinares. A preparação da sala, a garantia de disponibilidade de materiais como cateteres, guias, stents e fármacos, implicaram planeamento rigoroso, controlo sistemático de stocks e comunicação eficaz entre profissionais. Neste contexto, foi possível a participação ativa na preparação dos procedimentos e na verificação sistemática do material necessário, colaborando na organização da sala, na antecipação de necessidades e na articulação com a equipa multidisciplinar, de forma a garantir a fluidez do processo e a segurança da pessoa submetida a intervenção. O elevado custo associado a estes procedimentos reforçou a necessidade de uma gestão criteriosa dos recursos, sustentada por princípios de eficiência e monitorização contínua. Esta abordagem encontra enquadramento nos modelos de avaliação da qualidade em saúde baseados na ligação entre estrutura, processo e resultados, conforme proposto por Donabedian (1988), nos quais a adequação dos recursos e da organização estrutural constitui condição fundamental para a qualidade dos processos de cuidados e para a obtenção de resultados clínicos favoráveis. Tornou-se, assim, evidente que, num contexto altamente diferenciado como a UIC, a segurança e a qualidade dos cuidados dependem não apenas da execução técnica do procedimento, mas também de uma resposta organizada que reduz a variabilidade e reforça a segurança da pessoa submetida a intervenção.

O registo clínico na plataforma *CardioBase*[®] revelou-se uma ferramenta estratégica para a gestão dos cuidados, permitindo o planeamento, a rastreabilidade e a monitorização de tempos críticos, desde o alerta até à intervenção. Apesar das limitações já mencionadas na interoperabilidade com sistemas de outras unidades hospitalares, a plataforma permitia aceder ao historial clínico cardiovascular das pessoas previamente intervencionadas nesta unidade. A consulta destes registos foi incorporada na prática clínica através da verificação prévia de procedimentos realizados, materiais utilizados, eventuais complicações e tempos de resposta em intervenções anteriores, informação que permitiu apoiar a preparação dos procedimentos e antecipar possíveis necessidades. Assim, o registo sistemático da informação clínica em sistemas digitais assume-se como um elemento essencial para a continuidade e avaliação dos cuidados, conforme evidenciado na literatura (Campanella et al., 2016). A consulta prévia dos registos deixou, assim, de ser apenas um recurso informativo, passando a assumir um papel efetivo na organização antecipada dos cuidados e na redução de riscos.

Complementarmente, a participação ativa na verificação do material e na preparação da mesa de instrumentação permitiu compreender como o diálogo entre médicos, enfermeiros e TAS é determinante para a fluidez dos procedimentos e para a prevenção de falhas. A título ilustrativo, registou-se um episódio em que duas pessoas com EAMcST deram entrada em simultâneo na unidade, o que obrigou a equipa a reorganizar rapidamente as prioridades, atribuindo precedência ao caso clinicamente mais instável e definindo fluxos de atuação claros. A comunicação assertiva permitiu assegurar uma resposta célere e coordenada, evidenciando a importância da liderança partilhada, da comunicação estruturada e da tomada de decisão fundamentada como pilares da gestão segura em contextos de elevada exigência, conforme descrito por Aaberg et al. (2025).

À semelhança do observado na UIC, também na UCI a gestão dos cuidados exigiu elevada capacidade de organização, associada à instabilidade clínica frequente, à possibilidade de admissões sucessivas em curtos períodos de tempo e à necessidade de coordenar múltiplas intervenções altamente diferenciadas. A prestação simultânea de cuidados a várias pessoas em estado crítico, todas com elevado grau de dependência e necessidade de monitorização contínua, exigiu uma priorização rigorosa, capacidade de adaptação permanente e reorganização dinâmica dos planos de cuidados. Durante o estágio, foi frequente a necessidade de gerir situações em que várias pessoas apresentavam instabilidade clínica concomitante, impondo decisões rápidas e reavaliação contínua das prioridades. Tal como referido por Zainal et al. (2025), a priorização em

cuidados intensivos constitui um processo dinâmico, influenciado pela gravidade clínica e pela experiência do enfermeiro, sendo determinante para minimizar o risco de omissões e garantir a segurança. A vigilância clínica contínua permitiu a deteção precoce de alterações discretas, como variações ventilatórias ou hemodinâmicas, possibilitando ajustes atempados das intervenções e a prevenção de complicações. Este processo reflete o papel do EE na vigilância avançada e na gestão proativa dos cuidados, em consonância com as competências de gestão dos cuidados e de prática baseada na evidência científica (OE, 2019a).

Em períodos de maior sobrecarga, tornou-se evidente a forte ancoragem ainda presente ao modelo clássico de trabalho individualizado, centrado na lógica de “cada enfermeiro, o seu doente”, particularmente enraizado no contexto da UCI. Como já foi referido, este modelo corresponde ao método individual de organização do trabalho de enfermagem, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade direta pelos cuidados prestados às pessoas que lhe são atribuídas durante o turno, favorecendo a responsabilização profissional e a continuidade dos cuidados (Parreira et al., 2021). Apesar destas vantagens, os mesmos autores referem que este método pode revelar limitações em contextos de elevada exigência assistencial, uma vez que a centralização da vigilância no enfermeiro responsável pode dificultar a resposta imediata a alterações clínicas quando este se encontra envolvido noutros cuidados prioritários. Embora este modelo privilegie a responsabilidade individual, o mesmo revelou-se desafiante em situações em que sinais de alarme ou alterações clínicas exigiam vigilância imediata, nem sempre compatível com a disponibilidade do enfermeiro diretamente responsável. Esta realidade evidenciou o risco de atrasos na deteção de deterioração clínica e de resposta tardia a eventos adversos, reforçando a necessidade de ultrapassar uma visão fragmentada do cuidado e de adotar uma abordagem assente na responsabilidade partilhada e na coordenação adaptativa. Face a estas situações, procurou-se desenvolver uma atenção mais sistemática ao estado global da unidade e às prioridades emergentes, procurando integrar essa leitura na organização da própria vigilância clínica e na gestão das intervenções a realizar. A promoção de uma leitura global do estado da unidade, com verbalização das prioridades emergentes e comunicação clara entre profissionais, favoreceu a construção de modelos mentais partilhados e uma consciência situacional coletiva. Estas práticas contribuíram para uma comunicação mais eficaz e para a segurança dos cuidados, em consonância com a evidência que identifica a comunicação do líder, a consciência situacional e a coordenação da equipa como determinantes do desempenho em contextos clínicos complexos (Aaberg et al., 2025).

As experiências desenvolvidas nos diferentes contextos permitiram consolidar a gestão dos cuidados como uma competência transversal e progressivamente integrada na prática. A exposição a realidades distintas evidenciou a necessidade de ajustar continuamente a organização e a priorização das intervenções face à instabilidade clínica das pessoas, aos recursos disponíveis e à dinâmica da equipa. Neste percurso, tornou-se também mais evidente a exigência associada à carga cognitiva decorrente da monitorização simultânea de múltiplos dispositivos, alarmes e parâmetros clínicos, impondo estratégias conscientes de organização mental e previsão de necessidades. Com o decorrer dos estágios, aprofundou-se a transição de uma atuação predominantemente reativa para uma abordagem mais antecipatória, baseada na análise de tendências clínicas e na preparação prévia das intervenções. Esta evolução traduziu-se numa maior consciência do impacto das decisões organizacionais na segurança da pessoa e da equipa, bem como numa atuação mais intencional na prevenção de riscos e na articulação interprofissional. Assim, a gestão dos cuidados assumiu-se como uma dimensão central da prática especializada, sustentando intervenções mais seguras e ajustadas à complexidade das situações críticas.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais enquanto futuro EE foi configurado como um processo dinâmico, progressivo e reflexivo, alicerçado na integração entre conhecimento científico, prática clínica e análise crítica da experiência. Este percurso traduz-se na consolidação crescente da autonomia profissional, do raciocínio clínico e da responsabilidade ética, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a), sustentando uma prática especializada, segura e baseada em evidência. A prática reflexiva é reconhecida como um pilar do desenvolvimento da competência avançada, permitindo transformar a experiência em conhecimento estruturado (Schön, 1983; Benner, 2001). Ao longo dos diferentes contextos clínicos, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais afirmou-se como uma dimensão transversal e estruturante da formação, permitindo transformar a experiência em conhecimento consolidado e em maior consciência crítica sobre a prática. A experiência prévia de exercício profissional em contexto de SU e UCI, durante um período marcado pela pandemia por *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), constituiu um elemento facilitador da reintegração nestes serviços, nomeadamente pelo conhecimento prévio da equipa, do espaço físico e das dinâmicas organizacionais. Essa familiaridade facilitou uma integração mais célere e permitiu orientar a atenção, desde uma fase inicial, para domínios mais exigentes da prática clínica. No período de pandemia, a intervenção esteve predominantemente centrada na resposta imediata às exigências do serviço, na adaptação a orientações em constante atualização e na gestão do stress em ambientes altamente exigentes. Em contrapartida, o regresso em contexto formativo revelou-se substancialmente distinto, favorecendo a adoção de uma postura mais reflexiva e intencional, orientada para o desenvolvimento de competências avançadas, a análise crítica das intervenções e a tomada de decisão fundamentada. Esta transição implicou uma reconfiguração do posicionamento profissional, marcando o início de um percurso consciente de construção da identidade enquanto futuro EE em EPSC.

A rotação pelas diferentes áreas do SU revelou-se determinante para o aprofundamento dessas aprendizagens e para o desenvolvimento progressivo de competências especializadas. Na área de triagem, o aperfeiçoamento da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester contribuiu para consolidar competências na recolha sistematizada de dados clínicos, na análise e na definição de prioridades, sustentando uma tomada de decisão segura e fundamentada, de acordo com as orientações da DGS (2018). Na sala de reanimação, a integração na equipa de intervenção rápida favoreceu a mobilização de algoritmos, como o XABCDE e o SAV, reforçando a comunicação eficaz, a decisão em tempo útil e o autocontrolo em situações de elevada exigência (Perkins et al., 2021). A utilização destes referenciais orientou o raciocínio clínico na avaliação sistemática da PSC e apoiou a definição das intervenções prioritárias durante a abordagem inicial e em situação de reanimação. Deste modo, a passagem por estas áreas contribuiu para uma atuação progressivamente menos centrada na execução imediata e mais sustentada numa leitura estruturada das prioridades clínicas e da resposta da equipa.

A transmissão de más notícias constituiu sempre uma área geradora de apreensão pessoal, associada à necessidade de encontrar as palavras mais adequadas em momentos mais sensíveis. Situações como a comunicação de informação clínica desfavorável ou o acompanhamento de familiares em sofrimento exigiram empatia, escuta ativa e assertividade comunicacional, promovendo o desenvolvimento de ferramentas relacionais essenciais para uma abordagem humanizada. Com o incentivo dos enfermeiros orientadores, foram progressivamente integradas estratégias de comunicação estruturada, inspiradas no protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), que integra seis etapas: *Setting* (preparação do ambiente), *Perception* (avaliação da perceção da pessoa), *Invitation* (convite à partilha de informação), *Knowledge* (transmissão da informação),

Emotions (gestão das emoções) e *Strategy and Summary* (definição de estratégias e síntese). Entre essas estratégias incluíram-se a preparação prévia da conversa, a escolha de um espaço adequado, o recurso a pausas intencionais que permitissem à pessoa e à família interiorizar a informação transmitida e a validação das emoções expressas pelos familiares (Seifart et al., 2014). Comparativamente à fase inicial do estágio e após a exposição a várias situações de transmissão de más notícias, verificou-se um aumento da preparação para lidar com estes momentos. Ainda assim, reconhece-se que esta permanecerá uma área na qual não se antecipa uma plena tranquilidade na sua abordagem, atendendo à natureza sensível e ao impacto emocional inerente a este tipo de situações.

Para além das aprendizagens no domínio da comunicação e da relação com a pessoa e a família, destacam-se igualmente situações clínicas que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da capacidade de avaliação e de intervenção em contextos de resposta urgente. Tornou-se particularmente marcante um episódio relacionado com a abordagem a uma pessoa com suspeita de AVC isquémico, potencialmente elegível para trombólise. Os sinais clínicos foram identificados precocemente e foi ativada a VVAVC, tendo existido participação ativa no cálculo da dose de alteplase, na sua diluição de acordo com o protocolo institucional e no início da perfusão. Durante todo o processo, foi assegurada uma monitorização rigorosa, contribuindo para uma intervenção atempada, segura e articulada pela equipa multidisciplinar. Houve colaboração nos procedimentos de sedação, entubação e analgesia, bem como com a equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para o helitransporte, evidenciando a importância da cooperação interinstitucional, da capacidade de antecipação logística e da decisão fundamentada em contextos de resposta urgente (Powers et al., 2019). Esta experiência permitiu compreender de forma mais concreta o impacto da rapidez na identificação dos critérios de elegibilidade para trombólise e na ativação da via verde, salientando a necessidade de uma avaliação neurológica sistematizada e de uma priorização imediata das intervenções.

Numa fase inicial do estágio, a consulta de normas institucionais, orientações da DGS e literatura científica atualizada assumia sobretudo um carácter individual, funcionando como suporte interno à tomada de decisão, sem que esse conhecimento fosse frequentemente partilhado em contexto de equipa. Existia alguma reserva na interpelação de práticas instituídas, nomeadamente em situações de resposta urgente, por receio de interferir em dinâmicas já estabelecidas e de causar atritos interpessoais. Progressivamente, à medida que foi sendo conquistado maior espaço na equipa e adotada uma comunicação não confrontacional, assente na valorização da aprendizagem contínua, esta postura foi-se transformando. Esta evolução traduziu-se numa aprendizagem de natureza relacional e profissional, permitindo a passagem de um saber individual para um saber partilhado, sustentado na evidência científica, favorecendo a fundamentação das práticas desenvolvidas e a partilha de sugestões de melhoria com os colegas, em consonância com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a).

Na UIC, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu um carácter técnico-científico mais robusto, exigindo estudo aprofundado da anatomia coronária, da fisiologia cardíaca, da farmacologia hemodinâmica e dos dispositivos utilizados na cardiologia de intervenção. A familiarização com o manuseio e a vigilância dos materiais foi acompanhada por um investimento continuado na interpretação das imagens angiográficas, sendo o estudo das diferentes projeções do angiograma um dos aspetos mais desafiantes do estágio. A apropriação progressiva deste conhecimento revelou-se fundamental para a identificação das lesões, para o acompanhamento da progressão dos cateteres durante a ICP e para uma compreensão mais ampla e integrada de todo o processo interventivo, favorecendo igualmente a antecipação das necessidades de material e de cuidados à PSC ao longo dos procedimentos. Paralelamente, o conhecimento

progressivamente adquirido sobre cateteres de diagnóstico e de tratamento, introdutores, balões, stents convencionais e farmacológicos e guias com diferentes calibres e níveis de rigidez, bem como sobre a farmacologia associada, incluindo heparina, nitratos, adenosina, verapamil e antiplaquetários como o eptifibatide, contribuiu para reforçar a segurança da prática e aumentar a capacidade de resposta perante intercorrências, como bradicardias reflexas, hipotensões transitórias ou reações ao contraste. A observação e participação assistida em técnicas complementares de imagem e intervenção, como o *Intravascular Ultrasound* (IVUS), a *Optical Coherence Tomography* (OCT) e a litotricia intravascular, contribuíram igualmente para consolidar competências técnicas diferenciadas e reforçar a importância da atualização contínua.

O acompanhamento da pessoa antes e após os procedimentos possibilitou o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais essenciais para assegurar uma abordagem centrada na pessoa. A escuta ativa, o acolhimento das dúvidas e a clarificação de procedimentos evidenciaram a importância da literacia em saúde (Sørensen et al., 2012). Esta abordagem foi complementada pela criação de um Material Educativo em Saúde sobre Desnervação Renal (Apêndice III), que surgiu a título de desafio por parte da enfermeira gestora. A sua elaboração exigiu pesquisa científica, tradução do conhecimento técnico e permitiu o desenvolvimento de competências pedagógicas e de comunicação adaptada, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do EE, nomeadamente no domínio do desenvolvimento da aprendizagem e capacitação da pessoa (OE, 2019a).

O estágio na UCI, para além de constituir um contexto privilegiado de aprendizagem e de desenvolvimento das competências do EE, foi também um espaço particularmente rico para o contacto com técnicas e intervenções próprias dos cuidados intensivos. Contudo, a experiência prévia neste contexto permitiu ultrapassar uma aprendizagem centrada no “como fazer” ou no “como utilizar”, orientando o processo formativo para o aprofundamento da prática, sustentado na compreensão do “porquê” de cada intervenção, conforme descrito na literatura (Schön, 1983). A experiência acumulada favoreceu uma abordagem mais reflexiva, direcionando a aprendizagem para a fisiopatologia da doença e para o impacto que as ações de enfermagem podem exercer, de forma interdependente, sobre os diferentes sistemas do organismo da PSC. A análise contínua da evolução da pessoa permitiu integrar o conhecimento teórico com a experiência prática, promovendo uma atuação mais consciente, intencional e fundamentada. Este percurso reforçou a importância de intervir não apenas com base no saber técnico, mas alicerçado numa compreensão aprofundada das decisões tomadas e da sua influência na progressão da doença.

Este percurso de aprofundamento implicou também um conflito interno, associado à experiência prévia em contexto de UCI e à perceção de que determinados conhecimentos já deveriam estar consolidados. Nos momentos iniciais, essa autoexigência traduziu-se numa menor disponibilidade para explicitar dúvidas consideradas mais básicas, por receio de expor fragilidades. Com o decorrer do processo formativo e da supervisão clínica durante o estágio, tornou-se progressivamente evidente que a experiência prévia, embora relevante, não substitui o desenvolvimento intencional de competências especializadas, exigindo a capacidade de questionar, rever pressupostos e validar decisões, sobretudo em contextos de elevada exigência. Esta tomada de consciência marcou uma mudança de posicionamento enquanto futuro EE, passando a ser reconhecido o percurso de especialização como um espaço privilegiado para a consolidação e aprofundamento de competências avançadas na prestação de cuidados à PSC. À luz do modelo de desenvolvimento de competências descrito por Benner (2001), reconheceu-se que o crescimento profissional não decorre apenas da repetição da prática, mas da integração progressiva da experiência, permitindo um raciocínio clínico cada vez mais contextualizado e seguro. Assim, passou a assumir-se a verbalização de

dúvidas, o pedido de validação em situações concretas e o recurso à evidência científica como parte integrante de uma prática responsável e orientada para a segurança da PSC.

Neste processo de aprofundamento do raciocínio, a componente hemodinâmica assumiu particular relevância, ao constituir-se como base estruturante da perfusão e do funcionamento dos restantes sistemas orgânicos. A análise integrada dos mecanismos que regulam o débito cardíaco, a pressão de perfusão e a distribuição do fluxo sanguíneo permitiu interpretar de que forma as alterações cardiovasculares condicionam a função respiratória, renal, neurológica e metabólica da PSC (Cecconi et al., 2014). Esta leitura integrada facilitou a interpretação crítica dos dados monitorizados, permitindo relacionar as alterações hemodinâmicas com as manifestações clínicas observadas e antecipar potenciais desequilíbrios sistémicos. Esta compreensão orientou a tomada de decisão para intervenções ajustadas à fisiopatologia subjacente, mobilizando competências especializadas do EE em EPSC, nomeadamente na monitorização avançada, interpretação de parâmetros complexos e tomada de decisão clínica fundamentada perante situações de instabilidade da PSC, conforme definido no Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b). A atuação passou a ser guiada por uma visão global da hemodinâmica e do seu impacto transversal na evolução do estado da pessoa, em detrimento da execução isolada de intervenções.

A gestão da VMI constituiu igualmente uma área relevante de aprofundamento, integrando algumas inovações ao nível do equipamento. O contacto com ventiladores de última geração, nomeadamente os dotados de modos inteligentes e adaptativos, permitiu compreender o funcionamento de algoritmos capazes de ajustar automaticamente parâmetros ventilatórios, como as pressões e a frequência respiratória, de acordo com objetivos previamente definidos. Estes modos ventilatórios adaptativos têm sido descritos na literatura como estratégias que utilizam algoritmos para ajustar automaticamente o volume corrente e a frequência respiratória com base na mecânica respiratória da pessoa, promovendo uma ventilação mais individualizada e potencialmente protetora (Baedorf Kassis et al., 2022). Esta experiência reforçou a importância do papel do EE na validação clínica desses ajustes, através da interpretação integrada dos parâmetros apresentados pelo ventilador, dos resultados da gasometria arterial e da avaliação clínica da pessoa, nomeadamente do esforço respiratório, da saturação periférica de oxigénio e de indicadores da mecânica pulmonar, como a *compliance* e as pressões ventilatórias. A análise conjunta destes elementos permitiu avaliar a adequação dos parâmetros sugeridos pelo ventilador e fundamentar a tomada de decisão, relativamente à necessidade de manter ou reajustar a estratégia ventilatória, reconhecendo que a tecnologia constitui um suporte à decisão, mas não substitui o raciocínio clínico avançado.

A utilização da ecografia como ferramenta de apoio à prática clínica revelou-se uma aprendizagem relevante no desenvolvimento das competências profissionais. Um dos enfermeiros orientadores apresentou a ecografia à cabeceira da pessoa como um instrumento complementar ao raciocínio clínico, permitindo uma tomada de decisão mais objetiva, em consonância com a evidência que reconhece o contributo do *Point-of-Care Ultrasound* (POCUS) para a segurança da pessoa e o suporte à decisão clínica na prática de enfermagem (dos Santos et al., 2024). Tratou-se da primeira utilização de um ecógrafo em contexto clínico, nomeadamente para apoiar a confirmação da posição de sondas vesicais, nasogástricas e até numa sonda de *Sengstaken-Blakemore*. A utilização deste recurso permitiu aumentar a segurança na avaliação da posição dos dispositivos e apoiar decisões clínicas quanto à necessidade de reposicionamento ou manutenção das sondas, contribuindo para reduzir a incerteza diagnóstica e a exposição da pessoa a procedimentos invasivos ou repetidos. Esta experiência evidenciou também o potencial da ecografia como ferramenta de apoio à avaliação clínica à cabeceira, permitindo integrar dados objetivos na monitorização da pessoa e reforçando a tomada de decisão fundamentada no planeamento e ajuste do plano de cuidados. Reconhece-se, contudo, que se

trata de um domínio com elevado potencial de desenvolvimento e diferenciação profissional, no qual se identificam ainda competências limitadas.

O percurso desenvolvido ao longo do estágio permitiu integrar, de forma progressiva, os diferentes níveis de aprendizagem experienciados nos vários contextos clínicos, traduzindo-se numa prática mais consciente, estruturada e sustentada. A exposição a realidades distintas, aliada à reflexão contínua sobre a intervenção, contribuiu para a consolidação de competências profissionais ajustadas à complexidade dos cuidados à PSC. Este processo reforçou a importância da atualização permanente, da partilha de conhecimento em equipa e da reflexão sobre a prática como elementos centrais do desenvolvimento profissional, constituindo uma base sólida para a continuidade do percurso enquanto futuro EE.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

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

A prestação de cuidados à PSC exige uma abordagem altamente diferenciada, marcada pela instabilidade fisiológica e pela necessidade de intervenção contínua e ajustamento permanente dos cuidados (OE, 2018b). Neste âmbito, o EE assume um papel determinante na monitorização da pessoa, na interpretação integrada dos dados e na adequação das intervenções face à evolução da condição clínica, mobilizando conhecimento científico atualizado e um raciocínio clínico avançado, conforme preconizado pela OE (2019a). A vigilância emerge, assim, como um elemento estruturante do cuidar em ambientes de elevada acuidade, com impacto direto nos resultados em saúde (Meyer & Lavin, 2005). O desenvolvimento desta competência constrói-se progressivamente através da prestação direta de cuidados em situações de elevada exigência, onde a antecipação de complicações e a adaptação das intervenções assumem particular relevância. Reconhece-se igualmente o cuidador/família como parte integrante do processo de cuidar, atendendo ao impacto da doença crítica nas dinâmicas familiares e à necessidade de suporte emocional, informação e envolvimento no percurso assistencial, o que reforça a complexidade da intervenção em enfermagem nestes cenários, em linha com uma abordagem centrada na pessoa e na família (OE, 2019a). Os diferentes cenários de estágio revelaram-se determinantes para a consolidação integrada destas dimensões do cuidado.

No SU, a abordagem a situações como insuficiência respiratória aguda, choque séptico, estado de mal epilético, PCR e trauma major exigiu respostas organizadas e fundamentadas, frequentemente enquadradas por protocolos e pela articulação com a equipa multidisciplinar. A prática permitiu aprofundar uma abordagem sistematizada da PSC, favorecendo a avaliação estruturada da pessoa, a identificação de alterações potencialmente ameaçadoras da vida e a definição de prioridades de intervenção (Perkins et al., 2021). A participação nos cuidados à PSC incluiu o apoio à entubação orotraqueal, a gestão da VMI e VNI, a administração de sedativos e vasopressores e a monitorização da resposta da pessoa. Integraram-se ainda intervenções como a inserção de acessos venosos periféricos, a colaboração na colocação de cateteres venosos centrais e cateteres arteriais, o apoio à colocação de drenos torácicos e a introdução de dispositivos como sondas nasogástricas e vesicais, assegurando uma atuação tecnicamente rigorosa e ajustada à prioridade de cada situação, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a). Em contexto de trauma, destacou-se a intervenção na estabilização inicial, nomeadamente através da aplicação de colares

cervicais e da utilização de dispositivos de imobilização, reforçando a importância da abordagem precoce na prevenção de complicações.

Neste enquadramento, a vivência de situações clínicas concretas permitiu aprofundar não apenas as competências técnicas, mas também a dimensão relacional do cuidado em contexto crítico. Num dos episódios acompanhados, procedeu-se à abordagem de uma pessoa admitida com insuficiência hepática aguda associada a encefalopatia, com alteração do estado de consciência e sinais de falência multiorgânica. A situação exigiu suporte ventilatório e estabilização hemodinâmica imediata, decorrendo em simultâneo com a presença de familiares em evidente sofrimento. A intervenção junto da família centrou-se na transmissão de informação clara e honesta, no esclarecimento de dúvidas e na validação das reações emocionais, assegurando uma comunicação ajustada ao momento clínico. Neste tipo de situações, a gestão da comunicação revelou-se particularmente exigente, sobretudo na necessidade de equilibrar a clareza da informação com a preservação da esperança e a gestão de expectativas. Este episódio evidenciou a necessidade de integrar rigor técnico e presença empática na prática especializada, reconhecendo o papel do EE como facilitador da comunicação em contextos de crise, em consonância com as orientações da DGS (2021), constantes no PNSD 2021–2026, que valoriza os cuidados centrados na pessoa e na sua rede de apoio.

Na UIC, o cuidado à PSC assumiu contornos muito específicos, associados à instabilidade hemodinâmica da doença coronária aguda e aos riscos inerentes aos procedimentos invasivos. Segundo o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b), compete ao EE assegurar cuidados diferenciados em situações de risco de vida, integrando dimensões técnicas, humanas e relacionais, nomeadamente através da monitorização hemodinâmica contínua e gestão de complicações durante procedimentos como a ICP, da promoção do conforto e controlo da dor, e da comunicação terapêutica com a pessoa e família, particularmente em momentos de maior ansiedade e vulnerabilidade. A vigilância da pessoa submetida a ICP exigiu uma abordagem estruturada desde a fase pré-procedimento, incluindo confirmação de identidade, verificação de alergias e dados analíticos, colocação de acessos venosos, posicionamento adequado, validação do consentimento informado e início da monitorização multiparamétrica. A experiência desenvolvida na UIC possibilitou o desenvolvimento de competências na interpretação integrada das alterações hemodinâmicas durante os procedimentos, nomeadamente na compreensão da relação entre as manipulações coronárias e as suas repercussões fisiológicas imediatas, permitindo identificar respostas adaptativas no modo fisiológico, relacionadas com instabilidade hemodinâmica, e do modo de autoconceito, evidenciado por ansiedade e medo face ao procedimento. Foram assim implementadas intervenções dirigidas à monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos, ajuste da terapêutica conforme a evolução clínica e suporte emocional através da comunicação terapêutica e esclarecimento do procedimento, contribuindo para a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos, redução da ansiedade e maior colaboração da pessoa durante o procedimento, promovendo respostas adaptativas mais eficazes à situação clínica (Roy, 2009). Após as intervenções, foi assegurada monitorização contínua do estado hemodinâmico e do local de punção, favorecendo a deteção precoce de complicações como hematomas, pseudoaneurismas ou hemorragias. Esta vigilância revelou-se particularmente importante nas primeiras horas pós-procedimento, período crítico para a identificação de intercorrências como dor torácica recorrente, arritmias ou episódios de hipotensão, de acordo com as recomendações para a abordagem e monitorização da pessoa com SCA (Byrne et al., 2023). A aplicação de medidas preventivas e a avaliação rigorosa do acesso vascular contribuíram para consolidar competências nos cuidados pós-hemodinâmicos e na redução do risco de eventos adversos, evidenciando o papel central do EE na monitorização avançada da PSC, conforme descrito por Meyer e Lavin (2005). A educação da pessoa

relativamente às restrições de mobilidade e sinais de alarme constituiu igualmente um momento essencial de prevenção de riscos e promoção da segurança clínica.

A prática desenvolvida permitiu também evidenciar, em situações concretas, a importância desta vigilância clínica especializada. Numa das ocasiões experienciadas ocorreu um episódio de hipotensão súbita durante uma ICP, na sequência da administração de nitrato intracoronário. A monitorização contínua permitiu a identificação precoce da alteração e a sua comunicação imediata à equipa médica, possibilitando uma resposta terapêutica eficaz. Este episódio evidenciou a rapidez com que pode ocorrer descompensação clínica em cardiologia de intervenção, reforçando a importância de uma vigilância sistemática, fundamentada e desenvolvida em conjunto com a equipa (Byrne et al., 2023).

Paralelamente, emergiu a relevância da dimensão humana do cuidado no contexto da UIC. A gestão do conforto foi assumida como um eixo essencial da prática especializada, através da implementação de medidas como o controlo térmico, o posicionamento adequado, a avaliação sistemática da dor e a comunicação empática. Estas intervenções contribuíram para a redução do sofrimento, para a diminuição da ansiedade associada ao procedimento e para a promoção da segurança clínica da PSC. O elevado suporte tecnológico não suprimiu a centralidade dos gestos simples. Pelo contrário, consolidou-se a consciência de que explicar cada etapa do procedimento, antecipar sensações e validar o bem-estar da pessoa constituem práticas que humanizam o cuidado e promovem uma relação terapêutica baseada na confiança (Chochinov, 2007).

Na UCI, o cuidado à PSC e à sua família revelou-se particularmente exigente, requerendo uma abordagem centrada, multidimensional e contínua, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 e o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2018b, 2019a). Durante o estágio, foram acompanhadas pessoas dependentes de diversos suportes invasivos, como VMI, terapêutica vasoativa e técnicas de substituição renal. Estas situações, marcadas por instabilidade clínica persistente e evolução imprevisível, exigiram vigilância contínua, avaliação global do estado da pessoa e decisões clínicas fundamentadas quanto à adequação e proporcionalidade das intervenções, em função da evolução da falência orgânica. A antecipação e prevenção de complicações, através da análise de tendências, da interpretação criteriosa dos parâmetros monitorizados e da deteção precoce de alterações subtis, revelou-se determinante para a segurança da pessoa e para o ajustamento atempado do plano de cuidados (OE, 2018b).

Também na UCI, a gestão do conforto e do sofrimento assumiu especial relevância, particularmente em pessoas sedadas ou incapazes de comunicar, nas quais a ausência de comunicação verbal não invalida a experiência de dor nem a necessidade da sua avaliação sistemática. Tornou-se, assim, necessário recorrer a instrumentos validados de avaliação comportamental, interpretando sinais não verbais, como expressões faciais, tensão muscular e alterações comportamentais, através da aplicação da CPOT, conforme descrito por Marques et al. (2022), complementada pela observação de respostas fisiológicas enquanto indicadores de alerta, de forma a ajustar intervenções promotoras de conforto e orientadas para o alívio do sofrimento. Esta abordagem, sustentada na evidência científica disponível para a prática em cuidados intensivos (Devlin et al., 2018), contribuiu para a preservação da dignidade da pessoa e para a humanização dos cuidados em contexto de doença crítica.

Paralelamente, verificou-se que a presença da família, sempre que possível, contribui para a estabilidade emocional da pessoa internada e favorece a humanização dos cuidados, em linha com as recomendações internacionais para a promoção de cuidados centrados na família em unidades de cuidados intensivos (Davidson et al., 2017). Neste sentido, a família não deve ser entendida como mera visitante, mas como parte integrante do cuidado, o que exige uma comunicação baseada na escuta ativa, empatia e clareza,

respeitando a sua necessidade de informação e participação no processo de decisão. Quando a comunicação verbal com a pessoa se encontrava comprometida, o recurso a estratégias relacionais, como a presença terapêutica, o toque e o silêncio, revelou-se fundamental para a manutenção da relação terapêutica e da dignidade da pessoa, reconhecendo que pequenos gestos podem preservar o sentido de valor e humanidade mesmo em situações de elevada complexidade (Chochinov, 2007).

A prestação de cuidados a pessoas com falência orgânica múltipla implicou o confronto com os limites da intervenção curativa, gerando, numa fase inicial, sentimentos de frustração perante a persistência da instabilidade clínica e a imprevisibilidade da evolução. Este confronto exigiu um processo de adaptação, permitindo o desenvolvimento de uma compreensão mais abrangente do cuidar, centrada não apenas na reversão da doença, mas na adequação das intervenções à condição da pessoa, valorizando o conforto, a dignidade e o alívio do sofrimento, particularmente em situações de fim de vida. Em determinados momentos, tornou-se necessário reorientar o foco dos cuidados perante situações de agravamento clínico, conforme descrito no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Tratou-se de processos de transição particularmente exigentes para a pessoa e a família, caracterizados por indicadores como incerteza face ao prognóstico, elevada vulnerabilidade e necessidade de reorganização dos papéis familiares (Meleis, 2010). Nesses contextos, a intervenção de enfermagem centrou-se na monitorização da evolução clínica, na adaptação dos cuidados às necessidades da pessoa e na implementação de medidas de controlo sintomático, promoção do conforto e apoio à família. Esta intervenção articulou-se também com uma comunicação progressiva e ajustada ao nível de entendimento dos familiares, através do reforço da informação em momentos distintos, da validação das dúvidas e do apoio na tomada de decisão face à evolução clínica. Esta abordagem contribuiu para a redução do sofrimento, para uma maior clareza na tomada de decisão familiar e para a promoção de maior dignidade no final de vida. A reorientação dos cuidados para o conforto, sustentada na dignidade da pessoa, traduz a integração de princípios paliativos em cuidados intensivos, reconhecida como uma dimensão essencial da prática especializada e com impacto na qualidade dos cuidados no final de vida, tanto para a pessoa como para os seus familiares (Aslakson et al., 2014).

O percurso desenvolvido permitiu consolidar uma prática mais consciente e fundamentada no cuidado à PSC e à sua família, ajustada à evolução clínica e aos diferentes contextos de intervenção. A experiência adquirida reforçou a importância de uma presença profissional atenta e de uma comunicação adequada, reconhecendo a família como parte integrante do processo de cuidar, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade. A mobilização dos referenciais teóricos de Meleis e Roy contribuiu para o desenvolvimento desta competência, ao permitir uma abordagem mais estruturada e fundamentada do cuidar, favorecendo a integração das dimensões fisiológica e emocional, sustentando a tomada de decisão clínica e promovendo a adaptação da pessoa e família às transições vivenciadas.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe constitui uma competência específica do EE em EMC, na área de especialização em EPSC, traduzindo-se na mobilização integrada de saberes técnicos, organizacionais e estratégicos para garantir a proteção da vida, a segurança dos profissionais e a continuidade dos cuidados em contextos de evolução incerta, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b). Esta competência implica não apenas a atuação eficaz perante eventos críticos, mas também a capacidade de antecipar necessidades, conceber planos de resposta, operacionalizar procedimentos e avaliar continuamente a eficácia das ações implementadas. Neste âmbito, o

EE assume um papel ativo na preparação e na operacionalização da resposta em cenários de exceção, mobilizando recursos e competências em contextos de elevada exigência, em articulação com o enquadramento do exercício profissional de enfermagem (OE, 2015b) e com as competências específicas definidas pela OE (2018b).

As orientações nacionais relativas à preparação para emergências sublinham a importância do planeamento sistemático, a definição clara de circuitos e responsabilidades, bem como a realização de exercícios periódicos como pilares de uma cultura de prevenção e gestão do risco (DGS, 2010). Este enquadramento relaciona-se com as orientações da DGS (2021), nomeadamente no âmbito do PNSD 2021–2026, que destaca a cultura de segurança, a liderança organizacional, a comunicação eficaz e a implementação continuada de práticas seguras como fundamentos estruturantes da segurança em saúde. Assim, no SU, onde a instabilidade é uma constante, verificou-se que a capacidade de resposta da equipa depende da existência de protocolos claros, de comunicação estruturada e de coordenação eficaz em tempo real, mobilizando competências do EE na definição de prioridades, na liderança da resposta e na gestão da comunicação em situações críticas, em consonância com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b).

A familiarização com o Plano de Emergência Interno (PEI) e com os procedimentos definidos para diferentes níveis de alerta permitiu aprofundar a perceção sobre a importância da antecipação organizacional, da clarificação de responsabilidades e da hierarquização da cadeia de comando. Esta dimensão tornou-se particularmente evidente durante a observação de um simulacro hospitalar de catástrofe, concebido para testar a capacidade de resposta da unidade face à chegada súbita de múltiplas vítimas. A literatura reconhece a simulação como uma estratégia essencial para avaliar a operacionalidade dos planos e fortalecer a preparação das equipas para cenários excecionais (WHO, 2017). Durante este exercício, foi possível observar a ativação do Posto Médico Avançado, a aplicação da triagem *Simple Triage and Rapid Treatment* (START), recomendada pela DGS (2010), e a redefinição dinâmica dos circuitos assistenciais, com reorganização das equipas, alocação funcional dos recursos e coordenação interprofissional. A posição de observador permitiu ainda identificar alguma hesitação inicial na distribuição de intervenções e uma tendência para adesão estrita ao plano, evidenciando como a capacidade de adaptação em tempo real constitui um desafio mesmo para profissionais experientes. No entanto, a análise destas dinâmicas reforçou a compreensão do impacto que o EE pode ter na leitura do ambiente, na comunicação e na capacidade de redesenhar fluxos de trabalho. O exercício culminou numa reunião de *debriefing* interprofissional, onde foram identificados pontos críticos e oportunidades de melhoria, reforçando a importância da aprendizagem colaborativa e da cultura de segurança, em consonância com orientações nacionais na área da segurança e qualidade dos cuidados (DGS, 2011; DGS, 2021).

Ainda no SU, embora não tenham ocorrido eventos classificados formalmente como catástrofe durante o período de estágio, registaram-se situações de exceção, entendidas como episódios de desequilíbrio entre a procura assistencial e os recursos disponíveis, exigindo adaptação organizacional imediata e mobilização acrescida das equipas (DGS, 2010). Entre estas situações destacaram-se a entrada simultânea de duas pessoas na sala de reanimação, o afluxo superior ao habitual de pessoas ao serviço e períodos de sobrecarga significativa, em particular na área da Medicina. Nestes contextos, tornou-se evidente a necessidade de reorganização dinâmica dos recursos e de redefinição de prioridades, incluindo a participação direta do enfermeiro coordenador na prestação de cuidados diretos à pessoa. Estas situações evidenciaram a relevância do conhecimento prévio dos planos de contingência, da comunicação clara, da partilha de um modelo mental comum e da confiança entre profissionais como fatores determinantes para a eficácia da

resposta, em consonância com a literatura que identifica a adaptabilidade, a liderança e a comunicação como dimensões centrais do desempenho de equipas em contextos clínicos complexos (Weller et al., 2014).

Na UIC, esta competência foi aprofundada através da análise do PEI, incluindo circuitos de evacuação, rotas seguras e procedimentos definidos para falhas de energia, incêndios ou explosões. Procedeu-se igualmente à identificação dos pontos críticos do espaço físico, o que permitiu aprofundar o entendimento dos mecanismos de atuação em incidentes que envolvem gases medicinais, radiação ou equipamentos de suporte vital. Esta análise reforçou a importância da preparação específica para riscos tecnológicos em ambientes altamente diferenciados. A segurança passou, assim, a ser entendida como um processo de gestão ativa do risco, sustentado na antecipação, controlo e mitigação de eventos adversos, conforme descrito por Vincent e Amalberti (2016). Neste sentido, a presença de riscos específicos exige do EE competências na identificação de perigos e na atuação segura na prestação de cuidados à PSC, em consonância com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b).

A observação do papel do enfermeiro gestor de risco da UIC, responsável pelas ações de formação periódica e pela atualização dos planos de contingência, permitiu reconhecer a relevância da formação contínua, da validação de competências e da manutenção de equipas treinadas para responder a eventos disruptivos. Foram acompanhadas reuniões de planeamento e momentos de simulação de falhas técnicas, possibilitando a compreensão da lógica de redundância de sistemas e da articulação com entidades externas como Bombeiros, INEM e Proteção Civil, favorecendo o desenvolvimento de uma leitura sistémica da resposta em emergência. O envolvimento nestas atividades permitiu analisar os cenários simulados, identificar pontos críticos e refletir sobre estratégias de atuação, contribuindo para o desenvolvimento de competências na organização da resposta e na preparação para situações de emergência.

Na UCI, a análise dos planos de evacuação e contingência permitiu reconhecer a importância da preparação estruturada para situações de emergência e exceção, como incêndio interno, falência energética ou interrupção do fornecimento de oxigénio. A discussão destes cenários com enfermeiros coordenadores e elementos da direção clínica evidenciou que a resposta eficaz a eventos críticos exige planeamento prévio, definição clara de responsabilidades e uma comunicação a nível estratégico e operacional. A continuidade dos cuidados intensivos, mesmo em situações disruptivas, depende dessa capacidade organizacional de antecipação e coordenação, conforme descrito na literatura sobre *surge capacity* e gestão de crises em cuidados críticos (Hick et al., 2014). A realização de exercícios teóricos e a análise de casos simulados permitiram avaliar de forma mais consciente a operacionalidade dos planos existentes, a eficácia da cadeia de comando e os desafios inerentes à comunicação sob stress. A evidência demonstra que o desempenho das equipas em contextos clínicos de elevada exigência está associado ao treino conjunto regular, à clarificação prévia das funções e à utilização de estratégias comunicacionais entre profissionais de diferentes disciplinas, constituindo estes fatores determinantes para a eficácia da resposta e para a segurança da pessoa (Weller et al., 2014). A partir desta análise, tornou-se mais evidente que o EE em EPSC assume um papel ativo tanto na intervenção clínica como na preparação institucional, orientando a sua prática para a antecipação de riscos e para a organização da resposta em contextos não previstos no funcionamento habitual. A reflexão desenvolvida ao longo do estágio permitiu reconhecer que a atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe se constrói a partir de uma leitura global do contexto, sustentando decisões ajustadas e seguras, com impacto direto na proteção da pessoa, da equipa e da organização.

2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da 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

A intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos assumiu-se como uma dimensão central da prática enquanto futuro EE em EMC, na área de EPSC, particularmente em situações marcadas por instabilidade fisiológica e pela utilização frequente de dispositivos invasivos. De acordo com a World Health Organization (WHO) (2016), nestes cenários verifica-se um aumento do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e de disseminação de microrganismos multirresistentes, exigindo intervenções sistemáticas e uma atuação sustentada na melhor evidência científica disponível. Reconheceu-se que esta dimensão da prática exige a análise contínua das situações clínicas e organizacionais emergentes no serviço, bem como tomada de decisão fundamentada, em consonância com os princípios de gestão do erro descritos por Reason (2000).

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018b), compete ao EE intervir de forma diferenciada neste domínio, promovendo ambientes seguros e contribuindo para a redução do risco e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta competência encontra-se alinhada com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS (2017a) e com as recomendações internacionais da WHO (2021) para a segurança da pessoa, que reconhecem a prevenção como pilar essencial da segurança da PSC. A prevenção e o controlo da infeção assumiram-se como um elemento transversal à prestação de cuidados à PSC, exigindo uma intervenção integrada nas dimensões técnica, organizacional e educativa. Em todos os campos de estágio, a infeção associada aos cuidados de saúde constituiu um risco relevante, ainda que sustentado por fatores distintos, nomeadamente, a elevada rotatividade e proximidade entre utentes no SU, a realização de procedimentos invasivos na UIC e a utilização prolongada de dispositivos e a gravidade clínica na UCI (WHO, 2016). A aplicação sistemática das precauções básicas de controlo da infeção foi assumida como prioridade transversal à prestação de cuidados, integrando a higienização das mãos, a utilização adequada de equipamentos de proteção individual e a adoção de medidas de isolamento sempre que clinicamente indicadas. A realidade assistencial destes serviços exigiu adaptações contínuas nas estratégias de controlo da infeção e, em situações de infeção por microrganismos multirresistentes, foram aplicadas medidas como o isolamento por coorte, a reorganização física dos espaços e a utilização adequada de equipamentos de proteção individual, em função do risco de transmissão e da necessidade de prevenir infeção cruzada, conforme preconizado pela DGS (2013b), bem como a consulta dos protocolos internos e a articulação com o responsável local do PPCIRA. Compreendeu-se ainda que o controlo da infeção assume uma dimensão organizacional, implicando a definição de circuitos funcionais, a orientação de familiares e o reforço de condutas profissionais, em consonância com as orientações internacionais para a organização segura dos cuidados (WHO, 2016).

No contexto específico do SU, a observação da prática permitiu aprofundar a reflexão sobre a adesão às medidas de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Verificou-se uma forte adesão institucional à promoção da higiene das mãos, com dispensadores acessíveis e referência frequente aos cinco momentos recomendados pela WHO (2009). Ainda assim, em períodos de maior afluência ao serviço, foram identificadas falhas pontuais, como o uso inadequado de luvas em contextos de risco, nomeadamente a sua utilização como substituto da higiene das mãos ou a omissão desta entre contactos sucessivos com diferentes pessoas. Perante estas situações, procurou-se reforçar a importância da higiene das mãos enquanto medida fundamental de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, optando-se sobretudo por

promover boas práticas através do exemplo na prática clínica diária, assegurando a correta utilização das luvas e a realização da higiene das mãos nos momentos recomendados. Considerando o contexto de estágio e a necessidade de preservar um ambiente colaborativo na equipa, evitou-se a interpelação direta dos colegas em situações pontuais de incumprimento, privilegiando-se antes uma estratégia de sensibilização indireta, assente no exemplo e na responsabilização profissional, como forma de promover a reflexão entre pares e contribuir para a melhoria das práticas. Esta realidade reforçou a necessidade de estratégias formativas contínuas que privilegiem a perceção do risco, a autorresponsabilização e a vigilância entre pares, conforme preconizado na Norma n.º 007/2019 da DGS (2019), sendo igualmente reconhecido na literatura que o reforço da formação, da consciencialização dos profissionais e da promoção de uma cultura de segurança contribuem para melhorar a adesão às práticas de controlo de infeção e reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde (Allegranzi et al., 2017).

A resistência aos antimicrobianos foi identificada como uma preocupação recorrente, sobretudo em situações de sépsis ou de infeções comunitárias com risco de multirresistência. A antibióterapia empírica foi iniciada com base na suspeita clínica e nos padrões epidemiológicos mais prováveis, sendo posteriormente reavaliada à luz dos resultados microbiológicos, em consonância com os princípios de *antimicrobial stewardship*, conforme preconizado pela WHO (2015). De forma concreta, foi assegurada a colheita de amostras microbiológicas antes do início da antibióterapia, bem como a verificação dos tempos de administração e das compatibilidades farmacológicas, articuladas com a monitorização da resposta clínica e a identificação de potenciais efeitos adversos. Este processo evidenciou a importância do tempo, da precisão diagnóstica e da adequação farmacológica no prognóstico da pessoa, reforçando o papel do EE na vigilância clínica e farmacológica associada à terapêutica antimicrobiana.

De forma concomitante, valorizou-se a componente educativa da intervenção. As pessoas e os familiares foram orientados quanto ao uso adequado de equipamentos de proteção individual, ao cumprimento de circuitos e às restrições de visita, orientação particularmente relevante em contextos de risco (DGS, 2017a). Na alta, forneceram-se informações sobre antibióterapia domiciliária e cuidados à ferida, promovendo comportamentos seguros no domicílio. Estas intervenções enquadram-se nas recomendações internacionais que reconhecem a educação da pessoa e da família como componente essencial dos programas de prevenção e controlo da infeção e do uso responsável de antimicrobianos (WHO, 2016). Em situações de vulnerabilidade social, verificou-se a necessidade de coordenação com o serviço social, cuidados de saúde primários e equipas de continuidade, reforçando uma abordagem centrada na pessoa e na sua realidade.

Na UIC, a mitigação do risco infeccioso revelou exigências particularmente rigorosas, dado que todos os procedimentos implicam acesso ao sistema vascular. A preparação asséptica da sala, a verificação da esterilidade, o controlo da validade dos dispositivos e a organização da mesa de instrumentação foram assumidas como práticas estruturantes da segurança clínica. A antissepsia cutânea com clorhexidina alcoólica a 2% foi executada respeitando o tempo de contacto e secagem, conforme recomendado por Buetti et al. (2022) e em consonância com as orientações nacionais de prevenção e controlo da infeção da DGS (2017a), reforçando a importância do rigor técnico e da atenção ao detalhe. A vigilância dos acessos vasculares incluiu inspeção sistemática, avaliação dos pensos quanto à integridade, aderência, presença de exsudado e à monitorização de sinais inflamatórios, sendo igualmente aproveitada como oportunidade educativa junto da pessoa, nomeadamente quanto aos cuidados a ter com o acesso vascular e sinais de alerta, em conformidade com as orientações da DGS (2017a).

A utilização de touca, máscara, bata e calçado específico por todos os profissionais constituiu uma prática transversal, sendo também colocadas máscara e touca às pessoas submetidas aos procedimentos. Em

situações que implicavam isolamento, nomeadamente por contacto, gotículas ou aerossóis, foram adotadas medidas adicionais ajustadas ao tipo de transmissão, como o uso de luvas, óculos de proteção e batas descartáveis, em conformidade com os protocolos institucionais e de acordo com as orientações nacionais e internacionais de prevenção e controlo da infeção (DGS, 2017a; WHO, 2016). Estas práticas reforçaram a compreensão de que a prevenção da infeção se constrói através da consistência dos comportamentos e da adesão rigorosa às normas estabelecidas.

A gestão do risco incluiu ainda dimensões ambientais e organizacionais, como a realização de desinfecção terminal da sala após os procedimentos, recorrendo a produtos de largo espectro com ação bactericida, virucida e fungicida (DGS, 2017a). A manutenção do ambiente clínico e do funcionamento adequado dos equipamentos integrou a rotina diária, incluindo o controlo da limpeza das superfícies, a desinfecção de áreas de contacto frequente e a verificação da integridade, funcionalidade e segurança de cabos, mobiliário e equipamentos. A atenção contínua às normas de assepsia, à rastreabilidade dos materiais e ao cumprimento dos protocolos traduziu-se numa participação mais ativa na verificação da esterilidade, no controlo da validade e integridade dos dispositivos e na monitorização das práticas de assepsia durante os procedimentos. Esta experiência permitiu desenvolver uma consciência crítica sobre o impacto dos comportamentos quotidianos na segurança da pessoa, reforçando a prevenção como pilar central da proteção em contexto de cardiologia de intervenção.

Na UCI, a prevenção e o controlo da infeção assumiram também um papel central, face à elevada vulnerabilidade da PSC e à exposição prolongada a dispositivos invasivos. A vigilância sistemática de sinais clínicos, laboratoriais e hemodinâmicos revelou-se essencial para a deteção precoce de infeções associadas aos cuidados de saúde e de outras complicações, reconhecendo-se o seu impacto no prognóstico, na duração do internamento e na mortalidade (WHO, 2016). A prevenção de infeções associadas a dispositivos, nomeadamente no contexto da VMI e da utilização de cateteres venosos centrais, exigiu a avaliação diária da sua necessidade, a remoção precoce de dispositivos não essenciais, a aplicação rigorosa de técnica asséptica e o cumprimento de *bundles* de prevenção, conforme descrito nas recomendações internacionais atualizadas para a prevenção de infeções associadas a CVC e pneumonia associada à ventilação mecânica (Buetti et al., 2022; Klompas et al., 2022), bem como nas orientações nacionais do PPCIRA, preconizadas pela DGS (2017a). Um aspeto particularmente relevante de mudança pessoal foi a introdução de pausas intencionais antes da realização de atos assépticos, após a identificação, no âmbito da prática clínica desenvolvida durante o estágio, de comportamentos previamente automatizados que poderiam comprometer o rigor na execução de técnicas assépticas, nomeadamente a realização de pensos após a prestação de outros cuidados à pessoa, sem a substituição prévia das luvas. A reflexão promovida por um dos enfermeiros orientadores, associada à utilização inicial da técnica *non touch* como estratégia de compensação, permitiu reconhecer que esta abordagem não substitui o cumprimento integral dos princípios da técnica asséptica, conforme descrito por Rowley et al. (2010), reforçando a consciência de que a segurança depende da capacidade de interromper a ação, rever criticamente o procedimento e confirmar, em cada momento, a sua correta execução.

No âmbito da prevenção da PAV, foram implementadas intervenções baseadas na evidência, nomeadamente a elevação da cabeceira entre 30–45°, a realização de higiene oral com clorhexidina a 0,12% duas vezes por dia, a aspiração subglótica sempre que disponível e a minimização da manipulação dos circuitos ventilatórios, assegurando a manutenção de um sistema fechado e a sua substituição apenas quando clinicamente indicada. Estas medidas integraram-se numa abordagem preventiva estruturada, alinhada com os *bundles* de cuidados baseados na evidência (Wani et al., 2024; DGS, 2017a), passando a ser entendidas não

como intervenções isoladas, mas como parte de uma vigilância contínua e intencional orientada para a prevenção da infeção e para a segurança da PSC (OE, 2018b).

Ao longo dos estágios, foi-se afirmando uma prática consistente na prevenção e controlo da infeção, integrada no cuidado diário e ajustada às exigências dos diferentes contextos. Esta experiência traduziu-se numa mudança concreta da prática, marcada por maior atenção ao detalhe, interrupção consciente de automatismos e validação sistemática dos procedimentos antes da sua execução. Reconheceu-se, assim, o papel do EE como elemento determinante na proteção da PSC, evidenciando que a segurança resulta da forma como cada gesto é pensado e realizado.

3. Conclusão

O percurso desenvolvido constituiu um momento estruturante na consolidação das competências do EE em EPSC, permitindo integrar conhecimento científico, prática profissional e reflexão crítica num processo contínuo de amadurecimento. A experiência adquirida nos diferentes campos de estágio contribuiu para uma compreensão mais aprofundada do papel do EE, não apenas enquanto executante de intervenções diferenciadas, mas enquanto profissional capaz de sustentar decisões, rever práticas e intervir de forma intencional em contextos de elevada responsabilidade, através de aprendizagens distintas e complementares desenvolvidas de forma articulada.

No SU, a necessidade de resposta imediata e de organização do cuidado em tempo útil reforçou a importância da priorização e da leitura rápida das situações. Na UIC, o contacto com procedimentos altamente diferenciados e tecnologia avançada permitiu aprofundar o rigor técnico e a vigilância especializada. Na UCI, o acompanhamento de pessoas com falência orgânica múltipla favoreceu uma abordagem global, sustentada na observação contínua, na fundamentação das decisões e na interação próxima com a equipa e com a família.

Ao longo deste percurso, consolidou-se uma prática mais consciente e deliberada, sustentada pela capacidade de avaliar, antecipar e ajustar a intervenção face à evolução da PSC. A exposição a contextos exigentes contribuiu para uma maior segurança na tomada de decisão e para a revisão de automatismos previamente incorporados, promovendo uma atuação mais intencional e fundamentada. Simultaneamente, a integração nas equipas multiprofissionais evidenciou a centralidade da comunicação clara e da colaboração estruturada como elementos determinantes da segurança e da qualidade dos cuidados.

A reflexão sistemática sobre a prática, apoiada na evidência científica, nos referenciais normativos da OE e nas orientações da DGS, revelou-se um eixo transversal de desenvolvimento. Este processo permitiu identificar áreas de melhoria, consolidar boas práticas e reforçar uma visão ética e responsável da intervenção especializada, centrada na segurança da pessoa, na qualidade dos cuidados e no respeito pela sua dignidade. Neste processo, emergiram também dificuldades, particularmente na gestão das prioridades em situações de sobrecarga assistencial e na confrontação com dilemas éticos relacionados com a limitação do esforço terapêutico, exigindo a sustentação das decisões em princípios éticos e conhecimento científico. Assim, tornou-se claro que a especialização em enfermagem não se esgota na aquisição de competências técnicas avançadas, mas implica uma evolução contínua do pensamento profissional e da responsabilidade assumida. Consolidou-se, deste modo, uma identidade profissional mais crítica, autónoma e consciente, capaz de responder, de forma segura e fundamentada, à complexidade crescente dos cuidados à PSC.

As competências adquiridas sustentam a pertinência do trabalho de investigação apresentado na segunda parte deste relatório. A sua aplicabilidade à prática clínica reforça o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

- Aaberg, O. R., Johannesen, D. T. S., Moi, E. B., Frivold, G., Jensen, F., & Haddeland, K. (2025). Team leader communication in ad hoc teams and its impact on team outcomes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25, Article 780. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12887-3>
- Allegranzi, B., Kilpatrick, C., Storr, J., Kelley, E., Park, B. J., & Donaldson, L. (2017). Global infection prevention and control priorities 2018–22: A call for action. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1178–e1180. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30427-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30427-8)
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2418–2428. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000573>
- Baedorf Kassis, E. N., Brenes Bastos, A., Schaefer, M. S., Capers, K., Hoenig, B., Banner-Goodspeed, V., & Talmor, D. (2022). Adaptive Support Ventilation and Lung-protective Ventilation in ARDS. *Respiratory Care*, 67(12), 1542–1550. <https://doi.org/10.4187/respcare.10159>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Barata, C., Arsénio, M., Deodato, S., & Veludo, F. (2025). Sleep-promoting non-pharmacological interventions to prevent delirium in the critically ill: Scoping review. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2025(18), Article e38916. <https://doi.org/10.29352/mill0218e.38916>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. Costa, Trad.). Quarteto. (Trabalho original publicado em 1984)
- Brazil, V., Symon, B., & Twigg, S. (2021). Clinical debriefing in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 33(5), 778–779. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13834>
- 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>
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G. A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., ... ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Campanella, P., Lovato, E., Marone, C., Fallacara, L., Mancuso, A., Ricciardi, W., & Specchia, M. L. (2016). The impact of electronic health records on healthcare quality: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(1), 60–64. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv122>
- Cecconi, M., De Backer, D., Antonelli, M., Beale, R., Bakker, J., Hofer, C., Jaeschke, R., Mebazaa, A., Pinsky, M. R., Teboul, J.-L., Vincent, J.-L., & Rhodes, A. (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring: Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine*, 40(12), 1795–1815. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3525-z>
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine. *BMJ*, 335, 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M.,

- Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., ... Frizzola, M. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45, 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, 4147–4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. (2014). *Diário da República: 2.ª série, n.º 153*. Ministério da Saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010, de 6 de outubro: Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 018/2011: Identificação inequívoca de utentes*. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)* (Norma n.º 029/2012, atualizada a 31 de outubro de 2013). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PPCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Via verde do acidente vascular cerebral no adulto* (Norma n.º 015/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018: 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>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019: Precauções básicas de controlo de infeção*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/06/DGS-Norma-n-07-2019.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026* (Despacho n.º 9390/2021). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2025). *Norma n.º 003/2025, de 7 de março: Via Verde Coronária (VVC) no adulto*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- dos Santos, V. B., da Silva, W. P., Santana Apablaza, M. F., da Silva, T. V., & Gimenes, F. E. (2024). The use of point-of-care ultrasound in nurses' clinical practice as a foundation for patient safety. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(Suppl. 2), e77suppl0201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202477suppl0201>
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>
- Ginanjar, E., Sjaaf, A. C., Alwi, I., Sulistyadi, W., Suryadarmawan, E., Wibowo, A., & Liastuti, L. D. (2020). CODE STEMI Program Improves Clinical Outcome in ST Elevation Myocardial Infarction Patients: A Retrospective Cohort Study. *Open Access Emergency Medicine*, 12, 315–321. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S259155>
- Guisado-Gil, A. B., Mejías-Trueba, M., Alfaro-Lara, E. R., Sánchez-Hidalgo, M., Ramírez-Duque, N., & Santos-Rubio, M. D. (2020). Impact of medication reconciliation on health outcomes: An overview of systematic reviews. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(8), 995–1002. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.011>
- Hick, J. L., Einav, S., Hanfling, D., Kissoon, N., Dichter, J. R., Devereaux, A. V., & Christian, M. D. (2014). Surge Capacity Principles: Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST consensus statement. *Chest*, 146(4), e1S–e16S. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0733>
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015: Quality management systems — Requirements*. <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- Jardim, M. J. (2013). *Diretivas antecipadas de vontade*. Ordem dos Enfermeiros.
- Joint Commission International. (2023). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals* (8th ed.). Joint Commission International.
- Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Howell, M. D., Lee, G., Magill, S. S., Maragakis, L. L., Priebe, G. P., Speck, K., & Yokoe, D. S. (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>
- Lawson, D., & Fleshman, J. W. (2020). Informal Leadership in Health Care. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 33(4), 225–227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. (2012). *Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)*. Diário da República. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>
- 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), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mentzelopoulos, S., Chen, S.-C., Nates, J., Kruser, J., Hartog, C., Michalsen, A., Efstathiou, N., Joynt, G., Lobo, S., Avidan, A., Sprung, C., Ely, W., Kompanje, E., Mer, M., Feldman, C., Metaxa, V., Shinall, M. C., Myburgh, J., & Vrettou, C. (2022). Derivation and performance of an end-of-life practice score aimed at interpreting worldwide treatment-limiting decisions in the critically ill. *Critical Care*, 26, Article 80. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03971-9>
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Miranda, D. R., de Rijk, A., & Schaufeli, W. (1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items—Results from a multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(1), 64–73. <https://doi.org/10.1097/00003246-199601000-00012>
- Nunes, L. (2016). *Ética e deontologia profissional em enfermagem*. Lidel.
- Olsen, H. T., Nedergaard, H. K., Strøm, T., Oxlund, J., Wian, K.-A., Ytrebø, L. M., Kroken, B. A., Chew, M., Korkmaz, S., Lauridsen, J. T., & Toft, P. (2020). Nonsedation or Light Sedation in Critically Ill, Mechanically Ventilated Patients. *The New England Journal of Medicine*, 382(12), 1103–1111. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1906759>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código deontológico do enfermeiro* (Anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_2012_Codigo_Deontologico_Enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *REPE – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Diário da República. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série, 184, 128–155. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de doentes críticos adultos: Recomendações 2023*. <https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/dju3-transporte-doente-critico-2023-versao-cemi-om-iii-2023.pdf>

- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Perkins, G. D., Gräsner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., & Nolan, J. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 update to the 2018 guidelines. *Stroke*, 50(12), e344–e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320, 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rowley, S., Clare, S., Macqueen, S., & Molyneux, R. (2010). ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. *British Journal of Nursing*, 19(1), S5–S11. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.Sup1.47079>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.
- Schaller, S. J., Scheffenbichler, F. T., Bein, T., Blobner, M., Grunow, J. J., Hamsen, U., Hermes, C., Kaltwasser, A., Lewald, H., Nydahl, P., Reißhauer, A., Renzewitz, L., Siemon, K., Staudinger, T., Ullrich, R., Weber-Carstens, S., Wrigge, H., Zergiebel, D., & Coldewey, S. M. (2024). Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel. *Intensive Care Medicine*, 50, 1211–1227. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07532-2>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Seifart, C., Hofmann, M., Bär, T., Riera Knorrenschild, J., Seifart, U., & Rief, W. (2014). Breaking bad news—what patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology*, 25(3), 707–711. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt582>
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Špoljar, D., Ćurković, M., Gastmans, C., Gordijn, B., Vrkić, D., Jozepović, A., Vuletić, S., Tonković, D., & Borovečki, A. (2020). Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *Journal of Critical Care*, 58, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.010>
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy*. NYU Press.
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Safer healthcare: Strategies for the Real World. *Springer*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>
- Wang, L., Hua, Y., Wang, L., Zou, X., Zhang, Y., & Ou, X. (2023). The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1202754. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1202754>
- Wani, F. U. R., Sundararajan, V., Shanthi, M., Payal, R., & Amit, C. (2024). Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia Through Care Bundles: A Systematic Review and Analysis. *Acta Scientiae*, 25(5), 534–546. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16918668>
- Weller, J. M., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149–154. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>
- World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization. (2015). *Global action plan on antimicrobial resistance*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1a487887-e162-46a0-8aef-802907c66070/content>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d811a2ad-3c7f-48a2-b88b-4935da71a87b/content>
- World Health Organization. (2017). *Simulation exercise manual: A practical guide and tool for planning, conducting and evaluating simulation exercises for outbreaks and public health emergencies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b7f2aa99-15c1-4e95-a0d6-c1006db0493f/content>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2019). Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: Exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing. *Human Resources for Health*, 17, 66. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0404-2>
- Zainal, N. H., Islam, M. A., Rasudin, N. S., Mamat, Z., Hanis, T. M., Hasani, W. S. R., & Musa, K. I. (2025). Critical Thinking and Clinical Decision Making Among Registered Nurses in Clinical Practice: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Reports*, 15(5), 175. <https://doi.org/10.3390/nursrep15050175>