

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

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

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
LIDERANÇA DAS EQUIPAS EM SITUAÇÕES CRÍTICAS**

Patrícia Pereira Fernandes

Fevereiro de 2026

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

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

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
LIDERANÇA DAS EQUIPAS EM SITUAÇÕES CRÍTICAS**

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa - Lisboa para obtenção de grau Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica

Patrícia Pereira Fernandes, nº9227

Orientador: Professora Doutora Leila Sales

Fevereiro de 2026

“The essence of nursing is care – thoughtful, attentive care, a willingness to help, a giving of oneself.”

-Patricia Benner

Agradecimentos

Um objetivo raramente se alcança de forma solitária. Pelo contrário, é muitas vezes o reflexo de uma rede de apoio, incentivo e inspiração que sustenta cada passo ao longo do caminho. Assim, este percurso não teria sido possível sem a presença e o contributo de pessoas que, de diferentes formas, deixaram a sua marca neste processo formativo e humano.

Desta forma, expresso o meu sincero agradecimento:

À minha supervisora pedagógica, pela orientação segura, pela partilha generosa de conhecimento e pela disponibilidade constante ao longo de todo este percurso.

Aos colegas das instituições nas quais realizei os estágios, em especial aos supervisores clínicos, pelo acolhimento, exemplo de profissionalismo e partilha diária de conhecimento.

À turma do mestrado, pelo espírito de entreaajuda, união e partilha que marcaram este caminho coletivo.

Às colegas de mestrado, em especial à Ana Mateus e à Tatiana Teixeira, pela amizade, pela partilha de desafios e conquistas, e por se tornarem pilares firmes nesta caminhada.

À equipa e coordenação do meu serviço, pela compreensão demonstrada na conciliação entre vida profissional e académica e pela colaboração inestimável nos momentos de maior exigência.

À minha família - aos meus pais e ao meu irmão - pelo exemplo de integridade, dedicação e resiliência que sempre me transmitiram. Foram, e continuarão a ser, o meu porto seguro nos momentos de incerteza.

Ao Vasco, agradecer a sua presença, suporte e amor que foram incondicionais e fundamentais.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste percurso, expresso o meu mais sincero obrigado.

Resumo

Os cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) caracterizam-se por uma elevada complexidade clínica, imprevisibilidade e necessidade de tomada de decisão rápida, exigindo equipas altamente organizadas, coesas e lideradas de forma eficaz. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel determinante não apenas na prestação de cuidados diferenciados, mas também na coordenação das equipas, na promoção da segurança e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No âmbito do Mestrado e Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, foi desenvolvido um percurso formativo na área de urgência/emergência, com o objetivo de desenvolver competências especializadas, com particular enfoque na liderança das equipas em situações críticas. Este percurso foi sustentado em modelos teóricos de liderança e em teóricas de Enfermagem que valorizam a prática reflexiva, a tomada de decisão e o desenvolvimento progressivo da perícia profissional.

Este relatório apresenta uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências do enfermeiro especialistas. As experiências vivenciadas nos diferentes contextos, permitiu aprofundar conhecimentos e sustentar a prática em evidência científica, favorecendo o desenvolvimento de competências de avaliação clínica e vigilância contínua, bem como a capacidade de resolver problemas, antecipar focos de instabilidade e gerir cuidados e protocolos terapêuticos.

Paralelamente, o enfoque na liderança clínica contribui para o fortalecimento da comunicação eficaz, da coordenação das equipas, da tomada de decisão partilhada e da promoção de uma cultura de segurança, integrando-se de forma consistente numa prática reflexiva orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Liderança; Enfermeiro Especialista; Situação Crítica; Equipas;

Abstract

Care provided to Critically ill Person is characterized by high clinical complexity, unpredictability and the need for rapid decision-making, requiring highly organized, cohesive and effectively led teams. In this context, the specialist nurse plays a decisive role not only in the delivery of differentiated care, but also in team coordination, the promotion of safety and the continuous improvement of care quality.

Within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Critical Care Nursing, a training pathway was developed in emergency and urgent care settings, with the objective of developing specialized competencies, with particular emphasis on team leadership in critical situations. This pathway was supported by leadership models and nursing theories that value reflective practice, informed decision-making and the progressive development of professional expertise.

This report presents a reflective analysis of the activities carried out throughout the internship, highlighting the process of acquisition and consolidation of specialist nursing competencies. The experiences lived across different contexts allowed for the deepening of knowledge and the grounding of practice in scientific evidence, fostering the development of competencies in clinical assessment and continuous surveillance, as well as the ability to solve problems, anticipate instability and manage care and therapeutic protocols.

In parallel, the focus on clinical leadership contributed to strengthening effective communication, team coordination, shared decision-making and the promotion of a safety culture, integrating consistently into a reflective practice oriented towards the continuous improvement of care quality.

Keywords: Leadership; Specialist Nurse; Critical Situation; Teams; Safety.

Lista de abreviaturas e siglas

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico em Intervenções em Crise

CODU - Centro de orientação de Doentes Urgentes

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSCVP – Escola Superior de saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

ICN - International Council of Nurses

INEM - Instituição Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

I.	Introdução.....	12
II.	Enquadramento Teórico.....	16
III.	Percurso de desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre.....	21
III.1.	Ensino clínico - Serviço de Urgência Geral.....	21
III.1.1.	Contextualização do ensino clínico.....	22
III.1.2.	Diagnóstico de situação.....	23
III.2.	Ensino clínico – Unidade de Cuidados Intensivos.....	25
III.2.1.	Contextualização do ensino clínico.....	25
III.2.2.	Diagnóstico de situação.....	27
III.3.	Ensino clínico – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	29
III.3.1.	Contextualização do ensino clínico.....	29
III.3.2.	Diagnóstico de situação.....	30
III.4.	Análise reflexiva das Competências Adquiridas.....	32
III.4.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
III.4.1.1.	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A).....	33
III.4.1.2.	Domínio da melhoria contínua da qualidade (B).....	36
III.4.1.3.	Domínio da gestão dos cuidados (C).....	39
III.4.1.4.	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).....	42
III.4.2.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.....	45
III.4.2.1.	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	46
III.4.2.2.	Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	51
III.4.2.3.	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da	

situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	54
III.4.3. Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	57
IV. Considerações Finais.....	60
V. Referências Bibliográficas.....	62

Apêndices

Apêndice A – Plano de projecto - Serviço de Urgência

Apêndice B – Grelha de observação: identificação de estilos de liderança

Apêndice C – Relatório de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes no Serviço de Urgência

Apêndice D – Plano de projecto - Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice E – Relatório de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes na Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice F – Plano de projecto - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice G – Relatório de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes na Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Apêndice H – Cartaz de sensibilização sobre a importância do trabalho em equipa

Apêndice I – Relatório reflexivo sobre as intervenções da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família

Apêndice J – Humanização dos cuidados em contexto de permanência prolongada na Unidade de Cuidados Intensivos: uma reflexão crítica à luz do Ciclo de Gibbs

Apêndice K – A gestão da incerteza em contextos críticos: o papel do Enfermeiro Especialista na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Reflexão crítica à luz do Ciclo de Gibbs

Apêndice L – Relatório reflexivo sobre a influência da liderança na coordenação das equipas e sua relação com a evidência científica

Apêndice M – Propostas de estratégias de melhoria na coordenação das equipas

Apêndice N – Formação: Liderança em Cuidados Intensivos: Contributos para a segurança e qualidade dos cuidados

Apêndice O – Formação: Liderança na VMER: Contributos para a segurança, eficácia e coesão da equipa em contexto pré-hospitalar

Apêndice P – Formação: Liderança na VMER: Contributos para a segurança, coordenação e eficácia da equipa

Apêndice Q – Contributos da simulação para as equipas de Enfermagem no contexto de doente crítico: Revisão Scoping

Apêndice R – Artigo de Revisão de Literatura: Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico: prevenção de complicações

Apêndice S – Liderança do Enfermeiro Especialista em equipas de urgência: Reflexão a partir da prática clínica

Apêndice T – Inteligência artificial nos cuidados de saúde: Desafios éticos e inovações para a Enfermagem

Apêndice U – O impacto da liderança na qualidade dos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Intensivos: Reflexão a partir da prática

Anexos

Anexo 1 – Declaração de presença na formação “Filosofia dos Cuidados Paliativos”

Anexo 2 – Escala de Trabalho

Anexo 3 – Documento de Gestão de turno

Anexo 4 – Certificado de formação profissional no Curso “SIMBOX AVC”

Anexo 5 – Certificado de participação no 1.º Benchmarking de Gestão e Liderança de Enfermagem em Doente crítico

Anexo 6 – Certificado de participação no 4.º Congresso Internacional “O Cuidados Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”

Anexo 7 – Declaração de presença na formação “Acessos intra-ósseos”

Anexo 8 – Certificado do curso de Suporte Avançado de Vida da American Heart Association

Anexo 9 – Declaração de presença na formação “Ventilação não Invasiva”

Anexo 10 – Declaração de presença na formação “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – técnica ISBAR”

Anexo 11 – Certificado de participação no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Anexo 12 – Certificado de participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Anexo 13 – Certificado de participação como preletora no II Seminário internacional dos Mestrados em Enfermagem

Anexo 14 – Certificado de participação no 4.º Webinar nacional e 2.º Webinar internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso – ESEL “Enfermagem e Inteligência Artificial: Desafios e oportunidades”

Anexo 15 – Certificação de participação com apresentação de poster no 4.º Webinar nacional e 2.º Webinar internacional do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso – ESEL

Anexo 16 – Certificado de participação no “ArticleBinar: O Caminho na personalização da Técnica de Substituição Renal no Doente Crítico”.

Anexo 17 – Certificado do curso de Internacional Trauma Life Support

Anexo 18 – Certificado de participação no webinar “Capacitar para o (Im)provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe”

Anexo 19 – Certificado de participação no 3.º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar: Da reflexão sobre a prática clínica à tomada de decisão”

Anexo 20 – Certificado de participação no webinar INEM “Da análise de risco à prevenção de infeção: Estratégias no Extra-Hospitalar”

I. Introdução

Desde os primórdios, a Enfermagem tem evoluído significativamente, acompanhando as transformações sociais, tecnológicas e científicas. A formação pós-graduada em Enfermagem reflete essa evolução, capacitando os profissionais para responder às exigências da prática clínica especializada. Num contexto de crescente complexidade e necessidade de decisões rápidas, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na coordenação das equipas e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. A minha experiência profissional em cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), aliada ao envolvimento em projetos formativos, motivou a minha integração no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, representando uma oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências avançadas.

Neste percurso, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório”, inserida no 2.º semestre do 1.º ano e no 1.º semestre do 2.º ano do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) de Lisboa, surgiu a oportunidade de realizar o presente relatório de estágio.

Este relatório visa a aquisição de competências com vista à obtenção do grau de Mestre, nos termos do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, um dos requisitos necessários para requerer o título profissional de enfermeira especialista junto da Ordem dos Enfermeiros¹.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o relatório de estágio descreve as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de prática clínica, acompanhado de uma análise crítica e fundamentada do percurso formativo, articulando-se com a produção de conhecimento e com o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e de mestre². Neste sentido, o presente relatório reflete as experiências vivenciadas ao longo dos três ensinamentos clínicos: o Serviço de Urgência (SU), a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A diversidade destes contextos permitiu consolidar progressivamente as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), conforme definido nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018

da Ordem dos Enfermeiros^{3,4}, com enfoque na liderança das equipas em situações críticas. A prática nestes ambientes evidenciou a necessidade de um desempenho profissional competente, proativo e assertivo na organização, coordenação e supervisão das equipas, onde a decisão rápida, a comunicação eficaz e a coesão das equipas são determinantes para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados.

Neste contexto, e emergindo da observação direta da prática e das necessidades das pessoas em situação crítica, estruturou-se este relatório em torno da temática “Contributos do enfermeiro especialista na liderança das equipas em situações críticas”. Trata-se de uma temática com crescente relevância no panorama da saúde, nacional e internacional, num tempo marcado pela escassez de recursos, pela sobrecarga das equipas e pela crescente complexidade clínica. Nestas circunstâncias, o desenvolvimento de competências especializadas em liderança torna-se essencial para assegurar uma resposta eficaz, garantido simultaneamente a continuidade, a humanização e a qualidade e segurança dos cuidados. A presença de um enfermeiro especialista capaz de liderar, articular e apoiar as equipas promove ambientes de prática mais seguros, coesos e centrados na pessoa.

Uma liderança clínica permite uma atuação mais sensível às necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família, valorizando a comunicação empática, o apoio emocional e a tomada de decisão partilhada. Estas dimensões, embora menos visíveis, são fundamentais para a qualidade global dos cuidados e para experiências mais humanas, respeitadoras da dignidade, do sofrimento e das decisões da pessoa, reforçando o papel estratégico da liderança na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, sobretudo em ambientes de maior incerteza, imprevisibilidade e complexidade⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os cuidados à pessoa crítica como particularmente suscetíveis a eventos adversos, sublinhando a necessidade de modelos de liderança adaptativos. A liderança colaborativa e estruturada contribui para melhores resultados em saúde, otimização de recursos e maior satisfação das equipas⁶.

O EEEMC, na área da PSC, assume um papel central na resposta a situações de instabilidade clínica e falência orgânica, contribuindo de forma significativa para a segurança da pessoa em risco, para a eficácia dos cuidados e a coesão da equipa. O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica³ e as competências específicas na área da Pessoa em Situação Crítica⁴,

esteve subjacente à construção e execução deste percurso formativo. Estas competências foram desenvolvidas e consolidadas ao longo dos três contextos de estágio, promovendo um crescimento profissional alicerçado na reflexão crítica e na prática supervisionada.

Paralelamente, este percurso de estágio contribuiu para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre, nomeadamente no desenvolvimento e integração do conhecimento científico, na aplicação da evidência à prática e na capacidade de propor soluções inovadoras para problemas complexos, em conformidade com os objetivos do ciclo de estudos definidos pelo Decreto-Lei n.º 65/2018¹.

Com base na necessidade de desenvolver práticas especializadas e fundamentadas, este relatório visa articular o desenvolvimento de competências do EEEMC, na área da PSC, com a prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados. Neste sentido, os objetivos foram delineados de forma a possibilitar uma análise aprofundada da liderança do enfermeiro especialista em diferentes contextos críticos, promovendo simultaneamente a melhoria contínua da qualidade, a integração da família nos cuidados e a segurança da pessoa em situação crítica.

O objetivo geral consistiu em desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais especializadas nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Para a concretização deste, foram definidos objetivos específicos que procuraram identificar os estilos de liderança predominantes nos contextos de SU, UCI e VMER; integrar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, em contextos de urgência e/ou emergência; refletir sobre a influência da liderança exercida pelo enfermeiro especialista na segurança e qualidade dos cuidados prestados; analisar a influência da liderança do enfermeiro especialista na coordenação das equipas em contextos de urgência e/ou emergência; e, por fim, analisar os contributos do enfermeiro especialista para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A construção deste percurso formativo e a análise crítica das competências desenvolvidas foram sustentadas por referenciais teóricos em Enfermagem que conferem coerência conceptual ao estudo da liderança em contextos críticos, destacando-se o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Patricia Benner⁷, que descreve a progressão do enfermeiro de principiante a perito; a Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin⁸, que enquadra o enfermeiro especialista como agente de vigilância clínica contínua, antecipação de riscos e atuação célere; e o Modelo de Adaptação de Callista Roy⁹, que

valoriza a dimensão relacional e adaptativa da liderança perante a instabilidade e a complexidade dos cuidados.

O presente relatório reflete o percurso formativo desenvolvido nos três contextos de estágio, integrando a análise crítica das competências adquiridas e os contributos do enfermeiro especialista para a qualidade e segurança dos cuidados. Apresenta-se organizado em cinco capítulos: introdução; enquadramento teórico; percurso de desenvolvimento das competências Especializadas e de Mestre, onde se inclui a contextualização, diagnóstico de situação e análise reflexiva das competências adquiridas; e, por fim, as considerações finais, que sintetizam aprendizagens, desafios e os contributos deste percurso.

O relatório encontra-se elaborado de acordo com as normas da ESSCVP, e a referência bibliográfica segue o estilo Vancouver, conforme orientação institucional.

II. Enquadramento Teórico

O cuidar em enfermagem acompanha a pessoa ao longo de todo o ciclo vital, assumindo diferentes expressões em função do estado de saúde e do contexto em que esta se encontra. Quando a instabilidade clínica emerge, o cuidar adquire uma dimensão acrescida de complexidade, exigindo respostas céleres, diferenciadas e suportadas por ambientes altamente especializados. É neste enquadramento que se insere a PSC, cuja condição representa um dos maiores desafios para os profissionais de saúde.

A PSC caracteriza-se por incapacidade real ou potencial para manter a estabilidade fisiológica, podendo evoluir rapidamente para situações de instabilidade e falência orgânica. Neste sentido, Benner et al. descrevem os contextos de cuidados à PSC como cenários marcados por elevada incerteza clínica e risco de deterioração súbita, nos quais a pessoa necessita de cuidados que suportem e/ou mantenham as funções vitais⁷. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define a PSC como o indivíduo “cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”⁴.

A instabilidade que caracteriza a PSC traduz-se frequentemente em situações críticas de natureza súbita e imprevisível, que requerem intervenção imediata e fundamentada. Exemplos paradigmáticos incluem a paragem cardiorrespiratória, o trauma major ou a instabilidade hemodinâmica grave, cenários em que cada segundo pode determinar a sobrevivência. Estes contextos são marcados não apenas pela complexidade clínica e pela integração de tecnologia avançada, mas sobretudo pela necessidade de raciocínio clínico estruturado e tomada de decisão em tempo útil. A evidência mostra, contudo, que a resposta a estes contextos não se esgota na dimensão técnica, exigindo integração de múltiplos fatores organizacionais e relacionais que influenciam a segurança e os resultados clínicos da PSC¹⁰⁻¹².

Perante esta realidade, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, revela-se fundamental. Reconhecido pela OE como profissional detentor de competências científicas, técnicas e humanas para atuar em cenários de elevada complexidade³, o enfermeiro especialista contribui não apenas para a prestação de cuidados diferenciados, mas também para a antecipação de complicações, o apoio à tomada de decisão clínica e a organização da resposta da equipa em momentos de instabilidade. Esta função integradora confere-lhe

um papel central na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados, sustentando intervenções diferenciadas e centradas na pessoa e família em contextos de elevada complexidade¹³.

Deste modo, o conceito de PSC deve ser compreendido em articulação com a noção de situações críticas e com o papel diferenciado do enfermeiro especialista. A complexidade e imprevisibilidade destes contextos exigem, para além do domínio técnico, a capacidade de articular intervenções, definir prioridades e orientar a resposta da equipa de forma organizada e segura. É neste enquadramento que se torna pertinente analisar a liderança em saúde, enquanto dimensão inerente à prática clínica em contextos de elevada exigência¹².

A liderança em saúde pode ser entendida como a capacidade de influenciar, orientar e mobilizar pessoas no sentido de alcançar objetivos comuns, integrando processos de comunicação, tomada de decisão e coordenação de intervenções¹⁴. Embora muitas vezes associada ao domínio da gestão, importa distinguir ambos os conceitos: enquanto a gestão se centra sobretudo na organização de recursos, planeamento e controlo de processos, a liderança incide primordialmente sobre as pessoas, o seu envolvimento e a forma como estas atuam em equipa¹⁰.

Em contextos de elevada complexidade clínica, como os cuidados à pessoa em situação crítica, a liderança assume-se como uma competência clínica indispensável, exercida de forma transversal na prática clínica. A definição de prioridades, a articulação de intervenções e a orientação da equipa em tempo útil exigem do enfermeiro especialista não apenas conhecimento técnico-científico, mas também capacidade de influenciar e coordenar em momentos de elevada complexidade^{12,15}.

Neste sentido, a liderança deixa de ser entendida como uma função formal ou exclusivamente associada a cargos de chefia, passando a integrar um conjunto de competências avançadas mobilizadas pelo enfermeiro especialista na resposta a situações críticas, sustentando a prática segura e organizada em cenários de elevada exigência¹³.

A análise dos modelos de liderança permite compreender as diferentes formas através das quais o enfermeiro especialista pode mobilizar a equipa. Entre os modelos mais utilizados na área da saúde, destaca-se a Teoria da Banda Larga da Liderança, proposta por Avolio e Bass, que descreve de forma abrangente os principais estilos, desde

abordagens menos interventivas até estilos mais dinâmicos e orientados para o desenvolvimento das equipas¹⁶.

No extremo menos interventivo encontra-se a liderança *Laissez-faire*, caracterizada por elevada autonomia da equipa, com a mínima intervenção do líder nos processos de decisão e acompanhamento. Em contextos de elevada complexidade, esta abordagem associa-se frequentemente a dificuldades na coordenação e menor eficácia da atuação coletiva da equipa¹⁷. Por sua vez, a liderança autocrática centra a tomada de decisão numa figura única, o líder podendo revelar-se funcional em situações de emergência imediata, nas quais a rapidez na tomada de decisão e a definição de prioridades são determinantes, embora limite o envolvimento da equipa quando utilizada de forma contínua¹⁸.

Por outro lado, a liderança democrática promove a participação ativa dos profissionais na tomada de decisão e a partilha de responsabilidades, favorecendo a coesão da equipa, ainda que possa revelar menor eficácia em cenários que exigem respostas imediatas¹⁸. O estilo transacional, baseado em mecanismos de recompensa e controlo, contribui para a manutenção de normas e estabilidade organizacional, mas apresenta limitações no desenvolvimento da autonomia e do pensamento crítico dos profissionais¹⁸.

Entre os diferentes estilos, a liderança transformacional tem sido amplamente reconhecida em contextos de elevada complexidade, como os cuidados à PSC. Este estilo assenta em quatro pilares fundamentais: a influência idealizada, na qual o líder atua como modelo; a motivação inspiradora, que promove uma visão partilhada; o estímulo intelectual, que incentiva a reflexão crítica e a inovação; e a consideração individualizada, que valoriza as necessidades e potencialidades de cada elemento da equipa¹⁹.

Na prática clínica, a liderança transformacional favorece o envolvimento dos profissionais, o compromisso com objetivos comuns e a construção de ambientes de confiança, aspetos particularmente relevantes em contextos marcados pela elevada exigência emocional e cognitiva²⁰. A evidência tem demonstrado a sua associação a maior satisfação profissional e a menor prevalência de exaustão emocional e burnout, ao promover apoio, reconhecimentos e desenvolvimentos contínuo das equipas^{21,22}.

Estes contributos tornam a liderança transformacional especialmente pertinente para a prática do enfermeiro especialista, cuja intervenção em contextos críticos exige

não apenas competência técnica, mas também capacidade de mobilizar e sustentar equipes em situações de elevada complexidade.

Importa, contudo, reconhecer que nenhum estilo de liderança é, por si só, suficiente em todas as circunstâncias. A perspectiva de Liderança Situacional, proposta por Hersey e Blanchard, reforça a necessidade de ajustar o estilo de liderança às características da equipa e às exigências específicas do contexto, sublinhando a importância da flexibilidade do enfermeiro especialista na gestão de situações clínicas complexas¹⁸.

A relevância da liderança em saúde torna-se particularmente evidente nos serviços de urgência, nas unidades de cuidados intensivos e nos contextos de emergência pré-hospitalar, onde a instabilidade clínica da PSC exige decisões rápidas, articuladas e sustentadas em prioridades bem definidas. Nestes cenários, a liderança assume um papel determinante na organização da resposta, na articulação de recursos e na mobilização da equipa em torno de objetivos comuns^{13,23}.

A evidência tem demonstrado que a ausência de liderança estruturada se associa a falhas de comunicação, aumento da probabilidade de erro e maior vulnerabilidade para a segurança da pessoa em situação crítica²². Em contrapartida, lideranças eficazes potenciam a coordenação entre profissionais, favorecem processos de comunicação estruturada e contribuem para a prevenção de eventos adversos, funcionando como um verdadeiro fator protetor da prática clínica²⁴.

Neste sentido, a liderança exercida pelo enfermeiro especialista não deve ser compreendida apenas como uma função organizacional, mas como uma competência clínica, com impacto direto na segurança, na qualidade dos cuidados prestados e na capacidade da equipa em responder de forma eficaz a situações de elevada complexidade¹³.

Porém, a prática clínica em enfermagem encontra fundamento disciplinar nas teorias de enfermagem, que sustentam o desenvolvimento profissional, a tomada de decisão e a resposta à complexidade dos cuidados. Estas teorias oferecem um enquadramento essencial para compreender a forma como a liderança se constrói e se expressa na prática do enfermeiro especialista, sustentando o desenvolvimento profissional, a vigilância clínica e a promoção da adaptação da PSC⁵.

O contributo de Patricia Benner assume particular relevância no contexto da liderança em situações críticas. O seu modelo de desenvolvimento profissional, do iniciado ao perito, evidencia que a competência clínica e a capacidade de liderança resultam de um percurso progressivo de experiência e reflexão, permitindo ao enfermeiro reconhecer padrões, antecipar complicações e tomar decisões em contextos de elevada incerteza^{7,25}. Esta maturidade sustenta o papel do enfermeiro especialista como líder, capaz de orientar a equipa com segurança em diversos cenários.

A Teoria da Vigilância, proposta por Meyer e Lavin, acrescenta uma perspetiva complementar ao enfatizar a vigilância como essência do cuidar em enfermagem⁸. Nos cuidados críticos, esta vigilância assume uma dimensão coletiva, implicando a articulação da equipa na deteção precoce de sinais de instabilidade, na monitorização contínua e na resposta atempada às alterações clínicas⁹. Neste contexto, a liderança do enfermeiro especialista emerge como elemento estruturante da vigilância, assegurando a coordenação e a integração das intervenções em prol da segurança da PSC²².

Por sua vez, o Modelo de Adaptação de Callista Roy entende a pessoa como um sistema dinâmico em interação permanente com o ambiente. Em situações críticas, a capacidade adaptativa encontra-se comprometida, exigindo intervenções que promovam equilíbrio e estabilidade. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista atua como facilitador dos processos adaptativos da pessoa e da família, ao mesmo tempo que organiza a resposta da equipa, assegurando coesão, partilha de objetivos e capacidade de resposta eficaz à imprevisibilidade clínica^{8,9}.

A articulação entre os modelos de liderança e as teorias de enfermagem permite compreender a liderança do enfermeiro especialista em situações críticas como um processo complexo e progressivo, enraizado na identidade disciplinar da enfermagem e no desenvolvimento profissional ao longo do percurso formativo. Estas abordagens teóricas sustentam uma liderança que emerge da experiência clínica, da vigilância e da capacidade de promover adaptação em diversos contextos. Em conjunto, fundamentam a análise desenvolvida neste relatório, orientando a compreensão dos contributos do enfermeiro especialista na liderança das equipas em contextos críticos.

III. Percurso de desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

O presente capítulo tem como finalidade descrever, de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento das competências adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos, integrados na Unidade Curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Este percurso constituiu uma oportunidade privilegiada de articulação entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, permitindo a consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, conforme os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros^{3,4}, bem como o desenvolvimento das competências de mestre, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018¹.

Apresentam-se, neste capítulo, os três contextos de estágio, Serviço de Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intensivos e Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Em cada um deles descreve-se a contextualização do ensino clínico, o diagnóstico de situação e a reflexão crítica sobre as competências adquiridas, evidenciando o contributo do Enfermeiro Especialista na liderança das equipas em situações críticas e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, numa lógica de melhoria contínua sustentada em evidência científica.

III.1. Ensino clínico - Serviço de Urgência Geral

O primeiro ensino clínico decorreu no Serviço de Urgência Geral de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa, constituindo uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências especializadas na área da Pessoa em Situação Crítica. Caracterizado por elevada afluência de utentes e pela diversidade e gravidade das situações clínicas, este serviço revelou-se particularmente desafiante, favorecendo a consolidação de competências de liderança, gestão de equipas e tomada de decisão em cenários críticos.

A escolha deste contexto como ponto de partida para o percurso de estágio permitiu, desde o início, articular a prática clínica com o tema central do relatório, centrado nos contributos do enfermeiro especialista na liderança das equipas em situações

críticas. Neste sentido, procedeu-se a uma análise crítica do funcionamento do serviço, incluindo a caracterização do contexto e a realização de um diagnóstico de situação, apresentados de seguida.

III.1.1. Contextualização do ensino clínico

O ensino clínico desenvolveu-se no Serviço de Urgência Geral de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa, unidade de grande dimensão que presta cuidados diferenciados a uma população vasta e heterogénea. Este serviço caracteriza-se por uma elevada afluência diária, respondendo a situações de urgência e emergência de diferentes graus de complexidade, o que o torna um contexto privilegiado para a aquisição e consolidação de competências especializadas na área da Pessoa em Situação Crítica.

A organização do Serviço de Urgência encontra-se estruturada em áreas funcionais distintas, entre as quais se incluem a triagem, realizada de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester²⁶, a sala de reanimação, as salas de observação, a área de ambulatório para doentes não urgentes, bem como espaços destinados a ortopedia e cirurgia. Esta distribuição funcional assegura uma resposta diferenciada e eficaz, de acordo com as prioridades clínicas e a gravidade das situações apresentadas.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de 150 profissionais, entre enfermeiros generalistas e especialistas, chefiada por um enfermeiro gestor, com o apoio de dois enfermeiros coordenadores. O serviço organiza-se em cinco equipas de enfermagem, cada uma liderada por um chefe de equipa, com o apoio de um segundo elemento. Todos os chefes de equipa são enfermeiros especialistas, facto que reforça a capacidade de liderança clínica, coordenação de equipas e gestão de cuidados em contexto elevada complexidade. O serviço integra ainda técnicos auxiliares de saúde e outros profissionais de saúde, cuja colaboração é essencial para garantir a continuidade e eficiência dos cuidados.

A articulação das equipas é apoiada por passagens de turno estruturadas e por protocolos clínicos de atuação, assegurando uniformidade de procedimentos nas áreas de triagem, sala de observação e sala de reanimação. São privilegiadas estratégias de comunicação clínica estruturada (p. ex., ISBAR)²⁷ e a utilização de registos padronizados, favorecendo a continuidade de cuidados e a gestão segura do fluxo.

O funcionamento do serviço encontra-se igualmente sustentado por protocolos clínicos institucionais e normas nacionais que orientam a resposta em situações urgentes e emergentes, nomeadamente a Via Verde AVC, a Via Verde Coronária, a Via Verde Sépsis e os protocolos de atuação em paragem cardiorrespiratória. Estes protocolos constituem instrumentos fundamentais para assegurar a padronização das intervenções e a uniformização da prática clínica, promovendo simultaneamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto dinâmico e exigente, o papel do enfermeiro especialista assume particular relevância, destacando-se na liderança de equipas em situações críticas, na coordenação de recursos e na tomada de decisão célere e fundamentada. A sua intervenção é determinante para assegurar a segurança da pessoa em situação crítica, a qualidade dos cuidados prestados e a melhoria contínua das práticas no âmbito do serviço de urgência, em consonância com as recomendações da segurança do doente²⁸.

III.1.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constituiu a primeira etapa do ensino clínico, sendo essencial para compreender as características organizacionais, identificar dinâmicas de funcionamento e analisar práticas existentes no Serviço de Urgência. Esta fase implicou a recolha e análise de informação relevante, através de métodos ajustados às especificidades do contexto. Embora em outros cenários se recorra a instrumentos formais, como questionários ou análises estruturadas, optou-se neste contexto pela observação direta e sistemática, considerada mais adequada para captar a realidade do serviço sem interferir na rotina das equipas.

Desde os primeiros dias, tive a oportunidade de conhecer detalhadamente o serviço, sendo-me apresentados os diferentes espaços físicos, as normas institucionais e os protocolos em vigor, assim como as dinâmicas de funcionamento das equipas. Este processo inicial de integração possibilitou compreender a organização interna do serviço e identificar os elementos essenciais para a segurança e a qualidade da resposta.

Em articulação com a enfermeira supervisora clínica e com os coordenadores do serviço, procedi ao levantamento de necessidades e apresentei o tema central do estágio, centrado na liderança das equipas em situações críticas, bem como o plano de projeto

(Apêndice A) delineado para este contexto. O plano foi bem acolhido pela coordenação, que valorizou a pertinência do enfoque proposto e apoiou o desenvolvimento das atividades previstas no serviço.

As observações realizadas ao longo dos turnos permitiram compreender o elevado nível de organização do serviço e identificar elementos-chave que contribuem para a eficácia na gestão de situações críticas. O diagnóstico foi sustentado pela análise das práticas e interações de diferentes enfermeiros, nomeadamente a enfermeira coordenadora, com papel estratégico na supervisão global e definição de prioridades; os chefes de equipa, responsáveis pela coordenação operacional, alocação de recursos e supervisão direta; a equipa de enfermagem, constituída por enfermeiros generalistas e especialistas; e a enfermeira supervisora clínica, cuja orientação foi fundamental para a validação das reflexões realizadas.

Adicionalmente, observou-se a realização sistemática de passagens de turno com foco na priorização clínica e na segurança, o que reforçou a continuidade de cuidados e a eficácia da coordenação entre diversas áreas funcionais. A gestão estratégica das escalas, a elaboração de registos padronizados e a colaboração estreita com os técnicos auxiliares de saúde destacaram-se como práticas estruturadas que asseguravam a eficiência do serviço.

Neste processo, assumi particular relevo a aplicação de uma grelha de observação estruturada dos estilos de liderança (Apêndice B), construída a partir da literatura sobre liderança em enfermagem. Esta grelha integrou dimensões como a comunicação, os estilos de liderança, a organização e gestão e dinâmicas de equipa, permitindo classificar os líderes de equipa segundo a Teoria da Banda Larga de Liderança (autocrática, democrática e Laissez-faire) e a liderança transformacional^{5,10,15,16,29}. Embora não se tratasse de um instrumento validado, constituiu uma ferramenta exploratória de análise reflexiva, possibilitando sistematizar as observações e comparar práticas de liderança nos serviços.

A partir dos resultados obtidos, elaborei um Relatório de Análise e Reflexão sobre os Estilos de Liderança Predominantes no SU (Apêndice C), que foi posteriormente debatido com a supervisora clínica, com os coordenadores e partilhado com os chefes de equipa. A análise permitiu constatar que, no contexto da urgência, os estilos de liderança predominantes foram o transformacional e o democrático. O estilo transformacional

evidenciou-se sobretudo em cenários críticos na sala de reanimação, onde a capacidade de inspirar confiança e motivar a equipa foi determinante para assegurar respostas céleres e coordenadas. Já o estilo democrático manifestou-se de forma mais clara nas passagens de turno e em reuniões de equipa, em que os chefes de equipa promoviam a participação ativa dos enfermeiros e valorizavam a partilha de opiniões antes da tomada de decisão final. Esta combinação revelou-se particularmente eficaz num serviço caracterizado pela elevada afluência e imprevisibilidade, permitindo simultaneamente garantir a segurança da pessoa em situação crítica e fomentar o envolvimento dos profissionais na melhoria contínua das práticas.

III.2. Ensino clínico - Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo ensino clínico decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa, um contexto caracterizado pela elevada complexidade clínica, pela instabilidade das situações e pela necessidade de respostas rápidas, articuladas e fundamentadas. Este ensino clínico constituiu uma oportunidade para aprofundar competências especializadas na área da PSC, permitindo observar de forma direta a relevância da liderança do enfermeiro especialista na coordenação de equipas, na gestão de situações críticas e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

III.2.1. Contextualização do ensino clínico

O ensino clínico realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos, destinada ao internamento de pessoas em situação crítica e/ou com falência multiorgânica. A unidade dispõe de 31 camas, distribuídas por três áreas funcionais: uma unidade polivalente, com 10 camas, das quais oito em open space e duas em quartos de isolamento; uma unidade com 10 camas, incluindo dois quartos de isolamento, sendo um deles com pressão negativa; e uma unidade com casuística predominantemente cirúrgica, com capacidade para seis camas e dois quartos de isolamento. Todas as áreas estão preparadas para a prestação de cuidados diferenciados, com recurso a monitorização contínua e a múltiplos

suportes terapêuticos, nomeadamente ventilatório, hemodinâmico e renal ajustados à gravidade e evolução clínica da PSC.

A equipa multidisciplinar integra médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais de saúde, assegurando uma resposta coordenada às necessidades complexas da pessoa em situação crítica e da sua família. A equipa de enfermagem é composta por cerca de 96 enfermeiros, dos quais aproximadamente 10% são especialistas, com formação em diferentes áreas, incluindo médico-cirúrgica, reabilitação, saúde materna e competências acrescidas em hemodiálise. Esta diversidade de especializações constitui uma mais-valia, permitindo uma resposta abrangente e ajustada às múltiplas dimensões do cuidado.

Sendo uma UCI de nível III, as dotações de enfermagem são definidas turno a turno, de acordo com o número de doentes internados e a sua gravidade clínica³⁰. A distribuição dos doentes é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa do turno, assegurando a adequação entre a complexidade das situações clínicas e a experiência dos profissionais. Este modelo encontra-se alinhado com as recomendações nacionais relativas a dotações seguras, que preveem um rácio aproximado de um enfermeiro por doente em situação de maior criticidade³⁰.

A UCI é ainda responsável por assegurar a resposta a situações de emergência intra-hospitalar, através da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar, constituída por um enfermeiro e um médico com formação certificada em Suporte Avançado de Vida e abordagem à pessoa em situação crítica³¹. A equipa é ativada via telemóvel interno e responde de forma imediata a ocorrências em todo o espaço hospitalar, assegurando uma intervenção diferenciada.

Paralelamente, encontra-se em curso um projeto de acompanhamento denominado “Clínica do Doente Crítico”, destinado a pessoas previamente internadas na UCI, dinamizado por médicos e enfermeiros da própria unidade. Durante o ensino clínico, teve oportunidade de estar presente, assistir e colaborar em múltiplas consultas, bem como de acompanhar a análise dos resultados até ao momento.

Estas consultas, realizadas por uma equipa multidisciplinar, visam apoiar a recuperação clínica, funcional e emocional após o internamento, avaliar necessidade específicas e promover a reabilitação. Da experiência observada, destacou-se o impacto marcante que o internamento em UCI tem na vivência dos doentes, sendo frequentemente

referidas memórias relacionadas com períodos de contenção mecânica, percepção de vozes específicas e experiências sensoriais e auditivas, o que reforça a importância de uma abordagem empática e humanizada desde os primeiros momentos de internamento.

Neste contexto de elevada complexidade, o papel do enfermeiro especialista assume particular relevância, não apenas na prestação de cuidados avançados, mas também na coordenação da equipa, na gestão de recursos e na tomada de decisão clínica fundamentada, contribuindo de forma decisiva para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

III.2.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação representou a fase inicial do ensino clínico, revelando-se imprescindível para compreender a complexidade organizacional da UCI, reconhecer necessidades específicas e refletir criticamente sobre as práticas de liderança em cuidados intensivos. A metodologia adotada baseou-se na observação participante, acompanhada de reuniões regulares com a enfermeira supervisora clínica e com o enfermeiro coordenador da unidade, bem como na análise dos protocolos institucionais e das rotinas. Optou-se por esta abordagem por ser a mais ajustada à realidade altamente dinâmica da UCI, onde métodos formais de recolha de dados poderiam interferir com a fluidez da prática.

Desde os primeiros dias de estágio, tive a oportunidade de conhecer em detalhe o funcionamento da unidade, sendo-me apresentados os diferentes espaços físicos, as normas institucionais e os protocolos em vigor, nomeadamente os relativos à prevenção da infeção, à ventilação mecânica invasiva e não invasiva, ao manuseamento de acessos vasculares e à gestão da sedação e analgesia. Foi ainda possível compreender as dinâmicas da equipa, os circuitos de comunicação e a articulação com outros serviços hospitalares. Em articulação com a supervisora clínica e com o coordenador do serviço, procedi ao levantamento de necessidades e apresentei o plano de projeto (Apêndice D), centrado no impacto da liderança em cuidados intensivos. Apesar de, numa fase inicial, se ter refletido sobre os desafios associados à operacionalização e avaliação da liderança em contexto de UCI, a pertinência do tema foi rapidamente reconhecida pela equipa de

coordenação e supervisão clínica, sendo considerada um contributo relevante para a segurança e qualidade dos cuidados.

Um dos objetivos centrais deste ensino clínico consistiu em identificar o estilo de liderança predominante na unidade. Para tal, apliquei uma grelha de observação dos estilos de liderança (Apêndice B), construída a partir da literatura e aplicada ao contexto da UCI. Esta grelha integrou dimensões como a comunicação, os estilos de liderança, a organização e gestão, e as dinâmicas de equipa, permitindo classificar os líderes de equipa segundo a Teoria da Banda Larga de Liderança (Autocrática, Democrática e Laissez-faire) e a Liderança Transformacional^{5,10,15,16,29}. Embora não se trate de um instrumento validado, constituiu uma ferramenta exploratória de análise reflexiva, possibilitando sistematizar as observações e comparar práticas de liderança no serviço.

A análise das observações revelou uma predominância de liderança transformacional, manifestada pela capacidade de motivar e reforçar a coesão da equipa. Em determinados momentos, sobretudo em reuniões de equipa e passagens de turno, observaram-se também traços de liderança democrática, visíveis na valorização das opiniões dos diferentes profissionais. Contudo, foram igualmente identificadas situações em que a comunicação não se revelou plenamente eficaz e em que a definição de papéis não ocorreu de imediato, originando dificuldades de coordenação em cenários críticos. Estes resultados foram apresentados no Relatório de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes na UCI (Apêndice E), posteriormente debatido com a supervisora clínica e com a equipa de coordenação, permitindo fundamentar propostas de melhoria centradas na organização das equipas e no reforço da comunicação em momentos de elevada complexidade.

O conjunto das observações realizadas permitiu concluir que a UCI apresenta uma prática organizacional sólida e colaborativa, marcada pela predominância de um estilo de liderança transformacional, com impacto positivo na motivação e coesão das equipas. Ainda assim, persistem desafios ao nível da comunicação e da definição imediata de funções em contextos críticos, aspetos que reforçam a necessidade de investir continuamente em estratégias de liderança clínica. Este diagnóstico serviu, assim, de base para a consolidação de práticas já instituídas e para a criação de oportunidades de desenvolvimento, reafirmando o papel do Enfermeiro Especialista como elemento central na segurança, qualidade e humanização dos cuidados em ambiente intensivo.

III.3. Ensino clínico - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

O terceiro ensino clínico decorreu na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa, contexto pré-hospitalar caracterizado pela imprevisibilidade dos cenários, forte pressão temporal e pela elevada exigência clínica. Este ambiente constituiu uma oportunidade para aprofundar competências especializadas na área da PSC e refletir sobre o contributo do enfermeiro especialista na liderança e coordenação de equipas, bem como na promoção da segurança e qualidade dos cuidados em situações críticas.

III.3.1. Contextualização do ensino clínico

A VMER é um recurso diferenciado de emergência pré-hospitalar, composta por uma dupla médico-enfermeiro, com ativação centralizada na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)³². A sua atuação ocorre de forma articulada com outros meios de emergência, forças de segurança e equipas de primeira intervenção, assegurando uma resposta integrada e coordenada às situações de urgência e emergência. A missão centra-se na avaliação clínica estruturada, estabilização no local, decisão sobre o destino hospitalar mais adequado e gestão do risco operacional inerente a cada ocorrência.

A equipa da VMER presta assistência 24 horas por dia, sete dias por semana, de forma ininterrupta, garantindo cobertura permanente na área metropolitana de Lisboa. O enfermeiro especialista, além de assumir responsabilidades clínicas diferenciadas, é também responsável pela condução do veículo entre as diversas ocorrências, acumulando a gestão logística da deslocação com a prestação de cuidados em contexto crítico.

A base da VMER encontra-se sediada na estrutura física do hospital de referência, dispondo de espaços destinados ao armazenamento e reposição de material e fármacos, gabinete de coordenação e áreas de apoio aos profissionais. A gestão de stocks e reposição de material é assegurada por uma dupla médico-enfermeiro designada para essa função, em articulação com o armazém central e a farmácia hospitalar. Para além desta responsabilidade, a equipa organiza-se de forma a que diferentes pares médico–

enfermeiro assumam tarefas específicas, nomeadamente a gestão do armazém, a manutenção e operacionalidade do veículo e a dinamização da formação interna.

A formação constitui uma prática consolidada da VMER: bimensalmente são realizadas sessões sobre temas previamente definidos em função das necessidades identificadas, abordados por um médico ou um enfermeiro da equipa, consoante a área em análise. Estas sessões, frequentemente associadas a treino prático, são coordenadas por dois elementos designados, um médico e um enfermeiro, responsáveis pela área de formação da VMER.

No que respeita ao funcionamento logístico, a organização demonstra elevado rigor: todos os domingos procede-se à troca integral da mala de terapêutica (existem duas em rotatividade), garantindo a revisão exaustiva de fármacos, com verificação da validade, integridade e quantidades. O veículo é inspecionado em todos os turnos, sendo que os enfermeiros realizam três verificações diárias, assegurando a operacionalidade contínua e a prontidão de resposta.

A equipa da VMER integra 23 médicos e 17 enfermeiros, dos quais cerca de 41% detêm o título de enfermeiro especialista. Esta composição reflete diversidade de experiência e competências técnicas, constituindo uma mais valia para a resposta em cenários de elevada exigência. O equipamento disponível é vasto e adaptado a diferentes tipologias de ocorrência, incluindo situações de doença aguda, trauma, emergência pediátrica e resposta a incidentes multivítimas, o que permite à equipa atuar de forma diferenciada e eficaz em diversos contextos.

Neste ambiente pré-hospitalar, marcado pela imprevisibilidade, pela pressão temporal e pela diversidade dos cenários, a liderança clínica, frequentemente partilhada entre médico e enfermeiro, consoante a situação, assume um papel determinante para a fluidez da atuação, para a segurança da equipa e para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e à sua família.

III.3.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constituiu a etapa inicial do ensino clínico, sendo fundamental para compreender a dinâmica organizacional da VMER, identificar

necessidades e refletir sobre as práticas de liderança em contexto pré-hospitalar. A metodologia adotada baseou-se na observação direta em diferentes ativações, complementada pela participação em briefings e debriefings operacionais, bem como por reuniões regulares com o enfermeiro supervisor. Face à imprevisibilidade e à exigência das ocorrências, privilegiou-se a observação sistemática como método não intrusivo e fidedigno, capaz de captar processos reais de tomada de decisão e de coordenação da equipa em cenários críticos.

Nos primeiros dias de estágio, foi-me apresentado o funcionamento global da VMER, incluindo as rotinas logísticas de verificação do material, o plano de formações bimensal da equipa e os circuitos de articulação com os diferentes intervenientes no pré-hospitalar. Em articulação com o supervisor clínico, procedi ao levantamento de necessidades e apresentei o plano de projeto (Apêndice F), centrado no contributo do enfermeiro especialista para a liderança em contexto pré-hospitalar. A pertinência do tema foi reconhecida pela coordenação, que destacou a importância de refletir sobre a liderança clínica em cenários de elevada exigência e imprevisibilidade.

Um dos objetivos centrais deste ensino clínico foi identificar os estilos de liderança predominantes na VMER. Para tal, apliquei a grelha de observação (Apêndice B), construída a partir da literatura e aplicada ao contexto pré-hospitalar, que integrou dimensões como a comunicação, os estilos de liderança, a organização e gestão e dinâmicas de equipa. Embora não se trate de um instrumento validado, a grelha constituiu uma ferramenta exploratória de análise reflexiva, permitindo sistematizar as observações realizadas e apoiar a compreensão dos estilos de liderança no contexto pré-hospitalar.

A análise revelou uma predominância de liderança transformacional, com impacto positivo na motivação e coesão da dupla médico-enfermeiro, associada, em determinados momentos, a traços de liderança democrática, nomeadamente em briefings e debriefings, onde eram valorizadas as contribuições de todos os elementos. Estes resultados foram sistematizados num relatório de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes na VMER (Apêndice G), posteriormente debatido com o supervisor clínico e com os elementos da equipa, permitindo reforçar a importância de clarificar papéis desde o início da ocorrência e de manter a comunicação como eixo principal em cenários críticos.

O conjunto das observações realizadas permitiu concluir que a VMER apresenta práticas de liderança estruturadas, baseadas numa lógica de responsabilização e numa cultura de melhoria contínua. Não foram identificados problemas estruturais relevantes; pelo contrário, evidenciou-se a importância de consolidar práticas já instituídas, como a realização sistemática de briefings e debriefings e a comunicação estruturada em cenários críticos. O diagnóstico desenvolvido permitiu ainda identificar oportunidades de aperfeiçoamento contínuo, nomeadamente ao nível do alinhamento inicial de papéis, da tomada de decisão partilhada e da gestão do risco.

III.4. Análise reflexiva das Competências Adquiridas

A presente secção tem como objetivo proceder a uma análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Esta análise incide sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista³, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica⁴ e as competências associadas ao grau de mestre¹, conforme os regulamentos da OE.

A reflexão encontra-se organizada segundo os diferentes domínios de competências, procurando evidenciar a forma como as experiências desenvolvidas nos três contextos de estágio, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Viatura Médica de Emergência e Reanimação, contribuíram para a consolidação progressiva de conhecimentos e práticas avançadas. Ao longo deste percurso, destacaram-se momentos de prática clínica diferenciada, atividades formativas, apresentações e reflexões, que se constituíram como oportunidades privilegiadas de desenvolvimento profissional e académico, favorecendo não apenas a aquisição de competências do enfermeiro especialista e de mestre, mas também a construção gradual da identidade profissional enquanto enfermeira em processo de especialização.

III.4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista³, constituem um referencial transversal a todas as áreas de especialização e organizam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nos pontos seguintes, procede-se a uma análise reflexiva de cada um destes domínios à luz das experiências desenvolvidas nos contextos de estágio.

III.4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A)

O Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)³ constitui um dos pilares das competências comuns do Enfermeiro Especialista, integrando as dimensões A1 - desenvolver uma prática profissional ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e A2 - garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Este domínio confere legitimidade ao cuidado e orienta a atuação do enfermeiro especialista, exigindo que a prestação de cuidados seja simultaneamente técnica, ética, legal e humanizada.

O enquadramento normativo, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)³³ e o Código Deontológico³⁴ da Ordem dos Enfermeiros, estabelece que a ação profissional deve centrar-se na salvaguarda da dignidade humana, na promoção da autonomia e na proteção da integridade da pessoa e da família. Desde o início do percurso, assumi o compromisso de integrar estes princípios na prática diária, não apenas na intervenção clínica, mas também através de iniciativas de sensibilização. Exemplo disso foi a elaboração de um cartaz sobre a importância do trabalho em equipa e da liderança ética (Apêndice H), afixado num espaço comum do serviço. Constituiu um instrumento de consciencialização coletiva, estimulando a reflexão dos profissionais sobre responsabilidade partilhada, comunicação e liderança ética como fundamentos da segurança da pessoa em situação crítica.

No Serviço de Urgência, os dilemas éticos foram constantes. A sobrelotação, associada à proximidade entre doentes e à escassez de biomédicos, comprometia

frequentemente a privacidade e a confidencialidade. Recordo situações em que o espaço físico era tão limitado que se tornava impossível garantir a intimidade durante procedimentos invasivos. Nessas circunstâncias, improvisei zonas de maior acolhimento, assegurando, doente a doente, condições mínimas de privacidade. Estas vivências reforçaram a consciência de que, mesmo perante limitações estruturais, cabe ao enfermeiro especialista procurar alternativas que salvaguardem a dignidade e os direitos da pessoa. Este tema foi aprofundado no Relatório reflexivo sobre as intervenções na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família (Apêndice I), no qual articulei as decisões clínicas com as exigências éticas e legais subjacentes.

Questões relacionadas com o consentimento informado estiveram igualmente presentes. Em situações de menor gravidade, a prestação de informação clara e compreensível permitiu a participação ativa do doente nas decisões, em conformidade com a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde³⁵. Já em contextos de emergência, como episódios de instabilidade súbita ou paragem cardiorrespiratória, a impossibilidade de recolher consentimento atempadamente implicou a aplicação do consentimento presumido, sustentado nos princípios da beneficência e da não maleficência³⁶. Recordo, por exemplo, a abordagem a uma doente com instabilidade hemodinâmica súbita, em que a intervenção imediata foi determinante para preservar a vida. Esta experiência permitiu compreender que, em cenários de elevada criticidade, a autonomia não é anulada, mas momentaneamente condicionada, devendo ser retomada assim que possível, integrando a família no processo de decisão.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, os dilemas éticos assumiram maior complexidade, especialmente em decisões no final de vida. Destaco o caso de um doente idoso, em internamento prolongado, que recusou a continuidade da ventilação não invasiva, verbalizando exaustão e o desejo de não prolongar o sofrimento. Após uma explicação clara das consequências clínicas, a equipa respeitou a sua vontade, valorizando a autonomia e a dignidade da pessoa. À luz do Modelo de Adaptação de Callista Roy⁹, a recusa da ventilação não invasiva representou uma resposta adaptativa não apenas no modo fisiológico, mas também nos modos de autoconceito, papel e interdependência, refletindo a necessidade do doente de preservar identidade e autodeterminação. O papel do enfermeiro especialista centrou-se em apoiar este processo, garantindo que a decisão fosse respeitada e compreendida pela equipa e pela família.

Esta vivência originou a realização de uma reflexão à luz do Ciclo de Gibbs, “Humanização dos cuidados em contexto de permanência prolongada na UCI” (Apêndice J), onde refleti sobre os desafios éticos e relacionais que emergem quando a vontade do doente se confronta com o impulso técnico de prolongar a vida. A formação realizada sobre a “Filosofia dos Cuidados Paliativos” (Anexo 1) ampliando a compreensão da proporcionalidade terapêutica e a importância da decisão partilhada entre doente, família e equipa³⁷. A necessidade de envolver o psicólogo da unidade e de apoiar uma família dividida relativamente à decisão reforçou a relevância do diálogo interprofissional e do suporte emocional em situações de elevada carga ética e emocional.

Ainda na UCI, os internamentos prolongados revelaram a necessidade de preservar a humanização mesmo em situações de sedação profunda. A prática de comunicar com o doente, explicar procedimentos e incentivar a família a manter contacto verbal mostrou-se essencial. Esta vivência foi particularmente marcada pelas consultas da “Clínica do Doente Crítico”, nas quais vários utentes relataram recordar vozes e entoações, apesar de longos períodos em sedação. Estes testemunhos reforçaram que comunicar com o doente crítico não é apenas um ato simbólico, mas um dever ético e clínico, com impacto real na experiência vivida³⁸. Neste sentido, esta prática constituiu para mim uma oportunidade de reflexão crítica sobre a importância de manter o vínculo relacional e de reconhecer a pessoa para além da sua condição clínica.

Em contexto pré-hospitalar, na VMER, a prestação de cuidados em espaço público introduziu novos desafios éticos. A exposição das vítimas perante pessoas presentes no local exigiu a criação de perímetros de privacidade que garantissem condições dignas de intervenção. Em situações de instabilidade grave ou paragem cardiorrespiratória, a atuação sem consentimento prévio baseou-se no consentimento presumido, em consonância com as normas do Instituto Nacional Emergência Médica (INEM)³² e os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência³⁶. O impacto emocional de episódios como acidentes pediátricos ou óbitos inesperados reforçou a importância da comunicação estruturada com famílias e com os diferentes intervenientes (Centro de Orientação de doentes Urgentes (CODU), Centro de Apoio Psicológico em intervenções em Crise (CAPIC), bombeiros, forças de segurança). Estas vivências fundamentaram a realização de uma reflexão segundo o Ciclo de Gibbs, “Gestão da incerteza em contextos críticos: O Papel do Enfermeiro Especialista na VMER” (Apêndice K), no qual refleti

sobre os dilemas éticos e organizacionais associados à imprevisibilidade, destacando a liderança ética como eixo estruturante da segurança da equipa e da qualidade da resposta.

De forma transversal, as experiências desenvolvidas nos contextos clínicos permitiram consolidar uma prática ética e legal sustentada, demonstrando que cada decisão clínica está indissociavelmente ligada ao respeito pela dignidade humana, pelos direitos da pessoa e pelas responsabilidades profissionais. As reflexões críticas e as formações realizadas constituíram não apenas evidências de aprendizagem, mas contributos efetivos para reforçar uma prática ética, humanizada e centrada na pessoa em situação crítica.

III.4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade (B)

O Domínio da melhoria contínua da qualidade (B) constitui um eixo estruturante da prática do Enfermeiro Especialista, traduzindo um compromisso permanente com a segurança, a eficácia e a excelência dos cuidados. Este domínio integra as dimensões: B1 - dinamiza o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da coordenação clínica; B2 - desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e B3 - garante um ambiente terapêutico e seguro³. O enfermeiro especialista assume-se, assim, como agente de mudança, promotor de práticas baseadas na evidência e impulsor de uma cultura organizacional orientada para a qualidade³⁹.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, a melhoria contínua da qualidade esteve presente de forma transversal na prática diária, manifestando-se na observação crítica das dinâmicas organizacionais, na análise reflexiva das práticas clínicas e na implementação de estratégias orientadas para o aperfeiçoamento da coordenação, da comunicação e da segurança dos cuidados.

No Serviço de Urgência, a melhoria contínua da qualidade revelou-se particularmente evidente através de um processo estruturado de observação, análise crítica e reflexão sobre as práticas de liderança e coordenação das equipas. A observação sistemática permitiu identificar boas práticas organizacionais, nomeadamente ao nível da gestão estratégica das escalas, da articulação eficaz entre chefes de equipa e técnicos

auxiliares de saúde e da utilização de registos padronizados como instrumentos de apoio à continuidade, segurança e monitorização da prática diária (Anexo 2 e 3).

Este percurso traduziu-se na elaboração de um conjunto de documentos interligados, que evidenciam a operacionalização da melhoria contínua da qualidade. Os Relatórios de análise e reflexão sobre os estilos de liderança predominantes no SU, UCI e VMER (Apêndices C, E e G) constituíram instrumentos de diagnóstico das práticas existentes, permitindo identificar os estilos predominantes e a sua influência na organização da equipa e do trabalho. A partir desta análise, desenvolvi o Relatório reflexivo “Influência da liderança na coordenação das equipas” (Apêndice L), no qual aprofundei criticamente o impacto da liderança na comunicação, na gestão de recursos e na segurança dos cuidados. Este processo culminou na elaboração do documento “Propostas de estratégias de melhoria na coordenação das equipas” (Apêndice M), orientado para a consolidação de boas práticas e para o reforço de uma cultura de melhoria contínua, alinhada com os princípios da liderança e da qualidade. A articulação entre diagnóstico, reflexão e proposta de melhoria evidenciou a capacidade de transformar a observação crítica em contributos concretos para a prática.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, a melhoria contínua assumiu particular relevância face à elevada complexidade, à necessidade de decisões céleres e à importância da comunicação interprofissional em contexto de instabilidade. A identificação, por parte da coordenação da unidade, da necessidade de reforçar práticas de liderança clínica e de cultura de segurança conduziu à dinamização da formação “Liderança em Cuidados Intensivos: contributos para a segurança e qualidade dos cuidados” (Apêndice N), dirigida à equipa de enfermagem. Esta iniciativa promoveu a reflexão conjunta sobre tomada de decisão, comunicação em situações críticas e responsabilidade partilhada, contribuindo para o alinhamento de práticas seguras.

Complementarmente, a frequência do Curso SIMBOX AVC (Anexo 4) permitiu treinar, em ambiente simulado, respostas rápidas e coordenadas a situações de elevada criticidade, reforçando a simulação clínica como uma ferramenta de excelência na melhoria contínua da qualidade. A simulação revelou-se particularmente relevante enquanto estratégia de treino da comunicação, da liderança e da coordenação da equipa, com impacto direto na segurança do doente crítico e na preparação dos profissionais para cenários reais de elevada exigência⁴⁰.

Em contexto pré-hospitalar, na VMER, a melhoria contínua da qualidade adquiriu contornos específicos, condicionados pela imprevisibilidade dos cenários, pela pressão temporal e pela liderança partilhada entre médico e enfermeiro. A análise das dinâmicas da equipa evidenciou a necessidade de reforçar a coesão do binómio médico-enfermeiro, a clarificação de papéis e a comunicação estruturada desde os primeiros momentos da ocorrência.

Neste âmbito, dinamizei duas formações complementares, orientadas para necessidades distintas. A formação “Liderança na VMER: contributos para a segurança, eficácia e coesão da equipa em contexto pré-hospitalar” (Apêndice O), dirigida exclusivamente à equipa da VMER, teve como foco a liderança conjunta, a tomada de decisão partilhada e a comunicação em cenários críticos. A segunda formação, “Liderança na VMER: contributos para a segurança, coordenação e eficácia da equipa” (Apêndice P), integrada no plano bimestral de formação e alargada a outros profissionais do pré-hospitalar, visou promover uma linguagem comum, alinhar práticas e reforçar a cultura de segurança entre os diferentes intervenientes no terreno. Estas intervenções formativas constituíram estratégias concretas de melhoria contínua, com impacto direto na coordenação interprofissional e na segurança operacional.

A dimensão investigativa constituiu igualmente um pilar central neste domínio. A realização da Scoping Review “Contributo da Simulação para as Equipas de Enfermagem no Contexto de Doente Crítico” publicada na revista Nursing Practice Today, (Apêndice Q) e o artigo de revisão “Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico” publicado na revista Salutis Scientia (Apêndice R), evidenciou o compromisso com a prática baseada na evidência e com a produção científica orientada para a melhoria da qualidade dos cuidados⁴¹. Estes trabalhos permitiram integrar conhecimento atualizado na prática clínica, fundamentar decisões e sustentar propostas de melhoria nos diferentes contextos clínicos.

A participação em momentos de benchmarking, como as Jornadas “Gestão e Liderança em Doente Crítico” (Anexo 5), bem como no 4.º Congresso Internacional “O cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade” (Anexo 6), contribuiu para ampliar a visão estratégica sobre a qualidade em enfermagem. A reflexão em torno da organização dos cuidados, da segurança do doente e da integração da evidência científica nos processos reforçou a compreensão da melhoria contínua enquanto responsabilidade do enfermeiro especialista. Estes contextos permitiram integrar boas práticas nacionais e

internacionais e consolidar a liderança como eixo essencial na promoção de cuidados seguros, centrados na pessoa e sustentados em critérios de qualidade.

Em termos conceituais, este domínio foi sustentado pelos modelos de Patricia Benner e de Meyer e Lavin. Benner evidencia que a competência se desenvolve progressivamente através da experiência e da reflexão crítica, enquanto Meyer e Lavin destacam a vigilância clínica como processo contínuo de interpretação da realidade, fundamental para a detecção precoce de riscos e para a tomada de decisão informada^{7,8}. A articulação destes modelos com as experiências desenvolvidas permitiu consolidar uma visão da melhoria contínua como um processo dinâmico, integrador de conhecimento, reflexão, liderança e inovação⁴².

De forma transversal, as experiências desenvolvidas no SU, na UCI e na VMER demonstram que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel determinante na promoção da qualidade, da segurança e da eficiência dos cuidados, assumindo a melhoria contínua não apenas como uma competência técnica, mas como uma atitude profissional, ética e relacional, essencial ao desenvolvimento das equipas e à excelência da prática em enfermagem.

III.4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados (C)

O Domínio da gestão dos cuidados (C) traduz-se na capacidade do enfermeiro especialista para organizar, coordenar e otimizar os recursos disponíveis, assegurando uma resposta eficiente, segura e de qualidade às necessidades da pessoa em situação crítica. Integra as dimensões C1 - gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e C2 - adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados³. Estas competências exigem uma visão global do serviço, capacidade de decisão, planeamento, priorização e adaptação contínua a contextos complexos, dinâmicos e imprevisíveis.

A gestão dos cuidados em contextos críticos encontra-se indissociavelmente ligada à segurança do doente, a qual depende da existência de sistemas organizados, de processos de cuidados estruturados e de uma cultura de segurança sustentada ao nível institucional. A melhoria da qualidade dos cuidados exige, assim, uma abordagem

integrada que vá além da intervenção individual, envolvendo a gestão do risco, a padronização de práticas e a responsabilidade das equipas⁴³.

Neste enquadramento, os programas de gestão da qualidade em saúde assumem um papel central na prevenção de eventos adversos, através da avaliação sistemática do risco clínico, da identificação inequívoca do doente, da promoção da segurança da medicação, da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e da adoção de práticas seguras transversais aos diferentes contextos de prestação de cuidados⁴³.

A consolidação de uma cultura de segurança do doente implica, por isso, uma postura proativa e contínua, assente na aprendizagem organizacional, na análise crítica das práticas e na liderança clínica de proximidade. Neste processo, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na articulação entre a gestão dos cuidados, a segurança do doente e a qualidade da resposta clínica, constituindo este eixo um elemento essencial da prática especializada em contextos de elevada complexidade⁴³.

No Serviço de Urgência o acompanhamento próximo com a coordenação do serviço, foi determinante para compreender a importância da gestão estruturada dos cuidados na qualidade da resposta clínica. A observação direta permitiu perceber como a coordenação assegurava a fluidez das atividades, conciliando a gestão de recursos humanos e materiais, mesmo em contextos de elevada complexidade, mantendo uma postura de tranquilidade e segurança que transmitia confiança à equipa.

A supervisora clínica assumia frequentemente a chefia da equipa de enfermagem durante o turno, garantindo a articulação entre os diferentes setores, a distribuição equitativa de tarefas e a organização dos períodos de alimentação e descanso, promovendo simultaneamente o bem-estar e a eficiência da equipa. Em diversos momentos, tive oportunidade de assumir funções de liderança intermédia, colaborando na distribuição dos profissionais pelos sectores, reforçando áreas com maior pressão clínica e articulando com a equipa médica na priorização de cuidados. Estas experiências permitiram desenvolver competências de gestão dos cuidados em tempo real, reforçando a capacidade de tomada de decisão, comunicação eficaz e supervisão clínica em ambiente de elevada exigência.

Estas vivências estiveram igualmente na base da reflexão desenvolvida no Ciclo de Gibbs “Liderança do Enfermeiro Especialista em equipas de urgência” (Apêndice S),

no qual analisei criticamente a necessidade de ajustar a liderança à maturidade, dinâmica e características da equipa, bem como à complexidade das situações clínicas. Esta reflexão permitiu consolidar aprendizagens relacionadas com a gestão dos cuidados, a priorização das intervenções e a coordenação eficaz da equipa em contexto de urgência.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, a gestão dos cuidados assumiu uma dimensão particularmente exigente, atendendo à complexidade dos recursos técnicos, farmacológicos e humanos envolvidos. A enfermeira supervisora clínica desempenhava funções de chefia de equipa, assegurando o planeamento detalhado das atividades e a distribuição dos enfermeiros de acordo com a instabilidade e a complexidade dos doentes. Esta gestão dinâmica e adaptativa garantiu a continuidade e a segurança dos cuidados, mesmo em períodos de elevada complexidade clínica. Paralelamente, foi possível compreender a importância da gestão eficiente de stocks, fármacos e equipamentos, bem como da organização dos postos de trabalho, enquanto elementos determinantes para a segurança e eficácia da intervenção em cuidados intensivos.

A participação em formações técnicas específicas, nomeadamente Acessos Intraósseos, Suporte Avançado de Vida e Ventilação Não Invasiva (Anexos 7, 8 e 9), contribuiu de forma direta para o desenvolvimento de competências de gestão dos cuidados em situações de elevada complexidade. O domínio destas áreas permitiu uma maior autonomia da tomada de decisão, uma gestão mais eficaz dos recursos disponíveis e uma resposta mais célere e segura às necessidades da PSC. De igual modo, a formação em Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Técnica ISBAR (Anexo 10) revelou-se determinante para estruturar a transmissão de informação clínica, otimizar a articulação interprofissional e reduzir o risco de falhas na continuidade dos cuidados, com impacto direto na segurança e na qualidade da resposta prestada.

Em contexto pré-hospitalar, na VMER, a gestão dos cuidados adquiriu características singulares, marcadas pela necessidade de decisões rápidas, coordenação imediata e articulação eficaz entre médico e enfermeiro. A verificação sistemática do material e dos equipamentos da viatura e do armazém, bem como a sua reposição após cada ocorrência, revelou-se fundamental para garantir a operacionalidade e a segurança da intervenção. Os briefings e debriefings realizados antes e após as ativações constituíram momentos essenciais para alinhar estratégias, clarificar papéis e promover a melhoria contínua da resposta no terreno^{44,45}.

Uma das situações mais desafiantes ocorreu na abordagem a uma vítima jovem em paragem cardiopulmonar, durante a qual foi utilizado um dispositivo automático de compressões torácicas. Durante a reanimação observaram-se movimentos espontâneos dos membros, fenómeno descrito na literatura como consciência induzida durante a reanimação cardiopulmonar (CPR-induced consciousness), associado a uma perfusão cerebral eficaz resultante de compressões de elevada qualidade⁴⁶. Este fenómeno gerou incerteza quanto à abordagem mais adequada, exigindo uma atuação prudente e estruturada. A equipa manteve a serenidade, procedeu à reavaliação sistemática do ritmo, priorizou a continuidade das compressões e assegurou uma comunicação clara entre os elementos. Após o evento, realizou-se um debriefing clínico e operacional, permitindo analisar a gestão dos cuidados, a priorização das decisões e a coordenação da equipa⁴⁵. A partilha posterior da situação com a restante equipa reforçou a aprendizagem coletiva e a cultura de segurança. Este episódio evidenciou a importância da liderança adaptativa, da tomada de decisão em tempo real e da reflexão pós-evento como elementos centrais da gestão dos cuidados em contexto crítico^{47,48}.

De forma transversal, as experiências desenvolvidas nos três contextos de estágio demonstraram que a gestão dos cuidados exige visão estratégica, capacidade de liderança, planeamento e elevada adaptabilidade⁴⁹. A articulação entre gestão e liderança, sustentada em modelos como o da Liderança Transformacional e da coordenação clínica, reforça o papel do enfermeiro especialista como líder clínico de proximidade, capaz de integrar recursos humanos, técnicos e organizacionais para garantir cuidados seguros, oportunos e de elevada qualidade^{14,49}.

III.4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

O Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) reflete o compromisso do enfermeiro especialista com o aperfeiçoamento contínuo das suas competências pessoais, técnicas e científicas. Este domínio integra as dimensões D1 - desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 - baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica³. Ambas se articulam, sustentando um percurso de crescimento profissional assente na reflexão crítica, na aprendizagem autónoma e na atualização permanente do conhecimento.

Ao longo de todo o percurso, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocorreu de forma progressiva e integrada, através da prática clínica, da reflexão sistemática sobre a ação, da participação em momentos científicos e da produção de conhecimento. Estas experiências contribuíram para o fortalecimento do pensamento crítico, para o aumento da confiança na tomada de decisão e para a consolidação de uma identidade profissional enquanto enfermeira especialista, consciente do seu papel clínico, formativo e transformador.

A participação no I e II Seminários de Enfermagem Especializada / Mestrados na ESSCVP (Anexos 11 e 12) constituiu um espaço privilegiado de partilha científica e reflexão crítica sobre a prática avançada em enfermagem. Estes momentos permitiram aprofundar temáticas emergentes da enfermagem especializada, promover o diálogo entre pares e estimular uma atitude reflexiva contínua, essencial ao desenvolvimento profissional e ao reforço do autoconhecimento.

No âmbito do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP, apresentei a comunicação oral intitulada “Liderança das equipas em situações críticas: o enfermeiro especialista como agente de melhoria contínua” (Anexo 13), na qual procurei evidenciar que a qualidade dos cuidados se encontra intimamente associada a uma liderança eficaz, adaptada ao contexto, à maturidade da equipa e à complexidade das situações clínicas. Esta experiência exigiu síntese rigorosa da evidência científica, capacidade de comunicação assertiva e reflexão aprofundada sobre o papel do enfermeiro especialista enquanto líder clínico e agente de mudança, constituindo um momento particularmente marcante de crescimento académico e profissional.

Nos contextos clínicos da UCI e da VMER, a dinamização de sessões formativas dirigidas às equipas constituiu igualmente uma oportunidade relevante de aprendizagem. Estes momentos permitiram consolidar competências pedagógicas, reforçar a consciência do impacto da liderança na coesão das equipas e na segurança dos cuidados, bem como desenvolver maior assertividade na transmissão de conhecimento fundamentado. Apesar de já abordadas noutros domínios, estas experiências são aqui valorizadas enquanto contributos diretos para o desenvolvimento do autoconhecimento profissional e da capacidade de influenciar positivamente a prática clínica.

No âmbito da inovação e da reflexão sobre o futuro da profissão, a participação no 4.º Webinar Nacional e 2.º Webinar Internacional do Departamento de Enfermagem

Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso – “Enfermagem e inteligência Artificial: Desafios e Oportunidades” (Anexo 14) da Escola Superior de Saúde Enfermagem de Lisboa, subordinado ao tema “Inteligência artificial nos cuidados de Saúde: Desafios éticos e inovações para a Enfermagem” (Anexo 15), onde apresentei um póster digital (Apêndice T), permitiu aprofundar a reflexão sobre a integração da tecnologia na prática de enfermagem e os desafios éticos associados. Esta experiência contribuiu para ampliar a compreensão do impacto da inteligência artificial nos processos de decisão clínica, reforçando a importância de uma atualização científica contínua e de uma utilização crítica, ética e responsável da inovação tecnológica na prática.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais ocorreu também de forma muito concreta através da prática clínica em contextos inicialmente desconhecidos. Na UCI, o contacto com doentes submetidos a técnicas de substituição renal contínua representou um desafio significativo, uma vez que não integrava a minha experiência prévia. A participação numa formação específica sobre operacionalização da técnica de substituição renal no doente crítico (Anexo 16) permitiu adquirir conhecimentos fundamentais, compreender os princípios da terapêutica e integrar essa aprendizagem na prática diária, promovendo uma intervenção mais segura, informada e colaborativa com a equipa multidisciplinar. Este exemplo evidencia a importância da aprendizagem, orientada por necessidades reais da prática, no desenvolvimento profissional.

As reflexões e relatórios produzidos ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos constituíram espaços estruturados de autoconhecimento e aprendizagem, permitindo analisar a evolução do meu raciocínio clínico, da tomada de decisão e da forma de atuar em contextos de elevada complexidade. Este processo é consistente com a perspectiva de Benner, que destaca a reflexão como elemento central na consolidação da identidade profissional e na transformação da experiência em conhecimento clínico⁷.

De igual modo, a teoria da aprendizagem transformativa de Mezirow reforça que o conhecimento se constrói através da reflexão crítica sobre as experiências vividas, conduzindo a mudanças de perspetiva e à construção de uma prática mais consciente, autónoma e fundamentada⁵⁰. A atualidade deste modelo no desenvolvimento de competências em enfermagem é corroborada pela literatura recente, refletindo de forma clara o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, no qual cada situação clínica desafiante, formação ou produção científica constituiu um momento de transformação e reconstrução de forma de estar, pensar e intervir enquanto enfermeira⁵⁰.

A produção científica desenvolvida, concretizada na Scoping Review “Contributo da Simulação para as Equipas de Enfermagem no Contexto de Doente Crítico”, publicada na revista *Nursing Practice Today* (Apêndice Q), e no artigo de revisão “Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico”, publicado na revista *Salutis Scientia* (Apêndice R), constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento de competências no domínio da prática baseada na evidência, reforçando a capacidade de análise crítica da literatura, de sistematização do conhecimento e de transferência da evidência científica para a prática clínica.

Paralelamente, a participação em momentos de benchmarking em “Gestão e Liderança em Doente Crítico” (Anexo 5) permitiu integrar conhecimento atualizado e boas práticas organizacionais, ampliando a visão estratégica da prática em enfermagem e reforçando a importância da liderança pelo conhecimento científico.

De forma transversal, este percurso permitiu compreender que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é indissociável da reflexão crítica sobre a prática, da atualização contínua e da abertura à inovação. O enfermeiro especialista deve assumir-se como um profissional em permanente construção, comprometido com a excelência, a segurança e a qualidade dos cuidados, integrando o conhecimento científico, a experiência clínica e a reflexão ética como pilares da sua atuação junto da PSC⁵¹.

III.4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica⁴, traduzem a capacidade do enfermeiro especialista intervir de forma autónoma, diferenciada e fundamentada junto da PSC, da sua família e da equipa de saúde, sustentando a sua prática em conhecimento científico, técnico e ético.

O exercício especializado nesta área pressupõe uma prática de excelência, orientada para a segurança, para a vigilância clínica contínua e para a resposta adequada à instabilidade e ao risco de falência de funções vitais. Exige, por isso, competências técnicas específicas, pensamento crítico, capacidade de antecipação e tomada de decisão em contextos de elevada complexidade, imprevisibilidade e exigência clínica.

À semelhança do que foi desenvolvido no âmbito das competências comuns, nos pontos seguintes procede-se a uma análise reflexiva dos diferentes domínios das competências específicas, articulando-os com as experiências vivenciadas ao longo dos três contextos clínicos, SU, UCI e VMER. Pretende-se evidenciar de que forma estas experiências contribuíram para o desenvolvimento progressivo das competências clínicas, científicas e relacionais inerentes à prática do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

III.4.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Cuidar da pessoa em situação crítica implica uma prática altamente diferenciada, sustentada na vigilância clínica contínua, na capacidade de reconhecer precocemente alterações significativas e na tomada de decisão fundamentada em contextos de elevada complexidade. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica⁵², este cuidado deve assentar numa prática baseada na evidência, orientada para a segurança, o conforto e a promoção da adaptação da pessoa e da família à situação de doença crítica. O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros reforça que esta competência exige uma intervenção integrada junto da pessoa, da família e dos cuidadores, mobilizando conhecimento técnico-científico aliado a uma abordagem humanizada e centrada na dignidade⁴.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos foram vivenciadas múltiplas situações que exigiram a mobilização de competências de avaliação, priorização e intervenção rápida. A prática desenvolvida nos contextos do SU, UCI e VMER permitiu consolidar a capacidade de reconhecer sinais precoces de deterioração clínica, interpretar parâmetros ventilatórios, hemodinâmicos e neurológicos e articular intervenções de estabilização e vigilância contínua. Este percurso implicou a integração entre conhecimento e experiência, característica do enfermeiro perito, traduzida na capacidade de identificar aspetos clinicamente relevantes e orientar a intervenção de forma segura e eficaz⁵³.

No Serviço de Urgência, a realização de turnos em todos os setores permitiu desenvolver esta competência em contextos marcados pela imprevisibilidade, elevada rotatividade e necessidade constante de priorização. A realização de triagens através do

Sistema de Triagem de Manchester⁵⁴ implicou a tomada de decisão sustentada em algoritmos clínicos, integrando sinais, sintomas e fatores de risco com impacto direto na segurança e no tempo de resposta à pessoa em situação crítica. Neste contexto, tornou-se evidente a importância da integração entre conhecimento teórico e experiência prática, permitindo reconhecer padrões clínicos e antecipar necessidades de intervenção, em consonância com as características do enfermeiro perito⁵³.

Na sala de emergência, esta competência foi particularmente desenvolvida num contexto de elevada complexidade e risco, onde a segurança do doente assume um papel central. A existência de checklists de segurança, desde a verificação da operacionalidade do carro de emergência até à avaliação das condições da própria sala enquanto ambiente seguro, e a sua utilização sistemática permitiram consolidar a importância da organização, padronização e antecipação dos cuidados na resposta à PSC, em consonância com a evidência científica⁸.

A abordagem inicial da pessoa em situação crítica na sala de emergência seguiu a metodologia ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, exposure), enquanto instrumento estruturante da avaliação clínica, permitindo identificar precocemente lesões e intervir de acordo com a prioridade estabelecida. Esta metodologia, recomendada pelo INEM, foi mobilizada de forma sistemática, beneficiando igualmente dos contributos da frequência dos cursos de Suporte Avançado de Vida e International Trauma Life Support, que reforçaram uma abordagem organizada, segura e orientada por prioridades^{55,56} (Anexos 8 e 17).

Neste setor foi ainda possível gerir protocolos terapêuticos complexos e prestar cuidados à pessoa integrada em diferentes vias verdes, nomeadamente Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde AVC, bem como à pessoa em paragem cardiorrespiratória, nos cuidados pós-reanimação e na abordagem às vítimas de trauma. Estes contextos exigiram articulação eficaz com a equipa multidisciplinar e elevada capacidade de decisão clínica, reforçando o papel do enfermeiro especialista na coordenação dos cuidados e na garantia da segurança da pessoa em situação crítica e da sua família.

No setor de balcão destacou-se a importância da priorização clínica através da mobilização de múltiplos conhecimentos e capacidades, permitindo responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa. Em alguns momentos, a observação

clínica permitiu identificar alterações subtis que conduziram à identificação de situações graves, com necessidade de maior vigilância e encaminhamento adequado, corroborando o que a literatura descreve relativamente à importância da observação sistemática e da valorização de alterações comportamentais e físicas na identificação atempada da deterioração clínica no Serviço de Urgência^{8,57}. Para além da priorização, releva-se a realização do acolhimento estruturado da pessoa, com validação sistemática de alergias e registo rigoroso da informação clínica, constituindo-se como prática promotora da segurança do doente, em consonância com o Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026⁵⁸.

Um dos episódios ocorridos no SU envolveu um homem de 70 anos admitido com um acidente vascular cerebral isquémico extenso, apresentando défices neurológicos significativos. A abordagem rápida e coordenada, integrada no circuito da Via Verde AVC, permitiu a instituição de terapêutica trombolítica dentro da janela terapêutica, com estabilização clínica eficaz. Para além da intervenção técnica diferenciada, este episódio permitiu reforçar a centralidade da família enquanto parte integrante do processo de cuidados, através do apoio emocional, da comunicação clara e ajustada ao momento vivido e da disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, contribuindo para reduzir a ansiedade e promover a participação informada da família num contexto de elevada vulnerabilidade.

Na UCI, esta competência foi desenvolvida no acompanhamento de pessoas em situação crítica com elevado grau de dependência tecnológica, nomeadamente sob ventilação invasiva e não invasiva, diferentes modalidades de monitorização hemodinâmica e neurológica assim como com técnicas de substituição renal. A gestão destes contextos exigiu compreensão da fisiopatologia, interpretação contínua de dados clínicos e capacidade de intervir de forma autónoma e segura perante alterações subtis, mas clinicamente significativas. A aplicação de protocolos terapêuticos complexos, como os protocolos de sedoanalgesia, implicou tomada de decisão sustentada na evidência, ajustada à resposta individual da pessoa e em permanente articulação com a equipa multidisciplinar⁵⁹.

Um caso particularmente desafiante envolveu uma doente traqueostomizada, internada há 21 dias, parcialmente dependente de ventilação mecânica, alternando períodos de desmame com necessidade de suporte ventilatório. A evolução clínica intermitente refletia não apenas a complexidade fisiológica da dependência ventilatória,

mas também alterações evidentes ao nível do autoconceito e da interdependência, conforme descrito no Modelo de Adaptação de Callista Roy^{9,60}. A doente verbalizava exaustão e cansaço de viver, manifestando sofrimento emocional agravado por uma dinâmica familiar complexa.

Neste contexto, o papel do enfermeiro revelou-se crucial na gestão da comunicação, no apoio emocional e na criação de um ambiente terapêutico seguro, assegurando conforto, escuta ativa e validação emocional, bem como mediando, sempre que necessário, o impacto das visitas familiares. Em situações semelhantes, a gestão da dor, do desconforto e da agitação exigiu avaliação clínica contínua e intervenção interdisciplinar, articulando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, garantindo simultaneamente a segurança e o respeito pela pessoa. Esta abordagem integrou uma compreensão da pessoa como um sistema adaptativo no qual as respostas à doença crítica são influenciadas por dimensões fisiológicas, emocionais, sociais e relacionais, exigindo uma abordagem integrada e centrada na dignidade⁶⁰.

No contexto da VMER evidenciou-se, de forma particularmente clara, a relevância da perícia do enfermeiro especialista na tomada de decisão clínica em situações marcadas por informação limitada e condições de trabalho adversas. A intervenção neste contexto exigiu elevado nível de autonomia e capacidade de adaptação, refletindo as características do enfermeiro perito⁷, nomeadamente a capacidade de reconhecer padrões clínicos relevantes e tomar decisões antecipatórias em contextos de elevada incerteza. Simultaneamente, mobilizou a vigilância clínica descrita por Meyer e Lavin, enquanto processo contínuo de observação e interpretação de sinais e sintomas, permitindo antecipar instabilidade e intervir de forma célere e eficaz⁸.

Neste enquadramento, destaca-se a participação numa situação de Paragem Cardiorrespiratória com recurso a Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation, que permitiu observar, já na unidade de destino, a dinâmica organizacional da equipa. Evidenciou-se uma clara definição de papéis entre os diferentes elementos, operacionalizada através da utilização de checklists de ação e da realização de registos estruturados, refletindo práticas sistematizadas, coordenadas e orientadas para a segurança do doente⁶¹.

Em todos estes contextos, o enfermeiro especialista assumiu um papel central na promoção de uma comunicação eficaz e na criação de ambientes terapêuticos seguros,

ajustando a intervenção às necessidades emocionais da pessoa e da família em situações de elevada vulnerabilidade. Paralelamente, foi possível objetivar intervenções de liderança através da organização do trabalho, da antecipação de necessidades, da comunicação clara e da articulação entre os diferentes elementos da equipa, orientando a prática para objetivos comuns e garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados, mesmo em contextos de elevada complexidade.

Neste domínio foi igualmente possível desenvolver competências na assistência à família durante o processo de morte e no acompanhamento inicial do luto. Na prática, procurei assegurar que a prestação de cuidados ao corpo após o óbito fosse realizada com especial atenção à preservação da dignidade da pessoa, minimizando a exposição de lesões e cuidando da apresentação corporal de forma serena e respeitadora. Este cuidado intencional permitiu proporcionar à família um último contacto mais tranquilo e humanizado, reconhecendo a relevância deste momento na vivência emocional da perda⁶².

A evidência demonstra que a forma como os cuidados são prestados no final da vida influencia a experiência dos familiares e pode atenuar o impacto emocional do óbito, contribuindo para um processo de luto mais integrado⁶³. Neste contexto, a comunicação clara, empática e ajustada às circunstâncias revelou-se igualmente fundamental, reforçando o papel do enfermeiro especialista na criação de um ambiente terapêutico seguro, mesmo em situações de elevada vulnerabilidade^{64,65}.

Esta vivência permitiu compreender que, em situações prolongadas de instabilidade, o cuidado ultrapassa a intervenção técnica, exigindo sensibilidade relacional, empatia e capacidade de reconhecer os limites da pessoa e da família. A reflexão desenvolvida “Humanização dos cuidados em contexto de permanência prolongada na UCI” (Apêndice J) reforçou esta compreensão, evidenciando a importância de equilibrar a abordagem tecnológica com a dimensão humana do cuidar.

O Relatório reflexivo sobre “Intervenções na prestação de cuidados à PSC e sua Família” (Apêndice I) e o Relatório “O impacto da liderança na qualidade dos cuidados prestados na UCI” (Apêndice U) reforçam a articulação entre prática clínica e liderança, demonstrando que a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde estão diretamente relacionados com a capacidade de liderar e mobilizar equipas em torno de objetivos comuns. A formação especializada frequentada, nomeadamente nas áreas de Ventilação

Não Invasiva, Acessos Intraósseos e Filosofia dos cuidados paliativos (Anexos 9, 7 e 1), contribuiu igualmente para este domínio, reforçando competências técnicas e éticas essenciais à prática diária.

A reflexão crítica desenvolvida a partir das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de prática permitiu integrar o saber científico e o saber prático, transformando a ação em conhecimento e reforçando a autonomia profissional do enfermeiro especialista. Este processo contribuiu para a consolidação de uma prática analisada e fundamentada, capaz de sustentar decisões clínicas ajustadas à complexidade das situações críticas.

III.4.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe constitui uma área fundamental da enfermagem à PSC, exigindo competências que transcendem a intervenção clínica e se estendem à preparação organizacional, à coordenação interinstitucional e à liderança em cenários de elevada imprevisibilidade. De acordo com o International Council of Nurses (ICN), as competências em enfermagem de catástrofe estruturam-se em quatro domínios fundamentais: mitigação e preparação, resposta, recuperação e liderança ética em contextos de crise, integrando ainda a comunicação eficaz e a gestão de recursos limitados como pilares estruturantes da atuação⁶⁶. Este referencial reforça que o enfermeiro deve estar preparado não apenas para atuar quando o evento ocorre, mas para participar ativamente na conceção, planeamento e treino das equipas, promovendo uma cultura de prontidão sustentada.

No contexto nacional, a organização da resposta a emergências e incidentes multivítimas desenvolve-se no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, sob coordenação do INEM⁶⁷, articulado com a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, conforme preconizado na Lei de Bases da Proteção Civil⁶⁸. O INEM assume, neste enquadramento, um papel organizacional através da implementação de protocolos de triagem, da coordenação operacional via CODU e da articulação interinstitucional, constituindo uma referência na preparação e gestão de cenários de exceção. A atuação do enfermeiro especialista implica, assim, conhecimento dos planos

de emergência, domínio de algoritmos estruturados de triagem e capacidade de liderança sob pressão, garantindo decisões seguras e proporcionais à gravidade e complexidade da situação.

Foi à luz destes referenciais que procurei desenvolver esta competência ao longo dos diferentes contextos de estágio, privilegiando não apenas a participação em situações críticas, mas sobretudo a análise dos materiais institucionais de resposta, a valorização do treino simulado e a dinamização formativa.

A participação na formação “Capacitar para o (Im)provável” (Anexo 18) permitiu aprofundar os princípios da gestão de crises e catástrofes, reforçando a importância de liderança serena, comunicação eficaz e gestão criteriosa de recursos em cenários de exceção.

No SU, enquanto porta de entrada preferencial em situações de exceção e potenciais incidentes multivítimas, aprofundei o conhecimento do Plano de Emergência interno e externo, bem como dos mecanismos de ativação da resposta. O contacto com os kits de catástrofe e com o material destinado a incidentes multivítimas permitiu refletir criticamente sobre a sua organização e operacionalização. A abordagem à triagem START (Simple Triage and Rapid Treatment), amplamente descrita nos manuais internacionais de resposta a catástrofes⁶⁹, consolidou a compreensão dos critérios de priorização clínica em cenários de múltiplas vítimas, reforçando a necessidade de decisões rápidas e sustentadas em algoritmos previamente definidos.

A análise das dinâmicas do serviço evidenciou que a eficácia da resposta não depende exclusivamente da existência de recursos materiais, mas da preparação contínua das equipas, da clarificação de papéis e da consolidação de uma cultura de prontidão. Num contexto nacional em que subsiste o risco de fenómenos extremos ou acidentes coletivos, o Serviço de Urgência assume um papel central na resposta inicial, exigindo equipas treinadas e lideranças capazes de coordenar sob pressão.

Paralelamente, a minha participação no exercício municipal de Proteção Civil LIVEX - “MASCAL 2023”, no âmbito da Pós-Graduação em Emergência Médica e Catástrofe, constituiu uma experiência determinante. Este exercício permitiu vivenciar a articulação interinstitucional entre Proteção Civil, INEM, Bombeiros e unidades hospitalares, reforçando a importância do treino simulado como instrumento essencial para a melhoria da coordenação e da eficácia das equipas.

Na UCI, o contacto com o Plano de emergência interno permitiu compreender a organização estruturada da evacuação, nomeadamente através da classificação sistemática dos doentes por prioridades, atualizada regularmente. Esta metodologia evidencia que a resposta eficaz começa antes da ocorrência do evento, exigindo antecipação e validação contínua por parte do enfermeiro especialista. A dinamização da formação “Liderança em cuidados intensivos: Contributos para a segurança e qualidade dos cuidados” (Apêndice N) reforçou esta dimensão, promovendo nas equipas uma reflexão sobre liderança em contextos de elevada complexidade e risco.

Em contexto pré-hospitalar, na VMER, a competência consolidou-se através da revisão do kit multivítimas, da verificação sistemática de materiais e da análise dos circuitos de comunicação com o CODU e restantes entidades no terreno. A participação no 3.º Seminário de Enfermagem Especializada em Médico-Cirúrgica no Contexto de Emergência Extra-Hospitalar, subordinado ao tema “Da reflexão sobre a prática clínica à tomada de decisão” (Anexo 19), reforçou a importância da utilização de ferramentas estruturadas de apoio à decisão e da articulação entre conhecimento técnico e raciocínio clínico em cenários de elevada imprevisibilidade. A dinamização da formação “Liderança na VMER: Segurança, eficácia e coesão da equipa” (Apêndice P) dirigida a enfermeiros, médicos e elementos do pré-hospitalar, constituiu um contributo direto para a segurança e eficácia das equipas. A partilha de estratégias de coordenação em cenários de exceção reforçou a importância da liderança partilhada, da comunicação clara com o CODU e da tomada de decisão sob pressão.

As reflexões desenvolvidas nos Ciclos de Gibbs, nomeadamente “Liderança do Enfermeiro Especialista em equipas de Urgência” (Apêndice S) e “Gestão da incerteza em contextos críticos: O papel do Enfermeiros Especialista na VMER” (Apêndice K), permitiram aprofundar a dimensão ética, emocional e decisiva inerente à atuação em contextos de elevado risco, contribuindo para uma prática mais consciente, estruturada e responsável.

O percurso realizado permitiu compreender que dinamizar a resposta em situações de emergência e catástrofe implica antecipação, treino sistemático, validação de planos e liderança ativa. O enfermeiro especialista assume, assim, um papel estruturante na articulação entre planeamento estratégico e ação operacional, garantindo respostas seguras e coordenadas.

III.4.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde assumem particular relevância na pessoa em situação crítica, cuja vulnerabilidade imunológica, instabilidade fisiológica e necessidade frequente de dispositivos invasivos potenciam o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência antimicrobiana. A consolidação desta competência resultou de uma prática sustentada na vigilância, na decisão clínica fundamentada e na integração contínua da evidência científica no cuidado.

No Serviço de Urgência, o elevado fluxo de utentes e a pressão temporal exigiram uma postura particularmente vigilante na manutenção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção e das Precauções Adicionais Baseadas nas Vias de Transmissão⁷⁰. A experiência demonstrou que a urgência clínica não pode justificar a flexibilidade das medidas de segurança. A higienização das mãos foi assumida como prática absolutamente inegociável, compreendendo que a sua adesão consistente constitui a intervenção mais eficaz na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde^{71,72}. Esta decisão não foi meramente normativa, mas sustentada na evidência que demonstra que a não adesão aos “5 Momentos” da higiene das mãos se associa a um aumento de infeções da corrente sanguínea relacionada com dispositivos invasivos⁷¹.

A identificação precoce do risco infeccioso nem sempre é imediata em contexto de urgência, exigindo leitura clínica contínua e capacidade de reavaliação. Um episódio particularmente marcante envolveu um jovem de 19 anos, com história recente de febre e prostração progressiva, que deu entrada na sala de reanimação por alteração súbita do estado de consciência, com períodos de agitação psicomotora. Inicialmente, o quadro não apresentava sinais evidentes de foco infeccioso, tendo sido priorizada a realização de tomografia computadorizada sob sedação. Após sedação verificou-se agravamento do estado neurológico, sendo necessária entubação orotraqueal. No decorrer da entubação foi identificada rigidez da nuca, levantando forte suspeita de meningite⁷⁰.

Perante esta evolução, tornou-se imperativa a implementação imediata de Precauções Baseadas na Via de Transmissão por Gotículas, com utilização adequada de

Equipamentos de Proteção Individual, sobretudo considerando a realização de procedimentos invasivos geradores de aerossóis. Verificou-se, contudo, que nem todos os profissionais presentes na abordagem inicial haviam utilizado máscara cirúrgica, dado que a suspeita de patologia infecciosa grave não estava ainda estabelecida⁷¹. Esta situação evidenciou a importância da aplicação sistemática das Precauções Básicas de Controlo de Infecção independentemente da hipótese diagnóstica inicial, reforçando que a proteção da equipa e dos restantes doentes depende frequentemente de decisões tomadas antes da confirmação clínica⁷⁰.

A decisão de reforçar de imediato a utilização de máscara, reorganizar o espaço e limitar a exposição desnecessária de profissionais resultou de uma análise rápida do risco e da consciência de que a falha inicial poderia traduzir-se em exposição evitável. Esta experiência consolidou a compreensão de que o controlo de infeção em contexto crítico exige antecipação, liderança situacional e capacidade de intervenção assertiva, mesmo em ambientes de elevada pressão.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, a complexidade aumentou significativamente, dada a elevada prevalência de dispositivos invasivos, ventilação mecânica e terapêutica antimicrobiana prolongada. A prevenção da pneumonia associada à intubação constituiu uma prioridade diária. A adesão ao feixe de intervenções definido pela Norma da DGS foi integrada na prática numa lógica de cumprimento integral (“tudo ou nada”), reconhecendo que a eficácia da bundle depende da sua aplicação sistemática⁷³. A decisão clínica de manter elevação da cabeceira, assegurar higiene oral adequada, titular sedação ao mínimo necessário e promover provas diárias de ventilação espontânea foi sempre sustentada na evidência de redução de complicações e melhoria de resultados clínicos.

Foi particularmente relevante constatar que a unidade já havia integrado a atualização relativa à utilização de clorhexidina na higiene oral, demonstrando uma cultura institucional de atualização científica contínua e alinhada com as recomendações mais recentes⁷³.

As auditorias regulares no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e os rastreios microbiológicos sistemáticos à admissão de cada doente permitiram compreender o impacto da vigilância epidemiológica na prevenção de surtos e na definição precoce de medidas de

isolamento⁷⁴. Esta dimensão estratégica evidenciou que o papel do enfermeiro especialista ultrapassa o cuidado direto, incluindo uma leitura global do risco institucional e a participação ativa na cultura de segurança.

A gestão da antibioterapia revelou-se igualmente um campo de intervenção relevante. A monitorização da evolução clínica, dos resultados microbiológicos e da resposta terapêutica exigiu raciocínio clínico contínuo e comunicação eficaz com a equipa médica, reforçando o papel do enfermeiro na vigilância das resistências antimicrobianas e na promoção da utilização racional de antibióticos⁷⁵.

Assumi ainda um papel ativo na educação da pessoa e da família relativamente às medidas de isolamento. A explicação clara e fundamentada do racional das restrições contribuiu para reduzir ansiedade, promover adesão e reforçar a confiança no processo terapêutico, evidenciando que o controlo de infeção integra uma dimensão técnica, relacional e ética⁷⁶.

No contexto pré-hospitalar, os desafios assumiram uma natureza distinta. A imprevisibilidade do ambiente, as condições adversas e a necessidade de intervenções invasivas no local exigiram capacidade de adaptação sem comprometer os princípios de assepsia e segurança. A organização prévia de kits de Equipamento de proteção individual e as rotinas de verificação sistemática implementadas pela coordenação demonstraram a importância da preparação antecipatória na mitigação do risco. Em cenários de acidente rodoviário ou paragem cardiorrespiratória, sempre que clinicamente viável, a decisão de transportar rapidamente a vítima para o interior da ambulância permitia garantir melhores condições de assepsia e controlo do ambiente, reduzindo a exposição desnecessária a superfícies contaminadas.

A participação no webinar do INEM “Da análise de risco à prevenção de infeção: Estratégias no Extra-Hospitalar (Anexo 20)” reforçou esta perspetiva estratégica, evidenciando a importância da antecipação, organização e liderança clínica na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

A elaboração e publicação do artigo de revisão sobre “Boas práticas na prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico: prevenção de complicações” (Apêndice R) constituiu um marco relevante no desenvolvimento desta competência, permitindo integrar evidência recente, analisar bundles de prevenção e refletir

criticamente sobre a uniformização de práticas e formação das equipas. Este trabalho reforçou a adaptação consciente da evidência científica para a prática clínica.

Assim, a consolidação desta competência não resultou apenas da aplicação técnica de medidas de controlo de infeção, mas da integração entre vigilância ativa, tomada de decisão fundamentada, liderança pelo exemplo e promoção de uma cultura de segurança. O enfermeiro especialista afirma-se, deste modo, como elemento fundamental na promoção da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica, intervindo de forma diferenciada na prevenção da infeção e na monitorização das resistências antimicrobianas, tanto em contexto hospitalar como pré-hospitalar.

III.4.3. Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O grau de mestre traduz a consolidação de um percurso formativo exigente, caracterizado pelo desenvolvimento conceptual, pela capacidade de integração crítica do conhecimento e pela autonomia na tomada de decisão em contextos complexos. Nos termos do Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau de mestre pressupõe o desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos adquiridos no 1.º ciclo, a capacidade de aplicação em contextos novos e multidisciplinares, a integração de informação em situações de incerteza, a formulação de juízos sustentados em princípios éticos e responsabilidade social, a comunicação clara de conclusões e a autonomia na aprendizagem ao longo da vida¹.

A consolidação destas competências tornou-se particularmente evidente ao longo do percurso desenvolvido nos três contextos clínicos, articulado com as atividades científicas e formativas realizadas durante o mestrado.

O desenvolvimento e a consolidação do conhecimento, para além do nível do 1.º ciclo, manifestou-se sobretudo na capacidade de analisar criticamente evidência científica e integrá-la na prática. A realização de trabalhos de investigação exigiu domínio metodológico, capacidade de analisar criticamente diferentes estudos e integrar os seus contributos na prática clínica. Este processo ultrapassou a mera aquisição de informação, exigindo interpretação crítica, identificação de lacunas e ligação entre o conhecimento científico e a prática clínica. Esta exigência contribui para consolidar uma forma de pensar mais estruturada, fundamentada e orientada para a qualidade dos cuidados.

A aplicação deste conhecimento em contextos novos e não familiares evidenciou-se de forma transversal aos três estágios. No Serviço de Urgência Geral, a necessidade de tomar decisões rápidas com informação frequentemente incompleta exigiu mobilização de raciocínio clínico, capacidade de priorização e reformulação contínua de hipóteses diagnósticas. Na Unidade de Cuidados Intensivos, a gestão de situações de instabilidade hemodinâmica e evolução incerta reforçou a importância da integração simultânea de múltiplos parâmetros clínicos, laboratoriais e terapêuticos, exigindo interpretação dinâmica e prudente. Já no contexto pré-hospitalar da VMER, a intervenção em ambientes não controlados, com ausência de informação prévia e elevada pressão temporal, implicou autonomia na tomada de decisão e adaptação do conhecimento às características específicas do cenário. Nestes três contextos, o que se consolidou não foi apenas a capacidade técnica, mas a aptidão para aplicar conhecimento de forma flexível, crítica e contextualizada.

A capacidade de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, prevista na alínea c), foi aprofundada através da reflexão estruturada desenvolvida ao longo do ensino clínico. A análise de situações eticamente exigentes, como decisões de proporcionalidade terapêutica ou comunicação de informação sensível a familiares, implicou ponderação de implicações clínicas, humanas e organizacionais. Este exercício sistemático de reflexão promoveu um raciocínio clínico mais consciente e responsável, no qual as decisões são sustentadas não apenas pela evidência científica, mas também por princípios éticos, impacto social e respeito pela dignidade da pessoa em situação crítica. A maturidade adquirida neste domínio traduziu-se na capacidade de emitir juízos fundamentados mesmo perante informação limitada ou cenários de incerteza.

A competência comunicacional assumiu igualmente relevância determinante. A participação em eventos científicos e a dinamização de formações exigiram capacidade de sintetizar conhecimento complexo, estruturar raciocínios e adaptá-los a diferentes públicos, quer especializados, quer não especializados. Em contexto clínico, a comunicação estruturada revelou-se essencial para garantir segurança, coordenação e coesão das equipas. A condução de briefings e debriefings, a articulação com equipas multidisciplinares e a transmissão clara de prioridades constituíram manifestações concretas desta competência. Comunicar deixou de ser apenas transmitir informação, passando a ser instrumento de liderança, prevenção do erro e promoção da qualidade.

Por fim, a aprendizagem ao longo da vida afirmou-se como um eixo fundamental do percurso. A procura ativa de formação especializada, a revisão contínua da literatura e o desenvolvimento de trabalhos científicos evidenciam uma postura auto-orientada, crítica e comprometida com a melhoria contínua. Esta autonomia formativa refletiu-se na evolução da prática clínica e na consolidação da liderança enquanto dimensão integrada da atuação profissional.

De forma global, o percurso desenvolvido permitiu consolidar competências que transcendem a execução técnica, evidenciando maturidade científica, capacidade de análise crítica, autonomia na tomada de decisão e responsabilidade ética. A integração entre conhecimento, reflexão estruturada e prática clínica sustenta uma atuação alinhada com o perfil de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, orientada para a qualidade, segurança e excelência dos cuidados à pessoa em situação crítica.

IV. Considerações Finais

O percurso desenvolvido ao longo dos três contextos de estágio constituiu um processo formativo profundamente exigente e transformador, que me permitiu consolidar conhecimentos avançados, desenvolver competências diferenciadas na área da Pessoa em Situação Crítica e afirmar um modelo de atuação centrado na liderança clínica, na segurança e na qualidade dos cuidados. A diversidade e complementaridade destes contextos proporcionaram-me uma visão abrangente da complexidade das situações críticas e contribuíram para a concretização efetiva dos objetivos inicialmente definidos.

Ao longo deste percurso, consolidei competências no cuidado direto à pessoa em situação crítica, sustentadas nos modelos teóricos de Enfermagem e suportadas pela literatura científica. Paralelamente, desenvolvi ferramentas que me permitiram intervir de forma mais consciente e organizada em processos de melhoria contínua, fortalecendo a minha capacidade reflexiva, o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada na evidência. A participação ativa nas equipas, a dinamização de formações específicas e a análise crítica das práticas foram determinantes para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista.

Um dos aspetos mais marcantes deste percurso foi compreender, através da experiência prática articulada com a fundamentação teórica, que não existe um modelo de liderança universalmente eficaz. A liderança é necessariamente adaptativa ao contexto, à equipa, à cultura organizacional e à situação clínica. Contudo, nos três contextos de estágio, observei de forma consistente que a Liderança Transformacional se revelou particularmente eficaz em situações críticas. Este modelo promove equipas mais motivadas, coesas e orientadas para o desempenho seguro. A capacidade de inspirar, clarificar objetivos, fomentar comunicação aberta e estimular a tomada de decisão partilhada traduz-se em ganhos evidentes para a equipa e para a pessoa em situação crítica, reforçando a humanização, a antecipação e a eficácia da resposta clínica. Esta constatação confirmou a pertinência de integrar este modelo como eixo orientador da minha prática em contextos complexos.

Apesar dos resultados alcançados, surgiram limitações inerentes a cada contexto. No Serviço de Urgência, a elevada afluência e a variabilidade da gravidade clínica condicionaram, por vezes, uma observação mais prolongada dos processos de liderança.

Na UCI, a complexidade dos cuidados e a exigência de vigilância contínua limitaram a possibilidade de sistematizar de forma mais estruturada a implementação de momentos formais de reflexão com a equipa, nomeadamente após situações críticas, ainda que estas tenham sido promovidas sempre que o contexto o permitiu. Na VMER, a imprevisibilidade das ocorrências e a necessidade de articulação imediata com diferentes entidades tornaram desafiante a sistematização da análise da liderança, dado que a prioridade é sempre a resposta rápida, segura e eficaz ao evento. Ainda assim, estas circunstâncias reforçaram competências essenciais do enfermeiro especialista, nomeadamente a capacidade de adaptação, a redefinição de prioridades e a tomada de decisão em cenários de elevada complexidade.

Os ganhos decorrentes das atividades desenvolvidas são significativos, tanto para o meu percurso como para a valorização da Enfermagem na área de especialidade. No Serviço de Urgência, contribuí para fortalecer a organização do trabalho e a comunicação em situações críticas. Na UCI, a formação dirigida à equipa e as reflexões sobre humanização acrescentaram valor à prática diária e à segurança da pessoa. No contexto da VMER, o investimento na liderança partilhada e na comunicação em emergência pré-hospitalar evidenciou a relevância do enfermeiro especialista na resposta a situações de elevada exigência. Estes contributos refletem uma Enfermagem mais qualificada, autónoma e comprometida com a melhoria contínua dos cuidados.

A conclusão deste percurso não representa um ponto final, mas o início de novas etapas de desenvolvimento profissional. A curto prazo, pretendo continuar a consolidar competências em liderança clínica e em estratégias de melhoria contínua. A médio prazo, ambiciono promover formação para equipas de enfermagem em contextos críticos, integrando simulação, comunicação estruturada e tomada de decisão partilhada. A longo prazo, desejo desenvolver projetos de investigação e produção científica que reforcem o papel do enfermeiro especialista em situações críticas, bem como contribuir para a construção de protocolos que promovam segurança, eficácia e humanização dos cuidados.

Este relatório final sintetiza um percurso marcado pela exigência, pela reflexão e pela consolidação de competências. A principal aprendizagem foi reconhecer que a liderança do enfermeiro especialista constitui um pilar fundamental da segurança da pessoa em situação crítica, traduzindo-se numa prática autónoma, ética, fundamentada e orientada para a melhoria contínua.

V. Referências Bibliográficas

1. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República [Internet]. 2018 ago 16; 1.ª série (nº157): 4147-82. [citado 2024 nov 28]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
2. Ordem dos Enfermeiros. Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos mestrados em Enfermagem conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2021 [citado 2024 Jul 11]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Diário da República. 2019 fev 6; 2.ª série (nº26). [citado 2024 Mar 31]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
4. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º429/2018- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [Internet]. Diário da República. 2018 jul 16; 2.ª série (nº135). [citado 2024 Mar 31]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
5. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou A, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. Healthcare (Basel) [Internet]. 2017 [citado 2024 Mai 12]; 5(4):73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036901/>
6. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2024 dez 11]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

7. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2001
8. Meyer G, Lavin MA. Vigilance: the essence of nursing. Am J Crit Care [Internet]. 2005 [citado 2024 Mai 11]; 14 (1):64-72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/162chat5388/>
9. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2009
10. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. J Nurs Manag [Internet]. 2023 [citado 2025 Set 7];31(4):987–99. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23865924/>
11. Silva GA, Carneiro SS, Tavares JD. Transformational leadership and nurse practice environment: systematic review and meta-analysis. J Nurs Manag. [Internet]. 2023 [citado 2025 Set 7]; 31(5):1128–1140. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37755351/>
12. Steinbach TC, Jennerich AL, Çoruh B. Effective behaviors of leaders during clinical emergencies: a qualitative study of followers' perspectives. Chest [Internet]. 2024 [citado 2025 Set 7];166(5):1141–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.05.011>
13. Manges K, Scott-Cawiezell J, Ward MM. Maximizing team performance: the critical role of the nurse leader. J Nurs Forum [Internet]. 2017 [citado 2025 7 set. 2025]; 52(1):21-29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27194144/>
14. Bass BM. Leadership and performance beyond expectations. New York: Free Press; 1985
15. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2018 [citado 2025 Set 7]; 85:19–60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29807190/>
16. Avolio BJ, Bass BM. Developing potential across a full range of leadership: cases on transactional and transformational leadership [Internet]. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002 [citado 2024 Dez 28]. Disponível em: https://www.academia.edu/75318516/Bruce_J_Avolio_and_Bernard_M_Ba

ss_Eds_Developing_Potential_Across_a_Full_Range_of_Leadership_Mahwah_NJ_Lawrence_Erlbaum_Associates_2002_179_pages

17. Barroso GH. Competências de liderança e trabalho em equipa. [Dissertação de Mestrado]. Setúbal (Portugal): Instituto politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais; 2023 [citado 2024 Dez 20]
18. Santos SS. Impacto da liderança no desempenho da equipa de enfermagem [Dissertação de mestrado]. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia; 2019 [citado 2024 Dez 20]
19. Oliveira A, Sousa A, Gonçalves C, Figueira C, Marote E, Silva N, et al. The Impact of Transformational Leadership by Nurse Managers on Nurses' Satisfaction [Internet]. J Aging Innov. 2021; 10(1):141-153. [citado 2024 Dez 28] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354822439_The_Impact_of_Transformational_Leadership_by_Nurse_Managers_on_Nurses'_Satisfaction
20. Araújo RA. A liderança transformacional percebida pelos enfermeiros e sua motivação. [Dissertação de Mestrado]. Viseu (Portugal): Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2022 [citado 2024 Dez 20]
21. Zhang Y, Wu J, Fang Y, Zhang Y. A caring leadership model in nursing: a grounded theory approach. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [citado 2025 Mai 12];30(8):3792–802. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35312131/>
22. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Developing a team performance framework for the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2021 [citado 2025 Fev 9]; 49(2): e197–205. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19325474/>
23. Hersey P, Blanchard KH, Johnson DE. Management of organizational behavior: leading human resources. 10th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2012
24. Raurell-Torredà M. Non-technical skills in critical care. Trends Anaesth Crit Care [Internet]. 2018 [citado 2025 Mai 10]; 22:45–50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16567346/>
25. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics. 2nd ed. New York: Springer; 2011

26. Direção-Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata: Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018 [Internet]. Lisboa: DGS; 2018. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
27. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Norma n.º 001/2017 de 06/10/2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [citado 2024 Nov 10]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
28. World Health Organization. Global patient safety report 2024 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2025 Jan 18]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
29. Boamah SA, Laschinger HKS, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nurs Outlook [Internet]. 2018 [citado 7 set. 2025];66(2):180–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29174629/>
30. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série - N.º 184. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019 set 25. [citado 2025 Fev 3]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
31. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Couper K, Deakin CD, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult Advanced Life Support. Resuscitation. 2021;161:115-151. [citado 2025 Mar 12]. Disponível em: <https://cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ad.pdf>
32. Ministério da Saúde. Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril. Diário da República, 2.ª série — N.º 78. Lisboa: Ministério da Saúde; 2014. [citado 2025 Ago 18]. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
33. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 Jan 12].

- Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
34. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 Jan 3]. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
35. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre [Internet]. Lisboa: DGS; 2013 [citado 2025 Mai 14]. Disponível em:
https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
36. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019
37. Kompanje EJO, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. Curr Opin Crit Care. [Internet] 2013;19(6):630–5 [citado 2025 Fev 7]. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24240830/>
38. Heneka N, Shaw T, Rowett D, Phillips JL. Communication with patients and families about illness progression and end of life: A systematic review. BMJ Support Palliat Care. [Internet]. 2022;12(2):142–52 [citado 2025 Jan 11]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34876096/>
39. Direção-Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. [Internet]. Lisboa: DGS; 2021. [citado 2025 Jan 11]. Disponível em:
https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx?utm_source=chatgpt.com
40. Lateef F. Simulation-based learning: Just like the real thing. J Emerg Trauma Shock. 2010;3(4):348–52. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21063557/>
41. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018
42. Braithwaite J, Glasziou P, Westbrook J. The resilience of health systems: quality and safety in the 21st century. 1st ed. Boca Raton: CRC Press; 2020

43. Barroso F, Ramos S, Sales L. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel; 2021
44. Healy S, Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents. Emerg Nurse [Internet]. 2013. [citado 2025 Mai 11]; 20 (10):32-37. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23586171/>
45. Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. Ann Emerg Med [Internet]. 2015. [citado 2025 Mai 11]; 65 (6): p.690-698. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061?via%3Dihub>
46. Olaussen A, Shepherd M, Nehme Z, Smith K, Bernard S, Mitra B. Consciousness induced during cardiopulmonary resuscitation: an observational study. Resuscitation. [Internet]. 2017 Abr; 113:44-50. [citado 2025 Jun 18]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.01.018>
47. West M, Armit K, Loewenthal L, Eckert R, West T, Lee A. Leadership and leadership development in health care: the evidence base [Internet]. London: Faculty of Medical Leadership and Management; 2015 [citado 2025 Mar 10]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/leadership-development-health-care>
48. Klein GA. Sources of power: how people make decisions. Cambridge (MA): MIT Press; 1998
49. Sousa M. O líder pelo sentido: O poder do sentido para servir e transformar. Lisboa: Edições Sílabo; 2024.
50. Rojo J, Ramjan L, George A, Hunt L, Heaton L, Kaur A, Salamonson Y. Applying Mezirow's transformative learning theory into nursing and health professional education programs: a scoping review. Teach Learn Nurs [Internet]. 2023 Jan; 18(1): 63–71. [citado 2025 Dez 18]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2022.09.013>
51. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. BMC Nurs. 2021; 20:62. [citado 2025 Dez 18]. Disponível: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00579-2>

52. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; [Internet]. 2017. [citado 2025 Mai 4]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf?utm_source=chatgpt.com
53. Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach. New York: Springer Publishing Company; 2013
54. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem Manchester [Internet]. Amadora: Grupo Português de Triagem; [citado 2025 Dez 18]. Disponível em: <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
55. Instituto Nacional de Emergência Médica. Manual de Suporte Avançado de Vida [Internet]. 1ª ed. Versão 2.0. Portugal: INEM; 2020. [citado 2024 Jun 4] Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
56. International Trauma Life Support (ITLS) [Internet]. Irving, TX: ITLS [citado 2025 Jan 4] Disponível em: <https://www.itrauma.org>
57. Pinto C, Gomes JT, Pires C, Duarte F, Mota L, Príncipe F. Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. Rev Investig Inov Saude [Internet]. 2021 [citado 2025 Fev 16]; 4(2): 19-27. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147>
58. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República, 2ª série, n.º 187, 24 set. 2021 [Internet]. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda; 2021. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
59. Kim Y, Kim Y, Kim J, Choi M. Nursing surveillance for clinical deterioration among intensive care unit patients: A scoping review. Intensive Crit Care Nurs. 2025; Fev; 92:104218. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104218>

60. Phillips KD. Callista Roy: Adaptation Model. In: Alligood MR, editor. Nursing theorists and their work. 10th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022. p. 263-286.
61. Bertini P, Sangalli F, Meani P, Marabotti A, Rubino A, Scolletta S, et al. Establishing an extracorporeal cardiopulmonary resuscitation program. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2024 Dec 2 [citado 2025 Abr 22]; 60(12):1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11676360/>
62. Guidolin BVS, Pereira AC, Mella JG, Guimarães DM, Nascimento LB, Dalmolin GL. Comunicação e cuidados no contexto de fim de vida: contribuições para uma prática ética e humanizada. BJIHS – Brazilian Journal of Interdisciplinary Health Sciences [Internet]. 2020 [citado 2025 Jun 6]; v.10(n.28). Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3079>
63. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2015 Feb [citado 2026 Jun 6];43(3):561-569. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25614168/>
64. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2013 Apr [citado 2025 Jun 6];41(12):2663-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099895/>
65. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. Chest [Internet]. 2008 Oct [citado 2025 Jun 6];134(4):835-843. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18842916/>
66. International Council of Nurses. Core competencies in disaster nursing version 2.0 [Internet]. Geneva: ICN; 2022 [citado 2025 Mai 10]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf
67. Instituto Nacional de Emergência Médica. Sistema Integrado de Emergência Médica [Internet]. Lisboa: INEM; [citado 2025 Mar 10]. Disponível em: <https://www.inem.pt>
68. Assembleia da República. Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto. Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil

- [Internet]. Diário da República. 2015 Aug 3 [citado 2025 Abr 9]; 149(1):5311-5326. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/80-2015-69927759>
69. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). All hazards disaster response: course manual. 1st ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2018
70. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção. Lisboa: DGS; 2012 (atualizada a 31/10/2013). Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
71. Direção-Geral da Saúde. Higiene das mãos nas unidades de saúde: Norma n.º 007/2019 [Internet]. Lisboa: DGS; 2019 [citado 2025 Abr 5]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
72. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 2025 Mai 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
73. Direção-Geral da Saúde. Prevenção da pneumonia associada à intubação: Norma n.º 021/2015 [Internet]. Lisboa: DGS; 2015 [citado 2025 Mai 15]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneu_m_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
74. Ministério da Saúde. Despacho n.º 10901/2022. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Diário da República. 2022; 2.ª série:166–169 [citado 2025 Fev 15]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
75. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 2025 Mai 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>

76. Centers for Disease Control and Prevention. Engaging Patients and Families in Infection Prevention. CDC; [Internet]. 2019 [citado 2025 Mai 16]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Strive-PFE101-508.pdf>