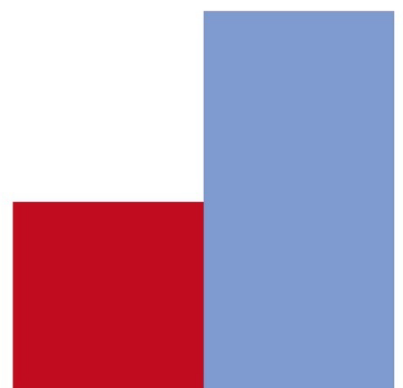


A Bundle ABCDEF: Capacitação da Família da Pessoa em Situação Crítica

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

Ana Cláudia Coimbra da Costa

Setembro-25





ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

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

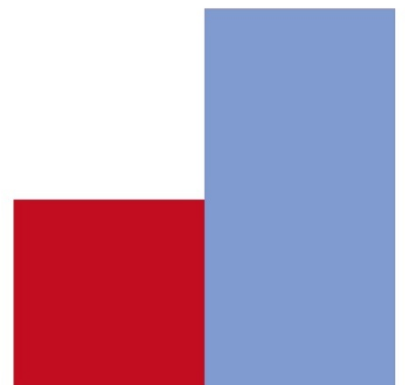
Ana Cláudia Coimbra da Costa

A Bundle ABCDEF:
Capacitação da Família da Pessoa em
Situação Crítica

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientador(es)
Professora Doutora Rita Marques

Setembro-25



Dedicatória

Dedico todo este caminho percorrido ao meu esposo e filhos...

Pelo seu carinho, apoio e por acreditarem em mim.

Agradecimentos

Chegar a este ponto da minha formação acadêmica só foi possível graças ao apoio inestimável de várias pessoas, às quais expresso a minha profunda gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Rita Marques, minha orientadora, pela orientação dedicada, pelo rigor acadêmico, pelo incentivo nos momentos de dificuldade e pela disponibilidade constante em guiar cada etapa deste percurso.

A todos os docentes do curso, pela crítica construtiva e pelo contributo para o enriquecimento do meu percurso acadêmico, deixo também o meu sentido agradecimento.

A todos os colegas de mestrado, pela partilha de ideias, pela troca de experiências e pelo apoio mútuo nos momentos mais exigentes.

A todos os supervisores clínicos e equipas dos contextos onde estagiei, que me acolheram e apoiaram ao longo do processo, contribuindo para a construção da enfermeira que sou hoje.

À minha família, pelo amor incondicional, pela compreensão nas ausências e pelo apoio constante. Obrigado por me fazerem acreditar, especialmente nos momentos em que eu já não acreditava.

Aos amigos que me acompanharam, pelo ombro amigo, pelas palavras de força e por me lembrarem que os obstáculos são sempre superáveis.

Resumo

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, tem como finalidade demonstrar o percurso de aquisição de competências como Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem. Articula a reflexão crítica das experiências em três contextos de estágio — Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos — com a análise das aprendizagens e atividades desenvolvidas no cuidado à pessoa em situação crítica e respetiva família.

O tema central — a capacitação da família da pessoa em situação crítica, sustentado na *Bundle ABCDEF* e, particularmente, na componente F (*Family Engagement and Empowerment*) — fundamenta-se no reconhecimento da família como parceira no processo de cuidados, reforçando a sua inclusão, humanização e segurança. Esta temática foi aprofundada através de uma revisão *scoping* intitulada “As Contribuições da *Bundle ABCDEF* nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: uma *scoping review*”.

A Teoria das Transições de Meleis foi o referencial conceptual escolhido, pela compreensão dos processos de mudança vividos pela pessoa e pela família em episódios de doença crítica.

A metodologia baseou-se na análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, sustentada em evidência científica e nos referenciais normativos da profissão. A capacitação da família foi o eixo central da investigação, traduzindo a minha convicção pessoal sobre o cuidar. Este relatório reflete a consolidação de competências éticas, científicas, técnicas e relacionais, orientadas para a qualidade e humanização dos cuidados em contextos de elevada complexidade.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Família; Capacitação da família; *Bundle ABCDEF*; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of the Person in Critical Situation, aims to demonstrate the process of acquiring competencies as a Specialist Nurse and Master in Nursing. It articulates the critical reflection of the experiences of three internships — Emergency Service, Intensive Care Unit, and Local Unit of the Programme for the Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance — with the analysis of learning outcomes and activities developed in the care of the critically ill person and their family.

The central theme — family empowerment of the critically ill person, supported by the ABCDEF Bundle, particularly the component F (Family Engagement and Empowerment) — is based on recognizing the family as a partner in the care process, reinforcing their inclusion, humanization, and safety. This theme was further developed through a scoping review entitled 'The Contributions of the ABCDEF Bundle in the Care of the Critically Ill Person in the ICU: a scoping review.'

Meleis' Transitions Theory was adopted as the conceptual framework, given its relevance in understanding the processes of change experienced by critically ill individuals and their family.

The methodology was based on a critical-reflective analysis of the activities carried out, supported by scientific evidence and the professional normative frameworks. Family empowerment emerged as a research focus and a personal conviction regarding the meaning of caring. This report reflects the consolidation of ethical, scientific, technical, and relational competencies, oriented towards quality and the humanization of care in highly complex contexts.

Keywords: Critical Care; Family; Family Empowerment; Bundle ABCDEF; Medical-Surgical Nursing.

Lista de Abreviaturas e Siglas

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

ABCDEF – *Assess, Prevent and Manage pain; Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials; Choice of analgesia and sedation; Delirium; Early mobility and Exercise; Family engagement and empowerment*

DGS – Direção Geral de Saúde

ECDC – *European Center for Disease Prevent and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPC – *Enterobacteriales* Produtoras de Carbapenemases

ESSCVP-L – Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação; Situação; *Background*; Avaliação; Recomendação

MRSA – *Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistências a Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAT – *Spontaneous Awakening Trials*

SBT – *Spontaneous Breathing Trials*

SC – Supervisora Clínica

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

SDC – Sala de decisão clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPICI – Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSLO – Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Índice

I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico	5
II. 1. A Família no Processo de Cuidar	5
II. 2. Teoria das Transições de Afaf Meleis	7
II. 3. A <i>Bundle</i> ABCDEF Aplicada ao Cuidado da PSC e Família na UCI.....	9
III. Percurso de Aquisição das Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem.....	13
III. 1. Serviço de Urgência.....	13
III. 2. Unidade de Cuidados Intensivos	15
III. 3. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos	17
IV. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas	19
IV. 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.....	20
IV. 1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	20
IV. 1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	25
IV. 1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	30
IV. 1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	32
IV. 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica.....	36
IV. 2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	36
IV. 2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação.....	43
IV. 2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	45

V. Considerações Finais.....	49
Referências Bibliográficas.....	52
Apêndices	66
Apêndice A – Ata da Reunião no SU.....	67
Apêndice B – Análise SWOT Realizada no SU	72
Apêndice C – Ata da Reunião na UCI.....	75
Apêndice D – Análise SWOT Realizada na UCI	77
Apêndice E – Ata da Reunião na UL-PPCIRA	80
Apêndice F – Reflexão Crítica sobre a Humanização dos Cuidados de Enfermagem no SU	82
Apêndice G – Proposta de Guia de Acolhimento para o SU	98
Apêndice H – Guia Digital Interativo “Avaliação do Risco e Rastreamento de Microorganismos Multirresistentes”	101
Apêndice I – Cartaz “Avaliação do Risco e Rastreamento de <i>Enterobacteriales</i> Produtoras de Carbapenemases (EPC) e <i>Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus</i> (MRSA)”	106
Apêndice J – <i>Storyboard</i> de vídeo educativo “Prevenção da Infecção Hospitalar: Recomendações para Visitantes e Acompanhantes”.....	108
Apêndice K – Cartaz “Prevenção da Infecção Hospitalar: Recomendações para Acompanhantes e Visitantes”	112
Apêndice L – Sessão de Formação “A <i>Bundle</i> ABCDEF ao Cuidado da PSC”.....	114
Apêndice M – Póster “A <i>Bundle</i> ABCDEF: Capacitação da Família da PSC em UCI”	122
Apêndice N – Póster “As Contribuições da <i>Bundle</i> ABCDEF nos Cuidados à PSC na UCI: <i>Scoping Review</i> ”	124
Apêndice O – Póster “Análise crítica do artigo científico: <i>Nurses’ Perspectives on Alternative Communication Strategies Use in Critical Care</i> ”	126
Apêndice P – Resumo “As Contribuições da <i>Bundle</i> ABCDEF nos Cuidados à PSC na UCI: <i>Scoping Review</i> ”	128

Apêndice Q – Reflexão Crítica Realizada na UCI “A <i>Bundle</i> ABCDEF: Capacitação da Família da PSC em UCI”	130
Anexos	149
Anexo 1 – Certificado de Presença no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados da ESSCVP-L.....	150
Anexo 2 – Certificado de Presença no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados da ESSCVP-L.....	152
Anexo 3 – <i>Webinar</i> “Gestão do doente crítico: Implementação da <i>Bundle</i> ABCDEF”	154
Anexo 4 – Certificado de Presença no 31.º Congresso APIH/3.º Benchmarking dos SPCIRA	156
Anexo 5 – Certificado de Curso “ <i>Midline – Ultrasound-Guided Insertion Procedure</i> ”	158
Anexo 6 – Certificado de Presença no 1.º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULSLO sobre o tema “A Investigação como Promotora de Ganhos em Saúde”	160
Anexo 7 – Certificado de Participação no Encontro de <i>Benchmarking</i> da OE 2024 como Coautora do Póster “As Contribuições da <i>Bundle</i> ABCDEF nos Cuidados à PSC na UCI: <i>Scoping Review</i> ”, Vencedor do 2.º Prémio da Categoria.....	162
Anexo 8 – Certificado de Participação no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados da ESSCVP-L, com Apresentação do Póster “Análise Crítica do Artigo Científico: <i>Nurses’ Perspectives on Alternative Communication Strategies Use in Critical Care</i> ”	164
Anexo 9 – Certificado de Participação para Preletora na Formação “A <i>Bundle</i> ABCDEF – Uma abordagem integrada à PSC”	166
Anexo 10 – Certificado de realização do Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da <i>American Heart Association</i>	168
Anexo 11 – Certificado de Realização do Curso “ <i>International Trauma Life Support</i> ”	170

I. Introdução

O presente relatório insere-se nas Unidades Curriculares (UC) “Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II e III” do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa (ESSCVP-L). Tem como principal finalidade descrever, analisar de forma crítica e refletir sobre as experiências vivenciadas, as aprendizagens consolidadas e as competências especializadas adquiridas ao longo do percurso formativo, tendo como referência as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE) relativas às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na vertente PSC. Estas competências estão definidas no Regulamento n.º 140/2019¹ e no Regulamento n.º 429/2018², respetivamente.

Para além do desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem, este percurso formativo integra também o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018³ e no Regulamento n.º 705/2021⁴ da ESSCVP-L, necessárias à obtenção do grau de mestre. Estes estabelecem que o mestre em Enfermagem deve evidenciar a aquisição e aprofundamento de conhecimentos avançados, capacidade crítica e resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, assegurando uma prática autónoma, fundamentada e inovadora^{3,4}. Assim, este relatório formaliza a conclusão de um percurso de especialização e aprofundamento científico e técnico.

O meu percurso decorreu ao longo de três estágios realizados em contextos distintos, mas complementares: Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA); cada um destes com 208 horas de contacto. Estes contextos proporcionaram-me oportunidades únicas para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC e família, respondendo às exigências atuais de uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa.

A complexidade da prestação de cuidados de Enfermagem exige não apenas um conhecimento técnico e científico, mas também o desenvolvimento contínuo de competências que garantam uma intervenção segura, autónoma e humanizada¹. O EE é, assim, reconhecido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e

humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados”¹, p. 47⁴⁴. Neste percurso, o modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus⁵, adaptado posteriormente por Patricia Benner destaca que, para além do domínio teórico, o especialista deve integrar conhecimentos técnicos avançados, capacidade de decisão fundamentada, comunicação eficaz, responsabilidade, pensamento crítico, criatividade e iniciativa, atributos indispensáveis à prestação de cuidados de excelência⁶.

O tema transversal que norteou o meu percurso foi a capacitação da família da PSC, reconhecendo o seu valor enquanto dimensão essencial no cuidado. Foi explorado de forma diferenciada e ajustada à realidade de cada contexto de estágio, permitindo uma abordagem flexível, fosse em contexto de urgência, em cuidados intensivos ou no âmbito da prevenção e controlo de infeção.

A minha experiência profissional dedicada à PSC, em contexto de internamento em cuidados intermédios, proporcionou-me uma compreensão da complexidade dos cuidados prestados, onde, para além da estabilização clínica e da recuperação da pessoa, destaco um aspeto muitas vezes subestimado, mas essencial: a inclusão da família em todo o processo. Neste sentido, ao assumir-se a família como extensão da pessoa, reconhecem-se necessidades próprias e específicas que devem ser consideradas e colmatadas⁷.

A presença da família está diretamente ligada ao bem-estar emocional da pessoa, à perceção de segurança e à participação ativa no processo de recuperação, contribuindo também para a humanização dos cuidados e para o fortalecimento do vínculo entre o profissional e a pessoa⁸⁻¹⁰. A extensão dos cuidados de Enfermagem à família favorece uma interação dinâmica entre a pessoa, a família e o contexto envolvente. Neste enquadramento, torna-se essencial capacitar a família, reconhecendo-a como parceira de cuidados e promovendo o desenvolvimento de competências que lhe permitam participar de forma consciente e ativa no processo de saúde-doença.

O conceito de capacitação, também muitas vezes referido como *empowerment*, baseia-se no processo de atribuir conhecimentos, recursos e habilidades à pessoa, família ou comunidade, permitindo-lhes assumir um papel ativo e corresponsável nos cuidados de saúde¹¹. Na prática, consiste na criação de condições que favoreçam o desenvolvimento da autonomia, da participação e da responsabilidade na gestão do processo de cuidados¹¹. Para mim, capacitar a família, dotando-a de conhecimento,

informação e recursos que lhe possibilite uma adaptação à situação vivenciada, representa o caminho essencial para a promoção do bem-estar e para a melhoria global da experiência em saúde.

Neste sentido, a *Bundle* ABCDEF, especialmente a sua componente F (*Family Engagement and Empowerment*), constituiu o eixo metodológico orientador deste relatório. Esta abordagem, suportada em evidência, baseia-se num conjunto de intervenções com vista à melhoria dos cuidados prestados à PSC, através de uma abordagem multidisciplinar, otimizando a sua recuperação e resultados¹². Reforça a importância da capacitação da família, bem como a promoção do seu envolvimento desde a admissão até à saída do hospital¹³. Esta abordagem é particularmente pertinente no contexto atual da prática de cuidados de Enfermagem, uma vez que a família frequentemente assume um papel ativo na continuidade dos cuidados após a alta, sendo urgente investir na sua capacitação, garantindo que dispõe dos conhecimentos, competências e apoio necessários para assegurar de forma segura e eficaz esta continuidade.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fundamenta esta visão ao reconhecer que a hospitalização e a situação de doença crítica representam transições complexas e desafiantes, tanto para a pessoa como para a sua família¹⁴. Segundo a teórica, o enfermeiro desenvolve, assim, intervenções facilitadoras destas transições, promovendo adaptação, confiança e *empowerment* ao longo do processo, sendo por isso adotada como suporte conceptual deste relatório.

Esta abordagem permite ao EE promover cuidados mais seguros, humanizados e centrados na pessoa, envolvendo a família como parceira ativa no processo de cuidar. Dessa forma, contribui para a melhoria da literacia em saúde, o reforço da confiança e o aumento da eficácia das intervenções realizadas¹⁵. A minha passagem pelos diferentes contextos de estágio permitiu-me orientar as minhas intervenções no âmbito da capacitação da família, não só na vivência de situações de instabilidade clínica e/ou transição, como também na promoção da prevenção e controlo de infeção, ao ensinar e promover a adesão a práticas seguras, como por exemplo a higienização das mãos, o uso correto das precauções adicionais e a etiqueta respiratória. Assim, a escolha do tema central justifica-se por contribuir para a concretização prática das competências

específicas do EE EMC na vertente de Enfermagem à PSC, bem como para a otimização dos cuidados, tornando-os mais centrados na pessoa e na sua família.

Para o desenvolvimento do meu percurso de aquisição de competências defini como objetivo geral: desenvolver competências éticas, científicas, técnicas e relacionais no cuidado especializado à PSC e/ou falência orgânica e à sua família. Em cada contexto de estágio, foram ainda traçados objetivos específicos, que serão descritos ao longo deste relatório.

A estrutura está organizada em quatro capítulos principais: o primeiro capítulo corresponde ao Enquadramento Teórico, que aborda a fundamentação científica e conceptual que sustenta o trabalho; o segundo capítulo refere-se ao Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre, onde é apresentada uma breve descrição de cada contexto e o diagnóstico de situação; o terceiro capítulo aborda a Análise Reflexiva das Competências Adquiridas enquanto EE e Mestre em Enfermagem, evidenciando as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio e a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do EE em EMC na área da PSC; o quarto capítulo corresponde às Considerações Finais, onde é apresentada uma síntese reflexiva sobre o percurso académico e profissional, destacando as aprendizagens, os desafios e as oportunidades identificadas ao longo de todo o percurso. Após este último capítulo, encontram-se as Referências Bibliográficas utilizadas, organizadas segundo o estilo *Vancouver*. Por último, são incluídos os Apêndices e Anexos, com documentos de apoio e materiais complementares que ilustram as atividades desenvolvidas.

Ao longo deste relatório, serão privilegiados os termos “pessoa” e “PSC” para designar o indivíduo alvo dos cuidados, refletindo uma abordagem holística e centrada na dignidade humana. Os termos “doente” ou “utente” serão apenas utilizados em situações específicas e devidamente contextualizadas.

II. Enquadramento Teórico

O progresso científico e tecnológico na área da saúde tem contribuído para o aumento da sobrevivência em contextos de doença crítica. Neste âmbito, considera-se que uma pessoa está em situação crítica quando a sua “vida está ameaçada por falência ou em iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”^{2, p. 19362}. Paralelamente a este progresso, surge uma questão muitas vezes relegada: qual o contributo da família nestes contextos e de que forma o seu envolvimento pode influenciar a adaptação e recuperação da PSC?

Nos serviços dedicados ao cuidado da PSC, a complexidade dos cuidados de enfermagem, aliada às dinâmicas inerentes ao contexto, pode gerar sentimentos negativos tanto na pessoa como na sua família¹⁶. Assim, embora a integração da família como elemento essencial nos cuidados seja amplamente reconhecida, a sua operacionalização efetiva permanece um desafio.

Considerando que o enfermeiro, pela sua presença contínua, assume uma posição privilegiada na relação com a PSC e respetivos familiares, compete-lhe avaliar as suas necessidades e implementar intervenções que favoreçam o seu envolvimento e capacitação¹⁶. Para minimizar o impacto da doença crítica na dinâmica familiar, torna-se essencial compreender o contributo da família à luz de referenciais teóricos e evidência científica disponível, de modo a desenvolver intervenções centradas na pessoa e na sua rede de apoio, que promovam cuidados mais humanizados, seguros e eficazes.

II. 1. A Família no Processo de Cuidar

O conceito de família é considerado pela Classificação Internacional para Prática de Enfermagem, como um “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente”^{17, p. 17386}. Assim, a família pode ser representada por um acompanhante, um vizinho ou um amigo, não sendo necessário que existam laços de sangue com a pessoa-alvo de cuidados. O essencial está no papel significativo que estas pessoas desempenham, nas funções que assumem e nos vínculos emocionais estabelecidos entre eles¹⁶.

Perante um episódio de doença crítica, a prioridade dos enfermeiros recai na PSC, devido à iminência da sua finitude e à necessidade de estabilização hemodinâmica, o que pode levar a descurar o cuidado à família. Esta ausência de interação inicial pode deixar os familiares vulneráveis, desencadeando insegurança, medo e incerteza, sob o risco de adotarem estratégias de *coping* negativas⁸. O reconhecimento precoce das suas necessidades e emoções permite reduzir *stress*, ansiedade e medo, favorecendo a aceitação da condição de saúde e aumentando a satisfação com os cuidados prestados⁸.

A intervenção do enfermeiro deve ir além da estabilização hemodinâmica e do tratamento, sendo imperativo a atribuição de uma dimensão humana às mesmas. O conceito de humanização em saúde abrange um conjunto de atitudes e comportamentos baseados na empatia e respeito pela individualidade da pessoa, visando a qualidade e a segurança dos cuidados, e estendendo-se também à sua família, de modo a melhorar a experiência global na utilização dos serviços de saúde¹⁸.

A humanização dos cuidados de Enfermagem contempla uma visão completa da pessoa e da família, abrangendo não só as necessidades físicas, como também as dimensões emocionais, sociais e psicológicas¹⁹. Dessa forma, contribui-se para a construção de uma relação terapêutica sólida, pautada no respeito pelos valores humanos e na inclusão efetiva da família no processo de cuidar¹⁹. Tal inclusão não só constitui um dever ético e deontológico, como também se traduz numa melhoria do bem-estar e dos resultados em saúde⁸.

A intervenção da família no processo de recuperação da PSC é significativa e multifacetada. A sua presença, quer nos cuidados mais simples (como a alimentação e a higiene), quer na participação nos processos de tomada de decisão, promove um ambiente de estabilidade emocional, fortalece a resiliência face ao evento crítico e contribui para a diminuição da incidência de complicações e para a recuperação funcional da PSC²⁰. Esta dimensão ganha ainda mais destaque quando a pessoa se encontra impossibilitada de comunicar ou expressar verbalmente a sua vontade, sendo a família, muitas vezes, chamada a assumir o papel de principal decisora²¹.

A família é quem melhor conhece a pessoa, tornando-se o elemento essencial de apoio aos profissionais de saúde na obtenção de um conhecimento aprofundado sobre ela. É através dos familiares que se acede aos desejos, crenças e valores da pessoa, permitindo que se direcionem intervenções de forma eficaz, assentes no respeito pela dignidade,

identidade e história de vida da mesma²². A presença da família pode ainda facilitar a tomada de decisão clínica, nomeadamente em questões relacionadas com cuidados e tratamentos, através da partilha de preferências da PSC que orientem as escolhas da equipa de saúde²². Esta colaboração é particularmente importante quando a PSC se encontra inconsciente ou sedada, incapaz de decidir sobre os seus cuidados. Nestes casos, é a família que se encontra em melhor posição para partilhar informações e representar a vontade da pessoa, contribuindo para decisões mais alinhadas com a sua individualidade²¹.

Perante esta realidade, torna-se emergente implementar intervenções que facilitem e capacitem a família neste processo deliberativo, reconhecendo que esta atravessa, também, um período emocionalmente conturbado, marcado pela incerteza, sofrimento e ansiedade inerentes à hospitalização do seu ente querido.

II. 2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Enfermagem, enquanto disciplina científica, possui um corpo de conhecimento próprio que sustenta a sua prática, investigação e ensino²³. Este conhecimento desenvolve-se com base na observação, análise crítica e compreensão dos fenómenos específicos, em diferentes contextos de saúde e doença²⁴.

A estrutura conceptual da disciplina assenta no Metaparadigma da Enfermagem, que integra quatro conceitos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e a própria Enfermagem²⁵. Estes elementos orientam o pensamento crítico e estão presentes de forma transversal em todas as teorias de enfermagem, independentemente da sua complexidade ou âmbito de aplicação²⁴. Em paralelo, os paradigmas constituem modelos conceptuais com menor nível de abstração, oferecendo quadros de referência que permitem abordar sistematicamente os fenómenos que compõem o seu corpo de conhecimento²⁶. Enquanto os paradigmas fornecem uma visão ampla e estruturante, as teorias de enfermagem apresentam maior especificidade, organizando conceitos que orientam a prática clínica, antecipam respostas e apoiam a tomada de decisão do enfermeiro²⁶.

Neste contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis¹⁴ foi escolhida como referencial teórico para o presente relatório por se articular com o tema central: a capacitação da família da PSC. Esta teoria de médio alcance, centra-se nos processos de

transição que ocorrem ao longo do ciclo de vida em resposta a eventos significativos, frequentemente associados a instabilidade, vulnerabilidade e necessidade de adaptação²⁷. Foi neste contexto que a transição emergiu como um fenómeno central na disciplina de Enfermagem, sobretudo quando interfere com o estado de saúde das pessoas ou quando as suas respostas à mudança se manifestam através de comportamentos que afetam o seu bem-estar²⁷.

Para Chick e Meleis, a transição corresponde “à passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro”^{27, p. 239}, resultando de interações complexas entre a pessoa e o ambiente. Estas experiências podem ser classificadas em quatro tipos de transição principais: saúde-doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais²⁸. Estas transições raramente ocorrem de forma isolada, tendem a ser múltiplas, simultâneas e interligadas, aumentando a complexidade da adaptação¹⁴. O episódio de doença crítica representa, para a pessoa e para a sua família, um processo de transição saúde-doença e situacional, marcado pela incerteza, alteração de papéis e pela necessidade de mobilização de recursos de adaptação¹⁴.

Meleis identifica condicionantes pessoais (significados atribuídos à transição, crenças e atitudes culturais, o *status* socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitários (recursos sociais e redes de apoio) e sociais (acesso a serviços, normas e políticas), que influenciam a forma como a transição é vivida¹⁴. Do mesmo modo, define indicadores de processo (sentir-se ligado, integrado, situado, desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*) e de resultado (maestria e integração fluída da identidade), que permitem avaliar a qualidade da adaptação¹⁴.

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel essencial enquanto facilitador dos processos de transição, apoiando a pessoa e a família na compreensão da experiência vivida, na mobilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias que promovam uma transição saudável^{28,29}. No caso da família da PSC, a aplicação desta teoria reforça a importância de conhecer a sua vulnerabilidade, mas também o seu potencial para se constituir como parceira ativa no processo de cuidados^{14,28}. Capacitar a família, promovendo autonomia, envolvimento e confiança, contribui para que a transição associada à doença crítica seja vivida de forma mais integrada, positiva e sustentável.

II. 3. A *Bundle* ABCDEF Aplicada ao Cuidado da PSC e Família na UCI

A medicina intensiva é uma área extremamente especializada, dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças graves potencialmente reversíveis, cuidando de pessoas em estado crítico, com falência iminente ou confirmada de uma ou mais funções vitais³⁰. Durante décadas, práticas como a sedação profunda e a imobilização prolongada eram frequentemente utilizadas para garantir estabilidade e conforto³¹. No entanto, estas práticas revelaram-se associadas a complicações como *delirium*, fraqueza muscular adquirida e aumento da mortalidade³¹. Surge, assim, a preocupação com o impacto do internamento em UCI a longo prazo, evidenciado pela Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI), que afeta mais de metade dos sobreviventes e provoca alterações físicas, cognitivas e psicológicas, com repercussões também para a família, o que reforça a necessidade de estratégias integradas que minimizem estes efeitos adversos³².

Em resposta a estes desafios, a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) desenvolveu a *Bundle* ABCDEF, uma estratégia de intervenção multidimensional e multidisciplinar que visa otimizar os cuidados prestados, propondo práticas baseadas na melhor evidência disponível e promovendo uma recuperação mais segura, eficaz e humanizada, com benefícios comprovados nos *outcomes* clínicos, funcionais e emocionais, tanto para a PSC como para a sua família³³.

A *Bundle* teve origem na campanha *ICU Liberation*, lançada em 2013 pela SCCM, inicialmente baseada nas diretrizes PAD (*Pain, Agitation and Delirium*) e composta pelas componentes A-E (*Bundle* ABCDE)³³. Reconhecendo posteriormente o impacto do envolvimento familiar no processo de recuperação, foi integrada em 2017 a componente F, dando origem à versão atual: a *Bundle* ABCDEF³⁴. Cada componente é interdependente e deve ser adaptada à especificidade da situação:

- **A – Assess, Prevent, and Manage Pain (Avaliar, Prevenir e Controlar a Dor):** a dor é reconhecida como um sintoma frequente em cuidados intensivos, exigindo uma avaliação sistemática e uma gestão multimodal³⁵. A identificação precoce de sinais de desconforto permite uma intervenção atempada e eficaz, que reduz o sofrimento, melhora o prognóstico e previne complicações associadas à dor não controlada³⁶.

- **B – *Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials* (Testes de Despertar e Respiração Espontânea):** integra duas estratégias complementares: os *Spontaneous Awakening Trials* (SAT), que consistem na suspensão programada da sedação; e os *Spontaneous Breathing Trials* (SBT), que avaliam a capacidade de a pessoa respirar autonomamente, favorecendo a extubação precoce e reduzindo complicações iatrogênicas associadas à Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)^{35,37}.
- **C – *Choice of Analgesia and Sedation* (Escolha de Analgesia e Sedação):** esta componente preconiza a seleção criteriosa e individualizada da terapêutica farmacológica, privilegiando níveis de sedação leves e a redução do uso de benzodiazepinas, dado o seu impacto no risco de *delirium*³⁵. Desta forma, favorece uma maior interação da PSC com o meio e a sua participação ativa no processo de cuidados³⁵.
- **D – *Delirium: Assess, Prevent, and Manage* (Avaliar, Prevenir e Controlar o *Delirium*):** o *delirium* é uma disfunção cerebral aguda, prevalente entre 30% a 80% das pessoas ventiladas, associando-se a maior mortalidade, declínio funcional e déficit cognitivo a longo prazo³⁸. A sua monitorização regular, com recurso a escalas validadas, possibilita o desenvolvimento de intervenções que incluem a reorientação cognitiva, a mobilização precoce, a promoção do sono, a redução de estímulos nocivos (ruído, luz excessiva), a revisão da medicação e o envolvimento familiar³⁸.
- **E – *Early Mobility and Exercise* (Mobilização Precoce e Exercício):** a mobilização precoce, mesmo em pessoas ventiladas, é segura e benéfica, reduzindo a incidência de Fraqueza Muscular Adquirida em Cuidados Intensivos (FMACI) e promovendo a recuperação funcional³⁹. Promove a mobilidade progressiva adaptada à condição clínica da pessoa, com o objetivo de preservar a autonomia funcional e reduzir o tempo de dependência e reabilitação no pós-alta³⁵.
- **F – *Family Engagement and Empowerment* (Envolvimento e Capacitação da Família):** reconhece a família como um pilar fundamental dos cuidados, promovendo a comunicação clara, o respeito pelos valores e crenças culturais, a inclusão nos processos de tomada de decisão e suporte emocional e educativo^{34,35}.

A evidência científica mais recente tem demonstrado que o envolvimento estruturado da família não só promove o bem-estar emocional dos seus membros, como também potencia os resultados clínicos da PSC¹³. A sua presença ativa e informada influencia, de forma direta e indireta, a eficácia das restantes componentes da *Bundle*:

- **Componente A** – A família revela-se um recurso valioso na identificação precoce de sinais não verbais de dor, especialmente em pessoas sedadas ou com comunicação comprometida⁴⁰. O conhecimento prévio dos comportamentos e expressões habituais da pessoa (como vocalizações, gestos ou agitação) permite à equipa de enfermagem ajustar a avaliação e melhorar a gestão da analgesia, como o exemplo do uso da escala CPOT-Fam (*Critical-Care Pain Observation Tool – Family*), uma versão adaptada da escala CPOT para familiares, evidenciando a sua utilidade na deteção de dor⁴¹.
- **Componente B** – O apoio emocional e motivacional proporcionado pela família pode reduzir a ansiedade, e favorecer a colaboração da pessoa nos testes de despertar e de respiração espontânea⁴². Estudos recentes indicam que a presença familiar durante os SAT e SBT é bem aceite pela equipa e pelas famílias, contribuindo para maior satisfação com os cuidados prestados e melhor desempenho da PSC no processo^{42,43}.
- **Componente C** – A presença e proximidade familiar promovem tranquilidade emocional, reduzindo a necessidade de indução de sedação profunda, privilegiando níveis mais leves que permitem uma maior interação da pessoa com o ambiente e com os profissionais¹². As diretrizes da SCCM e alguns estudos recomendam a implementação de estratégias não farmacológicas, destacando o envolvimento da família, na gestão da sedação^{36,44}.
- **Componente D** – A família desempenha um papel fundamental na orientação para a realidade e reorientação da pessoa. A sua presença, através de vozes familiares, objetos pessoais, rotinas conhecidas e contacto afetivo, contribui para manter a ligação à identidade e contexto da pessoa, reduzindo o risco de *delirium* e encurtando a sua duração^{45,46}.
- **Componente E** – A presença de familiares pode funcionar como incentivo à participação da PSC nos exercícios de mobilização, promovendo a adesão ao plano de reabilitação⁴⁷. Este apoio emocional aumenta a segurança percebida pela

pessoa, reforçando a confiança para colaborar com a equipa, mesmo em situação de elevada vulnerabilidade física⁴⁸.

A inclusão da componente F reflete a crescente valorização do papel da família na recuperação da PSC, contrastando com políticas anteriores que restringiam visitas e consideravam a sua presença como uma interferência nos cuidados³¹. No entanto, a evidência científica demonstra que o seu envolvimento oferece benefícios concretos, não apenas para a pessoa internada, mas também para os próprios familiares e para a equipa de saúde¹⁹.

A *Bundle* ABCDEF operacionaliza a integração da família através de uma política de visitas flexíveis, de uma comunicação clara, da inclusão nos processos de tomada de decisão e do respeito pelas crenças culturais e percepções individuais sobre a doença⁴⁹. Estudos apontam benefícios como a melhoria da comunicação entre profissionais e familiares, redução da ansiedade, aumento da satisfação com os cuidados prestados e melhores resultados clínicos da PSC, nomeadamente menor incidência de *delirium* e redução da duração do internamento^{47,50-53}.

O impacto positivo do envolvimento familiar estende-se ainda após a alta hospitalar, sendo reconhecido que as pessoas que beneficiam de apoio familiar apresentam melhores *outcomes* funcionais e menor risco de desenvolver a SPICI⁵⁴. A participação familiar facilita a adesão ao tratamento, através da educação dos familiares sobre os cuidados necessários após a alta, contribuindo paralelamente para a redução das taxas de readmissão hospitalar⁵⁰.

Esta perspetiva articula-se com o referencial teórico anteriormente abordado, que reconhece a hospitalização em UCI como um momento de elevada vulnerabilidade e instabilidade¹⁴. Tal como a PSC, também a família atravessa um processo de transição complexo, que exige apoio, reconhecimento e adaptação¹⁴. Emerge, assim, o conceito de capacitação ou *empowerment*, entendido como o processo de atribuição de conhecimentos, recursos e habilidades a uma pessoa, família, comunidade ou grupo, permitindo que os mesmos assumam um papel ativo nos cuidados de saúde¹¹. Na prática, traduz-se na criação de condições que promovam a autonomia, a participação e a corresponsabilidade na gestão de cuidados¹¹. Assim, capacitar a família torna-se determinante para a vivência de uma transição saudável, com benefícios a longo prazo para a PSC e respetivos familiares.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem

A terceira parte do presente relatório demonstra uma visão global dos contextos de estágio, incluindo a sua caracterização e os diagnósticos de situação realizados, que apoiaram a planificação das atividades.

O diagnóstico de situação consiste em observar, identificar e analisar as dificuldades e necessidades de um determinado contexto, com o intuito de avaliar práticas existentes e promover a melhoria contínua⁵⁵. Apenas através desta análise sistemática foi possível propor intervenções ajustadas, promovendo mudanças efetivas e sustentadas.

A realização dos projetos permitiu articular teoria e prática, integrando progressivamente as competências do EE e capacitando-me para uma intervenção segura, autónoma e diferenciada. Assim, os estágios assumem um papel central no percurso formativo, promovendo o desenvolvimento de competências através de uma prática reflexiva, baseada na evidência, que prepara o enfermeiro para gerir situações complexas e tomar decisões fundamentadas e autónomas⁵⁶.

Seguidamente, apresentam-se os diferentes contextos, organizados por ordem cronológica. Em cada um, são detalhadas as suas características, o diagnóstico de situação, bem como os objetivos delineados.

III. 1. Serviço de Urgência

O estágio decorreu entre os dias 19 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, num Serviço de Urgência Polivalente do distrito de Lisboa, que corresponde ao 3.º nível de resposta às situações de urgência e que se caracteriza com o “nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”⁵⁷, p. 20674.

O serviço integra áreas assistenciais e áreas de internamento: 2 postos de triagem, 1 gabinete de análises clínicas, 1 sala de reanimação, 1 sala de observação designada área A (laranjas), 1 sala de observação designada área B (amarelos e verdes com grau de dependência elevado), 1 balcão de trauma, 1 sala de pequena cirurgia, 1 sala de tratamentos e 5 gabinetes de observação médica para a urgência ambulatória. Inclui ainda

2 Salas de Decisão Clínica (SDC), com capacidade total para 8 pessoas e 1 Sala de Observação (SO), com capacidade máxima de 13 pessoas, incluindo 1 quarto individual. Desde o início de janeiro de 2025, passou a contar também com o Internamento de Apoio à Urgência, com capacidade máxima para 16 pessoas.

Este SU conta ainda com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação, que integra uma equipa multidisciplinar composta por médicos e enfermeiros pertencentes à Unidade Local de Saúde (ULS), que possibilita o início da abordagem à PSC antes da sua chegada ao hospital.

A equipa do SU é composta por enfermeiros, médicos, técnicos de auxiliares de saúde, técnicos de exames complementares de diagnóstico, administrativos e empregados de limpeza, assistentes sociais, onde todos trabalham em equipa em prol do melhor para a pessoa e a sua família. A equipa de Enfermagem é constituída por mais de 100 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas, em regime de *roulement*. Existem ainda elementos de horário fixo, elementos de coordenação e gestão e elementos em regime de prestação de serviços.

Na minha observação inicial nos primeiros turnos constatei dificuldades no cumprimento das práticas recomendadas de prevenção e controlo da infeção, sobretudo nas áreas de maior sobrelotação e presença de familiares/acompanhantes. Identifiquei comportamentos de risco, como a fraca higienização das mãos, o não cumprimento da etiqueta respiratória e a utilização inadequada de equipamentos e espaços. Face à relevância da segurança da pessoa, considerei pertinente intervir neste domínio.

Na segunda semana de estágio, reuni com a equipa de coordenação e Supervisora Clínica (SC) (Apêndice A), para apresentar a proposta de criação de um instrumento educativo destinado a visitantes/acompanhantes sobre a prevenção da infeção hospitalar. Reconhecendo que o risco de infeção é multifatorial, considerar esta população como potencial vetor de transmissão e disseminação de microrganismos permitiu delinear intervenções direcionadas para a melhoria das práticas, aumento da literacia em saúde e promoção da segurança⁵⁸.

Durante a reunião, o *feedback* fornecido foi positivo, tendo sido ainda sugerido contribuir para a melhoria do acolhimento à pessoa e família no SU, no sentido de otimizar a experiência e reforçar a adesão às boas práticas, com a criação de um guia de

acolhimento às áreas de internamento do SU, onde as pessoas permanecem mais tempo e as visitas apresentam horários mais restritos.

Para estruturar a minha intervenção, realizei uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Apêndice B), que orientou os objetivos específicos para este estágio: (1) Prestar cuidados especializados de Enfermagem à PSC e família em contexto de SU; (2) Contribuir para a melhoria do acolhimento à PSC e família no SU; e (3) Contribuir para a implementação de intervenções de prevenção e controlo de infeção no cuidado à família da PSC.

As atividades foram desenvolvidas com o apoio fundamental da minha SC e pedagógica, mas foi sobretudo graças ao empenho, envolvimento e colaboração de toda a equipa do SU que consegui concretizar com sucesso as atividades propostas, garantindo a implementação eficaz e a adesão ao plano delineado.

III. 2. Unidade de Cuidados Intensivos

Este estágio decorreu entre os dias 25 de fevereiro e 2 de maio de 2025, numa UCI Polivalente de nível III, na área metropolitana da grande Lisboa, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta unidade presta cuidados diferenciados à PSC de foro médico e cirúrgico, dispondo de recursos humanos e tecnológicos adequados, de monitorização, diagnóstico e terapêutica⁵⁹.

A equipa de Enfermagem é composta por 29 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Gestora, 1 Enfermeira Coordenadora e 27 enfermeiros distribuídos por 5 equipas em regime de *roulement*, com turnos de 12,5 horas (manhã e noite). Esta equipa apresenta o total de 4 enfermeiros especialistas — 2 EE EMC e 2 EE em Enfermagem de Reabilitação —, evidenciando a necessidade de maior investimento na especialização, atendendo às recomendações de que 50% da equipa de Enfermagem em UCI deve ser composta por EE⁶⁰.

A UCI possui espaços destinados à prestação de cuidados diretos, ao apoio logístico e à gestão administrativa. A área administrativa inclui uma pequena receção, o gabinete da Enfermeira Gestora, o gabinete do Diretor Clínico, uma sala para a equipa médica e uma sala de reuniões. A área de apoio logístico conta com armazéns de consumíveis e equipamentos, e espaços dedicados ao apoio à família: uma sala para

guardar pertences pessoais (com sistema de cacifos), uma sala de espera e uma sala para conferências familiares. A área assistencial dispõe de uma sala em *open space* com capacidade para 7 doentes e de 2 quartos de isolamento com pressão negativa, conferindo a capacidade máxima de internamento desta UCI para 9 doentes. No centro desta sala, encontra-se a central de monitorização hemodinâmica, a área de computadores para documentação clínica e uma zona de preparação de terapêutica.

O hospital dispõe de duas UCI, sendo que a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) é assegurada, em regime de rotação mensal, por um enfermeiro e um médico das duas unidades, ambos com competências reconhecidas em Suporte Avançado de Vida⁶¹. Estes profissionais são acionados via telemóvel institucional para intervir em situações emergentes em todo o hospital, exceto o Bloco Operatório, a Pediatria e o SU. Durante o mês em que uma UCI assume a EEMI, é escalado um enfermeiro adicional por turno, destinado a responder às ativações de emergência.

Destaca-se ainda a existência da consulta de *follow-up*, destinada ao acompanhamento de pessoas que estiveram internadas na UCI e respetivas famílias, com o objetivo de assegurar uma transição mais segura para os cuidados subsequentes e promover a recuperação global. Estas consultas são fundamentais para monitorizar e mitigar complicações físicas, psicológicas e cognitivas, prevenindo a SPICI⁶².

Os registos de Enfermagem são realizados através do sistema *Patient Care*®, que se revelou intuitivo, apesar de não ter contacto prévio com esta plataforma.

Para o diagnóstico de situação recorri à observação participante, focando-me no envolvimento familiar durante o processo de cuidados. Esta observação, ainda que não estruturada formalmente em grelha, foi orientada para aspetos como o acolhimento inicial, a clareza das orientações fornecidas, a adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção (nomeadamente a higiene das mãos, a etiqueta respiratória e o respeito pelas áreas designadas) e o grau de participação dos familiares junto da pessoa. Verifiquei que, embora exista uma preocupação em garantir a segurança e tranquilidade da família, persistem lacunas na comunicação e na promoção de um papel mais ativo no processo de cuidados. Estas conclusões foram discutidas numa reunião formal com a Enfermeira Gestora e a SC (Apêndice C), tendo sido validada a pertinência do tema de estágio centrado na componente F (*Family Engagement and Empowerment*) da *Bundle ABCDEF*.

O diagnóstico de situação foi complementado com uma análise SWOT (Apêndice D), que permitiu identificar várias forças e oportunidades que facilitaram a integração dos meus objetivos, destacando-se a abertura demonstrada pela equipa, o potencial de sensibilização para o cuidado centrado na família e o interesse em desenvolver práticas baseadas na evidência.

Assim, alinhado com os conceitos e necessidades identificados no diagnóstico de situação, foram definidos como objetivos específicos para este estágio: (1) Prestar cuidados especializados de Enfermagem à PSC e família em contexto de UCI; e (2) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da implementação da *Bundle* ABCDEF.

III. 3. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

O estágio decorreu entre os dias 6 de maio e 14 de julho de 2025, numa UL-PPCIRA situada na região de Lisboa, abrangendo 3 hospitais e vários centros de saúde. Esta unidade é um órgão de apoio técnico que exerce uma atividade global e integrada na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e à preservação da eficácia dos antimicrobianos, através da promoção do seu uso racional em consonância com as diretrizes estabelecidas no programa nacional de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos⁶³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a implementação de estratégias multimodais como um dos pilares fundamentais dos programas de prevenção e controlo de infeção⁶⁴. Esta abordagem integra várias intervenções complementares e interdependentes, com o objetivo de promover mudanças sustentáveis nas práticas dos profissionais de saúde e promotoras da segurança do doente⁶⁴. A sua ação foca-se na gestão do risco, na melhoria contínua da qualidade, na vigilância epidemiológica, na investigação, na prática clínica, na educação e literacia, contribuindo para a capacitação dos profissionais de saúde, da pessoa-alvo de cuidados e da família, visando a planificação e prestação de cuidados seguros, em contexto multidisciplinar⁶⁵.

Este estágio decorreu num dos hospitais da ULS, que integra uma zona de ambulatório — Consultas Externas, Serviço de Atendimento a Doentes Não Programados, um Hospital de Dia, Imagiologia, Hemodinâmica e uma Unidade de

Hemodiálise —; e uma zona de internamento médico e cirúrgico, Unidades de Cuidados Intermédios e Intensivos e Bloco Operatório. Considero que conhecer toda esta estrutura foi essencial para compreender a organização hospitalar e reunir as condições necessárias para uma tomada de decisão informada e eficaz no âmbito do controlo de infeção.

A equipa da UL-PPCIRA assume uma composição multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros, farmacêuticos e profissionais das áreas de microbiologia e patologia clínica, todos com tempo afeto especificamente às atividades da comissão. O Despacho nº 10901/2022 define a missão, composição e organização das UL-PPCIRA, estabelecendo que, para além de um enfermeiro com funções de coordenação, deve ser garantida a afetação de um enfermeiro a tempo inteiro por cada 150 camas hospitalares⁶⁶. De acordo com esta orientação, a UL-PPCIRA é composta por uma equipa de 7 enfermeiros com funções específicas no domínio da prevenção e controlo de infeção⁶⁶. No entanto, considerando que o hospital onde estagiei possui uma taxa de ocupação de 147 camas, está afeta apenas 1 enfermeira em regime de dedicação exclusiva, a qual assumiu a função de minha SC.

O diagnóstico de situação teve início com uma reunião formal (Apêndice E) com a SC e a Enfermeira Gestora, onde foram identificadas áreas prioritárias, destacando-se a vigilância epidemiológica das infeções por microrganismos multirresistentes, em particular as *Enterobacteriales* Produtoras de Carbapenemases (EPC). Estas infeções têm vindo a aumentar de forma significativa nos últimos anos, representando uma ameaça crescente à segurança do doente e à eficácia terapêutica⁶⁷. A OMS classifica a resistência antimicrobiana, como uma das dez principais ameaças à saúde pública global, estimando que se não forem tomadas medidas eficazes, as infeções causadas por microrganismos multirresistentes poderão ser responsáveis por até 10 milhões de mortes anuais até 2050⁶⁸.

Deste modo, defini como objetivos específicos para este estágio: (1) Integrar a equipa da UL-PPCIRA numa unidade hospitalar; (2) Desenvolver competências na área da vigilância epidemiológica; e (3) Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à PSC no âmbito da prevenção, intervenção e controlo da infeção de EPC.

IV. Análise Reflexiva das Competências Adquiridas

Na presente secção do relatório, dividida em dois subcapítulos, é apresentada uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante os estágios, evidenciando as aprendizagens vivenciadas e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns do EE, das competências específicas relacionadas com o cuidado à PSC e das competências exigidas para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

A formação em Enfermagem baseada em competências representa, atualmente, um paradigma pedagógico dominante, centrado na obtenção de resultados previamente definidos como essenciais para o desempenho profissional⁵⁶. Este processo implica a mobilização de conhecimentos específicos, a experiência da prática clínica e a reflexão crítica, fatores determinantes para o crescimento do enfermeiro e para a resposta aos desafios complexos da prática de cuidados.

O modelo de aquisição de competências proposto por Patricia Benner descreve o desenvolvimento profissional do enfermeiro desde iniciado a perito, destacando que a competência resulta da integração do conhecimento teórico, da experiência prática em contextos reais e da capacidade de refletir criticamente sobre a experiência⁶. A mesma autora sublinha ainda que, perante novos contextos, pode ocorrer uma regressão temporária dos níveis de competência, o que vivenciei ao longo dos estágios, apesar dos meus 16 anos de experiência profissional⁶. Esta vivência reforçou em mim a importância da flexibilidade, humildade e da aprendizagem contínua ao longo de todo o percurso.

Segundo a OE, o desenvolvimento de competências especializadas resulta do aprofundamento dos domínios já pertencentes ao enfermeiro de cuidados gerais, a que se acrescem as competências comuns, partilhadas por todos os EE, e as específicas de cada área de especialidade que asseguram a sua diferenciação e reconhecimento na prática clínica¹.

Neste capítulo, para evidenciar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, é realizada uma análise crítica e reflexiva de cada domínio de competência, à luz das experiências e principais atividades desenvolvidas ao longo dos três estágios. O enquadramento é sustentado no Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista¹ e no Regulamento n.º 429/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em

Situação Crítica², sendo a minha reflexão crítica baseada nas suas unidades de competências e critérios de avaliação. Paralelamente, foram também tidos em conta o Decreto-Lei n.º 65/2018, que define as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem³ e o Regulamento n.º 705/2021 dos Cursos de Mestrado em Enfermagem da ESSCVP-L⁴.

IV. 1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem assumem, atualmente, uma importância cada vez maior, acompanhada por uma exigência técnica e científica, tornando a especialização uma realidade indispensável para a valorização e evolução da profissão¹.

As competências comuns do EE abrangem, de acordo com a OE, quatro domínios principais: (A) domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; (B) domínio da melhoria contínua da qualidade; (C) domínio da gestão dos cuidados; e (D) domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

IV. 1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio constitui um dos pilares da prática de Enfermagem, sustentado em Portugal pelo Código Deontológico dos Enfermeiros⁶⁹ e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro⁷⁰, que definem os princípios éticos, os direitos e os deveres que sustentam uma prática profissional segura, responsável e humanizada, orientada pelo respeito, pela dignidade, pela autonomia, pela privacidade e pelos direitos humanos da pessoa.

Ao longo do meu percurso académico e profissional, tive oportunidade de aprofundar estas dimensões, consolidando não só os conhecimentos técnico-científicos, mas também as competências ético-legais indispensáveis ao EE. A integração plena na minha prática reflete o compromisso contínuo com a excelência profissional, o respeito pelos direitos da pessoa e da família e a promoção de cuidados diferenciados e humanizados, essenciais na área da PSC, de acordo com “A1 – Desenvolve uma prática

profissional ética e legal (...) agindo de acordo com as normais legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”⁷¹, p. 47⁴⁶.

Em todos os estágios realizados, iniciei o percurso com uma integração responsável e respeitosa nas equipas, alinhada com os valores que norteiam a profissão. A mobilização de conhecimentos adquiridos tanto na minha formação base, como nas UC do Mestrado foi essencial para sustentar decisões clínicas partilhadas com a pessoa, a família e a equipa, promovendo uma prática participativa e colaborativa.

A tomada de decisão em Enfermagem constitui um processo complexo e dinâmico que exige do enfermeiro a capacidade de integrar não só conhecimentos como competências relacionais e de comunicação⁷¹. Este processo vai além da simples escolha de uma intervenção, implicando uma avaliação individualizada das necessidades da pessoa, a ponderação de alternativas, a antecipação de consequências e a escolha fundamentada da resposta mais adequada, com o objetivo de garantir cuidados seguros, eficazes e humanizados⁷¹. Nesta dimensão, compreendi a relevância da inclusão da família nos processos de tomada de decisão, especialmente no cuidado à PSC. A família, enquanto principal rede de apoio, possui conhecimento privilegiado sobre os valores, desejos e preferências da pessoa, assumindo-se como parceira essencial, no planeamento de cuidados⁷². Sempre que possível, nos diferentes contextos de estágio, procurei promover a sua participação ativa, reconhecendo que este envolvimento contribuiu não só para decisões mais alinhadas com a vontade da pessoa, mas também para a adaptação emocional da família à realidade vivenciada.

Qualquer pessoa que atravessa um episódio de doença, independentemente da sua gravidade, apresenta-se vulnerável ao recorrer a uma instituição de saúde, condição que se estende também à sua família. Frequentemente, estas situações são acompanhadas de sentimentos de ansiedade, medo, impotência e incerteza, especialmente em caso de doença crítica²⁹. Durante a minha experiência no SU, reconheci que o ambiente de elevada exigência e imprevisibilidade, associado à necessidade de intervenções rápidas, pode colocar em causa dimensões fundamentais como a dignidade, a privacidade e a autonomia da pessoa. Por isso, em todas as situações de cuidados vivenciadas, empenhei-me em garantir as mesmas através de: uma comunicação próxima e respeitosa com a pessoa e família, garantindo a confidencialidade e evitando exposições desnecessárias; da utilização de barreiras físicas como o uso de cortinas ou a procura de espaços mais

reservados sempre que a situação de cuidados o exigia; e valorização da autodeterminação da pessoa e da família, assegurando que a sua vontade e preferências eram respeitadas.

Em Portugal, o direito ao acompanhamento no SU encontra-se consagrado na Lei n.º 33/2009⁷³, que assegura à pessoa o direito de ser acompanhada por alguém da sua escolha, desde que tal não comprometa a segurança, a privacidade de terceiros ou o normal funcionamento do serviço. Neste âmbito, procurei sempre estabelecer uma comunicação e relação com a pessoa e com o seu acompanhante, valorizando as informações, emoções e perspetivas partilhadas. Esta atitude de parceria, fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, possibilitou-me orientar as minhas intervenções não apenas para a resolução do problema clínico imediato, mas também para a promoção de conforto, capacitação e adaptação da pessoa e da família à situação vivida. Ao reconhecer o impacto emocional de uma situação de urgência, entendi a importância de apoiar a família na criação estratégias para lidarem com o presente e que facilitem a proteção e promoção da saúde no futuro¹⁴. Remeto para uma situação ocorrida no balcão área A – laranjas:

Maria (nome fictício), 19 anos, com paralisia cerebral e dependente nas atividades de vida, recorre ao SU acompanhada pela mãe, a sua cuidadora informal, por febre, vômitos e prostração. Foi encaminhada para a área A – laranjas, por suspeita de uma infeção do trato urinário e desidratação, necessitando de análises e colocação de um cateter venoso periférico para administração terapêutica.

Encontrava-se muito agitada, com vocalizações e movimentos involuntários, dificultando a realização dos cuidados. Perante esta situação as intervenções centraram-se na criação de um ambiente mais tranquilo e protetor, através da sua alocação numa zona mais reservada, com adaptação do ambiente (iluminação e privacidade), e promovida a inclusão da mãe no processo, solicitando o seu apoio para explicar à filha o que iria acontecer. Foram também ouvidas as suas dúvidas e preferências, o que aumentou a sua confiança e satisfação com os cuidados.

A permanência de Maria no SU foi breve e no momento da alta foram reforçadas orientações para domicílio, promovendo a continuidade e segurança na transição de cuidados.

Durante o estágio de SU, realizado no pico do inverno, alguns turnos foram desafiadores pelo elevado afluxo de pessoas e sobrelotação, que exigiram uma gestão e priorização de cuidados distinta da que pratico habitualmente. Este contexto levou-me a viver uma luta interna entre o “fazer – tarefa” e o “ser – estar com”, levando-me a refletir sobre os desafios que os enfermeiros do SU enfrentam diariamente no âmbito da

humanização dos cuidados em ambientes de elevada pressão. Desta inquietação emergiu uma reflexão crítica, que promoveu uma nova visão sobre a minha abordagem ao cuidar (Apêndice F).

Na UCI, a gravidade clínica da pessoa muitas vezes compromete a sua capacidade de expressão e defesa da própria vontade. Estas situações contribuíram para a aquisição da competência “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”¹, p. 4746. Guiaram-me, de forma consistente, os princípios da Beneficência (promoção do bem-estar), da Não Maleficência (prevenção de danos), do respeito pela Autonomia (valorização da vontade individual), da Justiça (equidade no acesso e nos cuidados) e da Vulnerabilidade, que sublinha a necessidade de uma prática solidária e empática face à fragilidade da PSC⁶⁹.

O consentimento informado corresponde à autorização prestada pela pessoa após lhe ser fornecida informação clara, compreensível e suficiente sobre os cuidados propostos, as suas finalidades, riscos e alternativas⁷⁴. Trata-se da expressão prática do direito à autodeterminação, onde em última instância, é a própria pessoa quem deve decidir sobre o seu corpo e a sua vida, mesmo que tal decisão não corresponda à opinião dos profissionais de saúde⁷⁵. Durante o estágio em UCI, deparei-me frequentemente com a impossibilidade de obter esse consentimento, devido ao estado crítico da pessoa ou à ausência de representante legal disponível. Nessas situações, prevaleceu o princípio da Beneficência, aplicando-se o consentimento presumido. Este princípio, consagrado pelo artigo 8.º da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina⁷⁶, prevê que, perante uma situação urgente em que o consentimento não possa ser obtido, a intervenção clinicamente necessária pode e deve ser realizada, em benefício da saúde da pessoa. Estas vivências reforçaram a importância de conjugar o conhecimento técnico-científico com o discernimento ético, garantindo cuidados seguros, responsáveis e humanizados.

Outro aspeto que se destacou na minha prática foi o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas culturais da PSC e da sua família. A crescente diversidade cultural em Portugal, potenciada pelo aumento da imigração, coloca desafios acrescidos à prestação de cuidados culturalmente sensíveis. O enfermeiro deve, assim, adotar uma postura de escuta ativa, empatia e abertura, reconhecendo que o cuidado deve ser personalizado e culturalmente competente⁷⁷. Durante o estágio na UCI, acompanhei

o caso de uma mulher nepalesa, residente em Portugal há pouco tempo, internada na sequência de um atropelamento. Devido à gravidade do trauma, encontrava-se sedada e ventilada, impossibilitada de comunicar ou expressar a sua vontade. Nesse turno, fui responsável pelo acolhimento e acompanhamento da sua família durante a visita, garantindo que este momento fosse vivido de forma tranquila, respeitosa, valorizando as suas crenças e necessidades individuais. De seguida, descreverei esta situação em detalhe:

Joana (nome fictício), 30 anos, foi internada na UCI por politrauma após atropelamento por motociclo, do qual resultou um traumatismo crânio-encefálico, fratura do pavimento orbital direito e fratura do perónio direito. Encontrava-se sedada (RASS -4), sob VMI, com múltiplos traumatismos visíveis na face.

Durante a visita, estiveram presentes a irmã e o marido, com quem estabeleci uma comunicação em língua inglesa. Iniciei o processo com uma explicação na sala de espera sobre o estado clínico de Joana e sobre o ambiente da UCI, preparando-os para o impacto emocional.

À chegada junto de Joana, a irmã reagiu com grande agitação emocional, agarrando Joana vigorosamente no sentido de a mesma despertar. A minha intervenção consistiu em proporcionar apoio emocional, conter o comportamento de forma empática e orientá-la para um contacto mais seguro, limitando-se ao toque da mão. Durante a visita, fui explicando, com linguagem acessível, os dispositivos e lesões visíveis, promovendo a aceitação da situação e a redução da ansiedade.

No final da visita, reuni brevemente com os familiares para esclarecer dúvidas e preparar a próxima visita, contribuindo para a gestão das suas expectativas e reforçando a continuidade da relação terapêutica.

Esta experiência reforçou a importância da integração das dimensões culturais nos cuidados de Enfermagem, em conformidade com a Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger⁷⁷, onde o cuidado deve ser culturalmente congruente, adaptado às crenças, valores e práticas individuais, promovendo um ambiente de respeito, aceitação e apoio, mesmo em contextos altamente tecnológicos e críticos como a UCI.

Adicionalmente, esta abordagem encontra-se alinhada com a componente F da *Bundle* ABCDEF, que defende o envolvimento ativo da família como elemento fundamental no processo de recuperação da pessoa. Intervenções como preparar emocionalmente os familiares para a visita, explicar procedimentos e acolher dúvidas,

emoções e receios, contribuem para a humanização dos cuidados, melhoria da confiança na equipa e promoção da capacitação face à nova realidade¹³.

No estágio na UL-PPCIRA o desenvolvimento deste domínio foi igualmente evidente, particularmente no contexto da vigilância epidemiológica, onde a análise e interpretação da informação contida no processo permite identificar e monitorizar situações de risco, orientando a planificação e implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção⁷⁸. Importa destacar que toda a informação acedida foi tratada com rigor ético e legal, respeitando integralmente o dever de confidencialidade, o sigilo profissional e os direitos da pessoa, garantindo a segurança da informação em todas as etapas do processo.

IV. 1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A OE defende que a qualidade em saúde é uma responsabilidade multiprofissional, que exige reflexão sistemática sobre a prática, envolvendo todos os profissionais de saúde e os recetores dos cuidados⁷⁹. Neste sentido, torna-se essencial implementar estratégias e desenvolver projetos que promovam a melhoria contínua dos cuidados e assegurem um ambiente seguro. Entre essas estratégias, destaca-se a importância da elaboração, revisão e atualização de normas, procedimentos e instruções de trabalho, alinhadas com a evidência científica mais recente, a regulamentação nacional vigente e as diretrizes específicas de cada instituição¹².

Os conhecimentos adquiridos ao longo das UC, com especial destaque para UC de Segurança do Doente e Prevenção e Controlo de IACS, lecionada no segundo semestre do primeiro ano, forneceram-me bases sólidas para o desenvolvimento desta competência e despertaram em mim um interesse particular pelas temáticas da qualidade e segurança. O recurso a documentos orientadores como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem⁷⁹ e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026⁸⁰ foi determinante para a implementação de práticas seguras e para a consolidação de uma cultura de segurança centrada na pessoa e na sua família.

Durante a minha integração em cada contexto de estágio, consultei os protocolos e as normas institucionais vigentes, de forma a enquadrar a minha prestação de cuidados nos referenciais locais e garantir a coerência com a equipa. Destaco que o facto de ter

realizado os estágios na ULS onde exerço a minha atividade profissional facilitou esta integração e promoveu um envolvimento mais consciente e proativo. Procurei dialogar com as SC sobre os projetos de melhoria contínua em curso, de forma a compreender as prioridades e necessidades específicas de cada serviço. Adicionalmente, realizei reuniões formais com os enfermeiros gestores e coordenadores, com o objetivo de apresentar o tema central do meu projeto de estágio.

No SU, na sequência da reunião realizada, foi identificada a necessidade de melhorar o acolhimento à pessoa e família nas áreas de internamento, onde a presença do acompanhante é mais restrita. Como resposta, desenvolvi um Guia de Acolhimento do SU (Apêndice G), com versões específicas para as áreas de SO, SDC e Internamento de Apoio à Urgência, atendendo às diferenças de localização, horários e funcionamento. Esta atividade contou com o apoio da minha SC e da enfermeira chefe de equipa, que colaboraram na recolha e validação da informação relevante a incluir. Este instrumento contribuiu para tornar o cuidado mais humanizado, ao assegurar que a pessoa e a sua família tenham acesso a informações relevantes e conheçam os recursos disponíveis. Paralelamente, esta estratégia permitiu aliviar os profissionais de saúde da repetição constante de orientações, otimizando a sua atuação para áreas de maior necessidade.

Paralelamente, tive a oportunidade de colaborar com a implementação do projeto nacional “Ligue Antes, Salve Vidas”, promovido pelo SNS e lançado neste SU a 19 de dezembro de 2024. Este projeto visa melhorar o acesso adequado aos cuidados de saúde, promovendo o contacto prévio com a linha SNS 24, que realiza uma triagem inicial e encaminha a pessoa para os cuidados hospitalares ou primários, conforme a gravidade⁸¹. Durante esta fase inicial de implementação, colaborei com a SC na divulgação do projeto e no esclarecimento dos utentes, nomeadamente junto daqueles que recorriam ao SU sem triagem prévia, relacionando-se com a competência “B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica”¹, p. 4747.

A comunicação eficaz na transição de cuidados foi um aspeto central nos projetos de melhoria contínua desenvolvidos tanto no SU como na UCI. O uso do acrónimo ISBAR (Identificação; Situação; *Background*; Avaliação; Recomendação), padronizado na Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁸², visa apoiar os profissionais na transmissão estruturada, clara e segura de informação clínica, sobretudo em contextos

críticos. Em ambos os serviços, as folhas de apoio utilizadas na passagem de turno e nas transferências foram construídas com base no modelo ISBAR e objeto de auditoria periódica quanto à sua utilização e eficácia. No SU, pude participar na realização de auditorias ao processo de transição de cuidados, contribuindo para a análise da adesão ao modelo e na identificação de oportunidades de melhoria.

Na UCI, outro dos projetos de melhoria contínua no qual tive oportunidade de participar foi a consulta de *follow-up* ao doente crítico e família. Esta consulta, idealmente agendada três meses após a alta, destina-se a pessoas com capacidade cognitiva para relatar as experiências vividas e o impacto das mesmas no seu quotidiano. Os seus objetivos incluem: monitorizar a recuperação física, cognitiva e emocional da pessoa e da família, detetar precocemente complicações ou limitações funcionais, avaliar o impacto psicológico e social do internamento e reforçar a literacia em saúde e a reintegração da pessoa na vida ativa⁶². Além disso, representa um espaço seguro para expressão de sentimentos, dúvidas e preocupações, promovendo a corresponsabilização da pessoa e da família no processo de recuperação e fortalecendo o vínculo terapêutico com a equipa de saúde⁶². A participação nesta consulta foi muito importante para a consignação do meu projeto, na medida que, ao dedicar um momento da consulta exclusivo à família, foi para mim enriquecedor perceber o ponto de vista da mesma em relação ao episódio de doença crítica. Tive a oportunidade de colaborar em quatro consultas, onde destaco a experiência:

Antónia (nome fictício), de 57 anos, é esposa de José (nome fictício), também com 57 anos, que esteve internado durante quatro meses entre a UCI e o serviço de Neurologia, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) Hemorrágico. Como consequência, José ficou dependente nas atividades de vida diária, exigindo uma reorganização profunda da dinâmica familiar. Antónia cessou a sua atividade profissional para assumir o papel de cuidadora principal, com apoio da equipa de cuidados domiciliários e da rede de cuidados continuados integrados.

Durante a consulta de *follow-up*, no primeiro momento conjunto, Antónia respondeu com entusiasmo às questões, transmitindo uma aparente adaptação, embora desvalorizando o seu esforço ao assumir os cuidados como uma obrigação natural. José, por sua vez, mostrava-se pouco comunicativo, revelando labilidade emocional e sofrimento psicológico ao refletir sobre a sua situação de dependência.

Na consulta individual, foi possível identificar uma sobrecarga emocional significativa em Antónia, ocultada por si com o intuito de proteger o marido. Este espaço permitiu-lhe expressar livremente as suas dificuldades e angústias, conduzindo ao encaminhamento de ambos para apoio psicológico. Paralelamente, trabalhei com Antónia estratégias de *coping*, com vista à promoção do seu bem-estar emocional e à melhoria da qualidade do cuidado prestado.

Esta situação ilustra de forma clara a importância da capacitação da família no processo de cuidados, conforme preconizado na componente F da *Bundle* ABCDEF, que reconhece a família como elemento central na recuperação e adaptação da PSC¹². O envolvimento ativo de Antónia no acompanhamento e na tomada de decisão permitiu reforçar a segurança, confiança e a corresponsabilização no plano terapêutico⁹. Simultaneamente, esta abordagem evidencia a intervenção do EE enquanto facilitador dos processos de transição, sendo esta transição situacional complexa, marcada por alterações profundas na funcionalidade, nos papéis familiares e na dinâmica emocional¹⁴. Ao proporcionar um espaço seguro para expressão de sentimentos, identificar necessidades de apoio emocional e promover estratégias de *coping* adaptativas, o enfermeiro contribui ativamente para uma transição mais saudável¹¹.

O estágio na UL-PPCIRA constituiu um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, onde o enfermeiro atua como facilitador e consultor técnico, promovendo a segurança dos cuidados com base na vigilância epidemiológica e na implementação de boas práticas⁶⁵. Neste âmbito, colaborei em iniciativas como as ações de sensibilização para a higiene das mãos, dinamizadas na semana do Dia Mundial da Higiene das Mãos em todos os serviços. Estas ações incluíram formação, definição de metas e divulgação de resultados por serviço, com base em auditorias conduzidas pelos elos dinamizadores, focadas na adesão ao 1.º momento.

Particpei também em auditorias sobre o cumprimento dos feixes de intervenção para a prevenção de IACS (nomeadamente infeção da corrente sanguínea, do local cirúrgico, do trato urinário associado ao cateter vesical e pneumonia associada à intubação). Destaco, as auditorias promovidas pelo Gabinete de Qualidade, referentes à aplicação da Norma n.º 004/2023 da DGS, que regulamenta os critérios de avaliação do risco e rastreio de EPC e MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) à admissão e durante o internamento⁸³. As auditorias constituem ferramentas valiosas que, através da observação estruturada, permitem avaliar o cumprimento de critérios previamente definidos. Para além de reconhecer e valorizar boas práticas, possibilitam identificar oportunidades de melhoria, sempre com o objetivo principal de reforçar a segurança do doente e elevar a qualidade dos cuidados prestados⁸⁴.

Os resultados preliminares (não divulgáveis no presente relatório) evidenciaram uma baixa taxa de aplicabilidade, tendo sido identificada, entre outras causas, a necessidade de maior sensibilização e capacitação da equipa de saúde relativamente a esta problemática. Face a estas constatações, e considerando a prevalência de infeções/colonizações EPC e MRSA na instituição, bem como as frequentes consultas realizadas à equipa UL-PPCIRA sobre alocação de doentes e medidas de prevenção a implementar, realizei um guia digital interativo de apoio aos profissionais de saúde (Apêndice H), com foco na correta aplicação da norma em vigor.

O guia foi complementado com a elaboração de um cartaz sintético (Apêndice I), que resume os critérios de avaliação do risco e metodologia do rastreio, acompanhado de um código QR para acesso direto ao guia, que ficou disponibilizado nas diferentes salas de trabalho dos serviços do hospital. A escolha deste formato baseou-se na premissa de que, atualmente, os profissionais recorrem frequentemente aos dispositivos móveis como fontes rápidas de consulta. Desta forma, o guia promoveu a disseminação de informação atualizada, baseada em evidência e alinhada com as normas institucionais, incluindo ainda recursos multimédia como vídeos, mapas de prevalência e hiperligações para entidades de referência como a OMS, o ECDC, a DGS, entre outros. O desenvolvimento desta atividade revelou-se altamente enriquecedora, ao permitir melhorar a acessibilidade à informação e fortalecer a capacitação dos profissionais, contribuindo para práticas mais seguras, consistentes e alinhadas com as normas institucionais.

Ainda neste âmbito, mas realizado no estágio do SU, desenvolvi um vídeo educativo sobre prevenção da infeção hospitalar destinado aos familiares e acompanhantes (Apêndice J), com o objetivo de sensibilizar e capacitar para a adoção de práticas preventivas. Foi pedido parecer ao gabinete da UL-PPCIRA relativamente ao vídeo realizado e apresentado ao Gabinete de Comunicação e Imagem da ULS, com vista a poder ser projetado nos televisores disponíveis nas áreas comuns do SU. Para maximizar a sua disseminação em áreas onde não existam monitores, optei por fazer a sua adaptação para o formato de cartaz, aumentando desta forma a sua visualização (Apêndice K). Para além do impacto no SU, este trabalho trouxe ganhos significativos em literacia em saúde e segurança, com repercussões positivas para toda a instituição. As atividades anteriormente descritas contribuíram para o desenvolvimento de competências “B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”^{1, p. 4747} e “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro”^{1, p. 4747}.

A documentação dos cuidados de Enfermagem é uma ferramenta essencial para garantir a segurança, apoiar a tomada de decisão e promover a melhoria contínua dos cuidados prestados. Nos diferentes contextos de estágio, utilizei plataformas informáticas específicas — *SClínico*® no SU, *Patient Care*® na UCI e HEPIC® na UL-PPCIRA —, esta última com capacidade de integração automática de dados clínicos, potenciando a vigilância epidemiológica e a análise em tempo real. Considero que registar de forma clara, objetiva e rigorosa é fundamental para identificar oportunidades de melhoria, reforçar boas práticas e apoiar intervenções ajustadas às necessidades da pessoa. A experiência adquirida consolidou a importância da documentação estruturada e fidedigna como parte integrante dos cuidados de Enfermagem e como suporte à segurança e criação de indicadores de qualidade.

IV. 1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados foi particularmente evidente nos diferentes contextos de estágio, permitindo-me vivenciar experiências concretas de organização, planeamento e articulação dos cuidados de enfermagem. O EE, no exercício das suas funções, deve ser capaz de mobilizar conhecimento técnico-científico, competências relacionais e visão estratégica, assegurando a qualidade, continuidade e segurança dos cuidados prestados⁸⁵.

No SU, tive oportunidade de acompanhar a minha SC em dois turnos em que desempenhou funções de gestão de equipa. Durante esses momentos, participei ativamente na distribuição dos enfermeiros e TAS pelos setores, no apoio à equipa na prestação dos cuidados e na coordenação das transferências de doentes para exames, internamentos e outros hospitais. Colaborei ainda na articulação com a equipa médica e na atualização do mapa de registo de ocorrências, instrumento que sistematiza a informação clínica essencial dos doentes em circuito no SU. Esta experiência reforçou a minha perceção da importância de uma organização eficaz dos recursos humanos e materiais, garantindo a fluidez do serviço e a qualidade dos cuidados prestados.

Uma parte significativa do meu estágio decorreu na sala de reanimação, onde, em todos os turnos, realizei autonomamente a verificação do *stock* de material, medicação e equipamentos, com base numa *checklist* própria. Esta rotina, embora técnica, revelou-se

fundamental para garantir a funcionalidade da sala e a capacidade de resposta imediata em situações de emergência, reforçando o papel do enfermeiro na gestão dos recursos e segurança do ambiente de cuidados, relacionando-se com a competência “C1 – Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”¹, p. 4748.

Na UCI, apesar de a SC não desempenhar formalmente funções de chefia de turno, evidenciava, no exercício diário, competências de liderança e de gestão dos cuidados, orientando a equipa na priorização de tarefas, na resolução de problemas e na avaliação crítica dos cuidados. Esta observação permitiu-me reconhecer que a gestão de cuidados não está exclusivamente associada à função de chefia, mas sim à capacidade de influenciar positivamente a organização do trabalho e o desempenho da equipa⁸⁶.

No estágio na UL-PPCIRA, a dinâmica diferenciada do contexto permitiu-me vivenciar a gestão sob uma outra perspetiva. A capacidade de planear e implementar medidas de prevenção e controlo de infeção, ajustadas às realidades dos diferentes serviços, exigiu competências de análise, decisão e liderança organizacional, numa profunda atitude de cooperação e apoio aos diferentes gestores dos serviços, contribuindo para a aquisição da competência “C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos (...) visando a qualidade dos cuidados”¹, p. 4748. A participação em auditorias, ações de formação e construção de materiais educativos implicou a coordenação de intervenções, o alinhamento com os objetivos institucionais e a adaptação dos recursos disponíveis, evidenciando o papel estratégico do EE neste domínio.

Ao longo dos estágios, foi também possível observar e refletir sobre os diferentes estilos de liderança adotados pelas chefias e supervisores clínicos. O conceito de liderança em Enfermagem pressupõe a capacidade de orientar, influenciar positivamente e motivar as equipas para a concretização de objetivos comuns, destacando-se por visão, empatia, tomada de decisão e promoção de ambientes de crescimento⁸⁷. A forma como cada profissional lidera influencia diretamente o clima organizacional, a motivação da equipa e a qualidade dos cuidados prestados. A gestão eficaz implica não só competências técnicas, mas também competências não técnicas, como a comunicação, empatia, escuta ativa, organização e gestão do tempo. Reconhecer a importância destas dimensões foi essencial para consolidar a minha visão sobre o papel do EE como elemento estruturante na organização e melhoria dos cuidados.

Apesar de na minha prática profissional já desempenhar funções de chefia de turno, considero que este processo de desenvolvimento de competências especializadas foi profundamente enriquecedor. A vivência de diferentes contextos, com características e exigências distintas, permitiu-me reforçar a minha capacidade de liderança, tomada de decisão e adaptação, proporcionando-me elementos cruciais para desempenhar esta função com mais conhecimento, capacidade e autonomia.

IV. 1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um pilar fundamental na construção de um percurso de excelência em Enfermagem Especializada. Este domínio compreende a capacidade de o enfermeiro manter uma atitude reflexiva e crítica sobre a sua prática, integrando continuamente novos conhecimentos científicos e tecnológicos, promovendo a inovação e contribuindo para a produção e disseminação do saber em Enfermagem⁶⁹. Ao desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, o enfermeiro detém uma consciência profunda de si próprio, enquanto pessoa e profissional, reconhecendo os seus recursos, limites e valores que influenciam diretamente a sua prática¹. Esta competência traduz-se na capacidade de refletir criticamente sobre as próprias ações, emoções e decisões, ajustando o seu comportamento de forma congruente com as exigências dos diferentes contextos de cuidados.

Ao longo deste percurso, procurei manter uma postura de abertura face à aprendizagem, reconhecendo as minhas limitações e mobilizando estratégias para as superar. Considero que aproveitei todas as oportunidades e experiências de aprendizagem proporcionadas pelos supervisores clínicos, desenvolvendo uma adaptabilidade individual que me permitiu responder de forma mais eficaz às necessidades de cada contexto.

Apesar da minha experiência profissional, os contextos de estágio em que estive inserida revelaram-se bastante distintos da minha prática habitual, o que exigiu de mim um maior investimento na consolidação e aquisição de novos conhecimentos. Esta aprendizagem foi sustentada por uma procura contínua de informação atualizada, pela participação ativa em atividades formativas e científicas, pela mobilização dos conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares e pela reflexão crítica

constante promovida pelos docentes da ESSCVP-L, pela minha supervisora pedagógica, pelas supervisoras clínicas, pelos enfermeiros dos diferentes contextos de estágio e, sobretudo, pelas pessoas a quem prestei cuidados e suas famílias.

Ao longo do meu percurso, procurei também contribuir para a disseminação do conhecimento e a promoção da literacia em saúde, através do desenvolvimento de materiais educativos e científicos adaptados aos diferentes contextos. No SU, com as atividades descritas anteriormente, reforcei a importância da prevenção da infeção hospitalar, promovendo comportamentos seguros e responsáveis.

Na UCI, dinamizei uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar sobre a aplicação da *Bundle* ABCDEF no cuidado à PSC (Apêndice L). Foram agendadas três sessões de formação presenciais, sendo os momentos após a passagem de turno escolhidos para a realização das mesmas. Foi facilitador a sessão de formação ter sido incluída no plano de formação do serviço, aumentando a sua adesão à mesma. Ressalvo que a interação e partilha de experiências entre os elementos foi muito positiva, tendo sido criados momentos de discussão em todas as formações. Adicionalmente, elaborei um póster científico centrado na componente F da *Bundle* e a intervenção do enfermeiro na capacitação da família (Apêndice M), tendo sido convidada a apresentá-lo nas Jornadas do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da ULS que irão decorrer em novembro de 2025, possibilitando a partilha de conhecimento com outros profissionais.

Com o objetivo de aprofundar os meus conhecimentos e enriquecer o meu percurso formativo, procurei participar em diversas ações de formação que se revelaram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente:

- 1.º e 2.º Seminários Internacionais dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP-L (Anexo 1 e 2);
- *Webinar* “Gestão do Doente Crítico: Implementação da *Bundle* ABCDEF”, desenvolvido pelo Instituto CRIAP (Anexo 3);
- 3.º Encontro de *Benchmarking* do Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, promovido pela Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar (Anexo 4);

- “*Midline – Ultrasound-Guided Insertion Procedure*”, desenvolvido pelo Grupo Vygon (Anexo 5);
- 1.º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULS Lisboa Ocidental sobre o tema “A investigação como promotora de ganhos em saúde” (Anexo 6).

No que respeita à produção de conhecimento científico, destaco a realização de diversos trabalhos científicos, alguns desenvolvidos em grupo e outros individualmente, que contribuíram significativamente para o aprofundamento das minhas competências de análise crítica, sistematização da evidência e comunicação científica. Entre eles, destaco:

- Póster “As contribuições da *Bundle ABCDEF* nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: *Scoping Review*”, apresentado no Encontro de *Benchmarking* da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2024, promovido pela Ordem dos Enfermeiros, com o 2.º prémio atribuído na categoria (Apêndice N e Anexo 7);
- Póster “Análise Crítica do Artigo Científico: *Nurses’ Perspectives on Alternative Communication Strategies Use in Critical Care*”, apresentado no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da ESSCVP-L (Apêndice O e Anexo 8);
- Preleitora na sessão de formação em serviço sobre “A *Bundle ABCDEF* – Uma abordagem Integrada à PSC” (Anexo 9);
- Uma *scoping review*, desenvolvida em coautoria, intitulada “As Contribuições da *Bundle ABCDEF* nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: a *scoping review*”, submetida a publicação na revista *Critical Care Science* (em processo de revisão pela equipa editorial), e cujo resumo se encontra disponível no Apêndice P;
- Uma revisão da literatura: “Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar”, publicada no volume 17 de março de 2025 da revista *Salutis Scientia*, disponível em: <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32693>.

A reflexão crítica, a procura constante de conhecimento e a partilha do saber tornaram-se pilares fundamentais na construção da minha identidade como EE, contribuindo ativamente para o desenvolvimento das competências “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”^{1, p. 4749} e “D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica”^{1, p. 4749}. Concluo que este percurso me permitiu crescer enquanto profissional, fortalecendo o meu compromisso com a prática baseada na evidência.

IV. 2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica

A prestação de cuidados à PSC, implica competências específicas e diferenciadas, reconhecidas pela OE através do Regulamento n.º 429/2018². De acordo com o mesmo, os cuidados de Enfermagem à PSC caracterizam-se por “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco de vida imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”², p. 1936².

As competências específicas do EE na área PSC são:

- “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”², p. 1935⁹;
- “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”², p. 1935⁹;
- “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”², p. 1935⁹.

IV. 2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Na prestação de cuidados em situações emergentes, é essencial desenvolver a capacidade de antecipar, avaliar e intervir de forma rápida face a sinais de instabilidade². Considero que esta competência foi desenvolvida ao longo dos estágios, nomeadamente nos SU e UCI onde tive oportunidade de cuidar de pessoas em risco de falência orgânica iminente, exigindo intervenções de elevada complexidade e em tempo útil.

No SU, a diversidade e complexidade das situações exige dos enfermeiros a capacidade de reconhecer precocemente sinais de gravidade, definir prioridades, organizar o trabalho e lidar com conflitos, mantendo o controlo emocional. Neste sentido,

a minha participação ativa na triagem, utilizando o protocolo de Manchester, permitiu-me desenvolver competências fundamentais para a avaliação estruturada e célere da gravidade clínica, com base em sintomas e sinais apresentados. Em termos gerais, este protocolo é um método de triagem que fornece ao enfermeiro não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação do problema⁸⁸. Esta função exige uma comunicação eficaz com a pessoa, escuta ativa e capacidade de decisão sustentada, promovendo uma resposta segura e adequada desde o primeiro contacto com o hospital⁸⁸. Reconheço que este momento constitui uma das primeiras barreiras de segurança para a prevenção da deterioração clínica, sendo essencial para a antecipação de situações críticas e priorização dos cuidados de forma eficiente e humanizada.

A minha presença frequente na sala de reanimação do SU foi determinante para o desenvolvimento de competências avançadas na avaliação e intervenção perante situações de instabilidade clínica. Possibilitou-me aplicar e consolidar a abordagem ABCDE (*Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*), método sistemático de avaliação e estabilização que orienta a identificação e correção imediata dos problemas potencialmente fatais, garantindo a priorização segura e eficaz dos cuidados⁸⁹. Nestes momentos, participei ativamente na monitorização contínua, vigilância dos parâmetros vitais, administração de terapêutica emergente e apoio na preparação de dispositivos e equipamentos. Mesmo em momentos de elevada pressão e sobrecarga de admissões, observei a forma como a equipa, especialmente os EE e chefes de equipa, organizavam os recursos e sinalizavam precocemente as pessoas mais graves, alocando-as em espaços estratégicos e de maior visibilidade, evidenciando a relevância da liderança e da capacidade de antecipação na resposta a situações críticas.

Ainda no SU, participei em situações de paragem cardiorrespiratória, onde tive contacto com o dispositivo LUCAS®, utilizado para a realização de compressões torácicas mecânicas. Em conjunto com a minha SC, integrei uma ativação da EEMI, durante a qual demonstrámos à equipa presente a correta aplicação do dispositivo, reforçando as boas práticas na abordagem à pessoa em paragem cardiorrespiratória. Estas vivências articularam-se com os conhecimentos adquiridos nos cursos Suporte Avançado de Vida da *American Heart Association* (Anexo 10) e *International Trauma Life Support* (Anexo 11), que me proporcionaram uma preparação teórico-prática essencial para intervir de forma mais confiante, segura e eficaz.

Na UCI, aprofundei estas competências num ambiente em que a vigilância contínua e a antecipação da deterioração são pilares da prática diária. O EE desempenha um papel central na monitorização hemodinâmica, na interpretação de dados e na implementação de estratégias precoces que previnem complicações e otimizam respostas. Durante este estágio, acompanhei situações de instabilidade súbita e colaborei em procedimentos invasivos que exigiram domínio técnico, raciocínio clínico e pensamento crítico. Destaco o aprofundamento de competências na monitorização hemodinâmica invasiva através do cateter *Pulse-induced Contour Cardiac Output* (PiCCO), que permite avaliar parâmetros como volume intratorácico, volume pulmonar, índice de função cardíaca e débito cardíaco, fundamentais para a tomada de decisão clínica⁹⁰. Desenvolvi ainda competências na gestão da pessoa sob VMI, compreendendo a necessidade de adaptar os parâmetros de ventilação ao seu estado clínico e identificando assincronias que comprometem a evolução clínica da pessoa. Adicionalmente, colaborei na colocação e manutenção de dispositivos de maior complexidade, como cateteres de diálise e drenagens ventriculares externas, compreendendo as suas indicações, riscos e cuidados associados.

Simultaneamente, o desenvolvimento deste relatório em torno da implementação da *Bundle* ABCDEF permitiu-me aprofundar a compreensão dos cuidados em UCI, culminando numa prática mais fundamentada e capaz de articular os cuidados técnicos com a promoção da segurança, da dignidade e da recuperação funcional.

No estágio no SU, participei na ativação e monitorização das diferentes vias verdes: Via verde Coronária (com cardiologia de intervenção), Via verde Acidente Vascular Cerebral, Via verde Sepsis e Via verde Trauma. Estes protocolos terapêuticos complexos sincronizam a intervenção multidisciplinar, reduzindo a morbilidade e mortalidade associadas a estes eventos, em consonância com o paradigma “tempo é cérebro” e “tempo é músculo”⁹¹. O conhecimento destes protocolos permitiu-me contribuir de forma mais eficaz na identificação precoce de sinais de alarme, na realização de exames e na administração de terapêutica específica dirigida.

De seguida relato uma situação de cuidados que exemplifica a minha intervenção:

José (nome fictício) de 60 anos, deu entrada no SU por dor torácica intensa com 45 minutos de evolução, com irradiação para o braço esquerdo, sudorese e náuseas. Foi encaminhado para a sala de reanimação, com ativação imediata da Via verde Coronária. Após realizado eletrocardiograma, foi confirmado um Enfarte Agudo do Miocárdio com supra de ST.

Após a minha apresentação e esclarecimento breve sobre a situação, realizei a avaliação inicial através da abordagem ABCDE, procedi à punção venosa periférica, colheita de sangue, administração de oxigénio e terapêutica adjuvante e analgésica prescrita para o evento.

A esposa permaneceu com José até à transferência, tendo sido prestado suporte informativo e emocional. Acompanhei o transporte inter-hospitalar até ao serviço de hemodinâmica, prestando apoio clínico e esclarecimentos.

A eficácia da resposta da equipa e a ativação célere da Via verde Coronária permitiram que todo o processo, desde a admissão até à entrada no serviço de hemodinâmica, decorresse em menos de 60 minutos, exemplificando a importância das vias verdes e do trabalho multidisciplinar em situações de emergência.

Na UCI, vivenciei uma situação de cuidados a uma pessoa em situação de morte cerebral e potencialmente dadora de órgãos, que exigiu uma elevada competência técnica e sensibilidade ética. Em Portugal, a doação de órgãos obedece ao princípio da doação presumida, ou seja, todos os cidadãos são considerados dadores potenciais, salvo se registarem a sua oposição no Registo Nacional de Não Dadores⁹². O processo respeita os princípios da gratuidade, anonimato e confidencialidade, sendo proibida a comercialização de órgãos e assegurada a proteção dos dados pessoais do dador e do recetor⁹³. A Lei n.º 12/93 vigente em Portugal⁹⁴ regulamenta a colheita e o transplante de órgãos e tecidos, estabelecendo requisitos legais, critérios de elegibilidade e os procedimentos para a declaração de morte cerebral, essencial para a colheita segura de órgãos. Toda a organização funciona com base em protocolos estruturados, definidos pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, e segue recomendações de qualidade e segurança adaptadas ao contexto nacional⁹³.

O EE assume um papel decisivo ao assegurar a correta execução dos testes clínicos e ao acompanhar a família durante todo o processo, oferecendo suporte no luto e promovendo a aceitação da doação⁹⁵. Neste contexto, tive a oportunidade de colaborar na realização dos exames complementares necessários à confirmação de morte cerebral e, em simultâneo, apoiar a família através de uma comunicação empática e esclarecedora, o que me permitiu integrar de forma concreta a dimensão técnica e relacional do papel do

EE. Esta experiência reforçou em mim o valor de uma abordagem humanizada, especialmente em momentos de elevada carga emocional e complexidade clínica.

A dor é compreendida como um fenómeno subjetivo e multidimensional, influenciado por fatores fisiológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e socioculturais⁹⁶. Do ponto de vista clínico, a dor aguda tem um papel fundamental enquanto mecanismo de alerta, no entanto pode tornar-se prejudicial, contribuindo para alterações fisiopatológicas, agravamento de comorbilidades e diminuição da qualidade de vida⁹⁶. A sua gestão constitui uma das competências essenciais do EE no cuidado à PSC, sendo o seu controlo eficaz um direito fundamental da pessoa e um dever dos profissionais de saúde.

No decurso dos meus estágios tive a oportunidade de implementar intervenções dirigidas neste domínio, implementando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, numa abordagem centrada na pessoa. No SU, particularmente no balcão de trauma, fui confrontada com múltiplas situações de dor aguda associada a fraturas e outros traumatismos, onde, para além da administração de analgésicos prescritos, recorri frequentemente a medidas não farmacológicas como a aplicação de frio local, otimização do posicionamento e utilização de técnicas de distração durante procedimentos dolorosos.

Na UCI, a gestão da dor revelou-se ainda mais desafiante, tendo em conta a gravidade clínica da pessoa e ao facto de muitas se encontrarem sedadas e/ou incapazes de comunicar. Aqui, os conhecimentos adquiridos ao longo da *scoping review*, centrada na *Bundle ABCDEF*, foram fundamentais para a valorização da dor, reforçando a importância de uma avaliação contínua, com recurso a escalas validadas. Mobilizei regularmente escalas validadas como a Escala Numérica para doentes alerta e capazes de comunicar e a escala ESCID (Escala de Comportamentos Indicadores de Dor), que permitiram intervir de forma proativa, nomeadamente antes de posicionamentos, aspirações ou outros procedimentos potencialmente desconfortáveis. Com isto, consegui antecipar necessidades, promover o alívio eficaz da dor e reduzir estímulos adversos, contribuindo para um ambiente de maior estabilidade e segurança clínica. Remetendo para uma situação de cuidados vivenciada no estágio em UCI:

André (nome fictício) de 45 anos, internado após complicações no pós-operatório de uma cirurgia eletiva de reconstrução do trânsito intestinal e encerramento de colostomia. No 5.º dia pós-operatório, desenvolveu um pneumoperitoneu provocado por deiscência da anastomose, sendo submetido a laparotomia urgente, mantida com sistema de terapia de pressão negativa a -100mmHg.

No 2.º dia após esta intervenção, observei sinais compatíveis com dor presente: taquicardia persistente, sudorese e assincronias ventilatórias com aumento do esforço inspiratório. Apesar de André se encontrar sob VMI e sedação leve (RASS -2), apliquei a escala ESCID, com resultado indicativo de dor moderada.

A minha intervenção passou por articular com a equipa médica a administração de um bólus adicional de analgesia, reforçando a perfusão contínua dos opioides já em curso. Em paralelo, implementei estratégias não farmacológicas de conforto com redução de estímulos ambientais (luz e ruído), posicionamento e toque sob a forma de massagem nos membros superiores e ombros, promovendo o relaxamento neuromuscular e diminuindo o *stress* físico.

Como resultado, verificou-se a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos, melhoria da interação com o ventilador e diminuição da dor. Esta experiência permitiu-se consolidar a importância da abordagem multimodal e antecipatória da dor na PSC.

A prestação de cuidados à PSC requer mais do que conhecimento técnico e científico, exige também a capacidade de comunicar de forma eficaz, empática e sensível à complexidade emocional do momento vivido pela pessoa e família. Neste âmbito, o EE EMC na área da PSC, deve ser capaz de estabelecer relações terapêuticas sólidas, gerir os processos de comunicação em contextos de elevada exigência emocional e assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes do episódio de doença crítica². Ao longo do meu percurso, reconheci que esta dimensão é essencial para conferir uma vertente verdadeiramente humana a todas as interações, sendo fundamental promover o envolvimento da família e apoiar a adaptação à situação de crise vivenciada. Foi neste contexto que apliquei estratégias de escuta ativa, comunicação adaptada, relação de ajuda e suporte emocional, com o objetivo de garantir cuidados individualizados.

Nos diferentes contextos de estágio, a gestão da comunicação com a PSC e família revelou-se, por vezes, um desafio exigente, que me obrigou a adaptar e mobilizar estratégias específicas para garantir uma comunicação eficaz, empática e promotora de confiança. No SU, particularmente em situações de emergência, as dinâmicas complexas e a necessidade de intervenção rápida colocaram à prova a minha capacidade de articular

intervenções técnicas com uma comunicação centrada na pessoa. Compreendi que, mesmo em ambientes caóticos e imprevisíveis, a forma como o enfermeiro comunica influencia profundamente a percepção de segurança da pessoa, o seu envolvimento nos cuidados e a sua adesão aos procedimentos. Neste contexto, adotei uma postura de presença ativa, transmitindo serenidade, esclarecendo os procedimentos e acolhendo as emoções da pessoa e da sua família, que vivenciavam momentos de grande vulnerabilidade.

O apoio à família, nesses contextos, também se revelou desafiante, sobretudo em turnos com elevada afluência e pressão. No entanto, percebi que breves momentos de escuta ativa e disponibilidade genuína, mesmo que limitados no tempo, foram muito significativos. Ao proporcionar-lhes atenção dedicada, criei oportunidades de partilha, esclarecimento e suporte emocional, que contribuíram para fortalecer a confiança e o sentimento de pertença no processo de cuidados. Tal como refere Meleis, a família é parte integrante das transições vividas pela pessoa, devendo ser envolvida no processo de cuidar, com reconhecimento do seu papel e das suas necessidades¹⁴.

Na UCI, face à presença frequente de pessoas submetidas a VMI e com limitações na comunicação verbal, a gestão da mesma exigiu a utilização de estratégias aumentativas e alternativas, como o recurso a papel e caneta, gestos, expressões faciais ou, sempre que possível, quadros com imagens facilitadoras. Estas abordagens permitiram melhorar a percepção de segurança por parte da pessoa, reforçar a sua capacidade de participar nas decisões e manter a dignidade, promovendo uma verdadeira relação terapêutica⁹⁷.

Uma das vivências mais marcantes no meu percurso foi o acompanhamento de uma família em processo de fim de vida de uma pessoa internada na UCI, experiência que motivou a realização de uma reflexão mais profunda da minha intervenção (Apêndice Q). Este momento exigiu de mim uma elevada sensibilidade emocional, escuta ativa e capacidade de estar presente com empatia e respeito pelo sofrimento do outro. Apesar da minha experiência profissional, continuo a considerar que acompanhar famílias em processo de luto é sempre um momento profundamente impactante. Existe sempre uma parte de mim que acolhe esse sofrimento e inevitavelmente absorve essa carga emocional. A gestão da comunicação e a relação terapêutica revelaram-se fundamentais para acolher a dor da família, esclarecer dúvidas sobre o estado clínico e os procedimentos em curso, bem como apoiar o início do processo de luto. Esta vivência permitiu-me reconhecer o

valor da presença do EE enquanto elemento de referência nos momentos de maior fragilidade, sendo o seu apoio emocional decisivo para a integração da perda de forma humanizada e digna. O enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação da família, empoderando-a a desenvolver estratégias de *coping* e a redefinir os seus papéis¹⁴.

IV. 2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

A aquisição desta competência representou um desafio significativo, sobretudo pela sua natureza específica e imprevisível e pela exigência que implica na gestão e impacto dos serviços de saúde.

A UC Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe foi fundamental para a construção da minha base de conhecimentos nesta área, fornecendo-me os princípios orientadores para a minha intervenção nos diferentes contextos de estágio. De acordo com as orientações da DGS, perante a possibilidade de ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos ou incidentes de origem nuclear, radiológica, biológica ou química de grande magnitude, é recomendado que todas as instituições do SNS disponham de um plano de emergência devidamente estruturado⁹⁸. Este deve permitir uma resposta eficaz a diferentes cenários, especialmente aqueles que, pela sua gravidade, possam gerar um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades emergentes⁹⁸.

Durante os estágios, tendo em consideração a imprevisibilidade da ocorrência deste tipo de fenómenos, consultei os Planos de Emergência da Unidade de Saúde e o Plano de Emergência Interno específico de cada serviço. Adicionalmente, tive a preocupação de discutir com os meus supervisores clínicos a operacionalização do mesmo, adotando deste modo uma conduta antecipatória. É essencial que cada profissional conheça o seu papel e intervenção perante estas situações, uma vez que estas provocam grande tensão, não havendo lugar para dúvidas, improvisos ou hesitação⁹⁸. O trabalho realizado na UC de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, permitiu-me analisar e refletir criticamente sobre o seu conteúdo de acordo com as orientações em vigor.

Na UL-PPCIRA, identifiquei a inexistência de um plano específico relacionado com a atuação perante estas situações, o que motivou uma reflexão e uma partilha de perspetivas com a minha SC sobre as implicações dessa ausência e melhorias a implementar, com foco na segurança dos doentes e dos profissionais.

Durante o meu período de estágio não ocorreu nenhuma situação de catástrofe, no entanto, nos contextos assistenciais onde estive integrada deparei-me com situações de grande exigência que contribuíram para o desenvolvimento de competências neste domínio. No SU, destaco a prestação de cuidados a vítimas de trauma, onde mobilizei os conhecimentos adquiridos na formação *International Trauma Life Support*, assegurando uma abordagem sistematizada, a gestão eficaz dos recursos disponíveis e a organização da sala de reanimação, especialmente em situações com múltiplas vítimas. Já na UCI, saliento a minha participação na equipa de EEMI, onde foram essenciais a definição de prioridades de atuação e a capacidade de adaptação à imprevisibilidade das situações, assegurando uma resposta rápida, segura e eficaz.

Outra experiência que destaco no âmbito desta competência foi a participação numa atividade prática relacionada com a intervenção em situações de urgência decorrentes de incidentes nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos, desenvolvida em colaboração com o Regimento de Sapadores Bombeiros de Lisboa. Esta experiência permitiu-me consolidar conhecimentos teóricos adquiridos, ao mesmo tempo que reforçou a importância da articulação entre equipas de saúde e a Proteção Civil na resposta coordenada a este tipo de ocorrências.

Apesar da imprevisibilidade associada às situações de emergência, exceção e catástrofe, considero que as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio, em articulação com a formação teórica adquirida, forneceram-me conhecimentos e competências para responder de forma fundamentada, segura e eficaz a situações desta natureza.

IV. 2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

Os serviços de saúde são ambientes com elevada incidência de doenças e infeções, acarretando inevitavelmente uma exposição por parte de quem os procura. As IACS são definidas como infeções adquiridas através da prestação de cuidados e que não estavam presentes ou em incubação no momento da admissão e/ou prestação efetiva dos cuidados⁹⁹. São um dos eventos adversos mais comuns, sendo um problema de saúde pública, com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida. Estima-se que em média, 7% das pessoas em países desenvolvidos e 15% em países em desenvolvimento, adquirem pelo menos uma IACS¹⁰⁰. O estudo realizado pelo ECDC sobre prevalência das IACS e o uso de antimicrobianos em hospitais europeus entre 2022 e 2023 revelou que, em Portugal, a taxa de prevalência foi de 11,6%¹⁰¹. No entanto, parte destas infeções é evitável através da adoção de medidas eficazes de prevenção. Emerge, assim, uma preocupação na mitigação desta problemática, desenvolvendo estratégias adequadas a cada contexto de prestação de cuidados alinhadas com as normas e orientações vigentes nos planos.

Neste contexto, destaca-se a importância da intervenção dos EE em EMC, especificamente na área de Enfermagem à PSC, uma vez que, pela sua proximidade à pessoa, compete-lhe: elaborar, implementar e avaliar os planos de prevenção e controlo de infeção, liderar a adoção de estratégias adaptadas ao contexto clínico, supervisionar circuitos e procedimentos e contribuir para a formação e capacitação das equipas, da pessoa e da família, na esfera da prevenção e controlo da infeção².

Nos estágios em SU e UCI, assegurei o cumprimento rigoroso das normas e protocolos institucionais, salvaguardando as Precauções Básicas de Controlo de Infeção e as precauções adicionais. No SU, os desafios inerentes à sobrelotação dos espaços e à circulação de doentes implicaram uma gestão constante dos espaços e recursos, através da implementação de medidas de isolamento e alocação segura. Para tal, promovi a utilização adequada de equipamentos de proteção individual e sensibilizei não apenas a equipa de saúde, mas também a pessoa e os seus acompanhantes para as boas práticas.

As intervenções de enfermagem orientadas para a educação são fundamentais para a capacitação e na redução dos riscos, cabendo ao EE avaliar práticas da família e promover a adesão a medidas como a higiene das mãos, etiqueta respiratória e precauções adicionais de contacto e isolamento, entre outros. Estudos evidenciam que muitos acompanhantes desconhecem os riscos de infeção hospitalar, agindo no hospital como se estivessem em casa, o que reforça a necessidade de transmissão de informação clara e eficaz¹⁵. Na minha experiência, a abordagem centrada na capacitação da família revelou-se mais eficaz do que intervenções autoritárias ou meramente corretivas. Entendo que, à luz das competências do EE em EMC, o enfermeiro é um elo fundamental na mudança deste padrão, intervindo na avaliação das necessidades e expectativas, e promovendo o envolvimento da família nos cuidados, através de estratégias educativas e de uma comunicação empática.

Na UCI, a vulnerabilidade da pessoa internada, a sua condição clínica e o risco de infeção associado à presença de múltiplos dispositivos invasivos exigiram a aplicação rigorosa dos feixes de prevenção e controlo de IACS, de onde destaco: a Pneumonia Associada à Intubação¹⁰², a Infeção da Corrente Sanguínea relacionada com o Cateter Vascular Central¹⁰³, a Infeção do Trato Urinário associada ao Cateter Vesical¹⁰⁴ e ainda a Infeção do Local Cirúrgico¹⁰⁵, pela elevada casuística de doentes cirúrgicos, normalizados pela DGS desde 2015, e atualizados em 2022. A vigilância ativa, a avaliação diária da necessidade de manutenção dos dispositivos e a comunicação interprofissional foram algumas das atividades por mim realizadas, determinantes para a redução do risco e para a otimização de resultados.

A consolidação desta competência foi maximizada no estágio opcional na UL-PPCIRA, permitindo-me vivenciar, de forma integrada, a dimensão estratégica, organizacional e consultiva deste programa. Ao longo deste período, desenvolvi competências no âmbito da vigilância epidemiológica integrando-me nas dinâmicas diárias da equipa e participando no registo de dados nas plataformas nacionais e europeias; aprofundei os meus conhecimentos sobre prevenção e controlo da infeção a microrganismos epidemiologicamente importantes, orientando decisões sobre a necessidade de isolamento com base nas vias de transmissão; desenvolvi o meu julgamento crítico em processos de tomada de decisão perante situações complexas decorrentes da prestação de cuidados; e mantive-me atualizada através da participação

em eventos científicos sobre prevenção e controlo de infeção, conhecendo projetos de melhoria da qualidade e a evidência mais recente. Entre as atividades concretas, destaco:

- Identificação, classificação e notificação de infeções nosocomiais através do sistema de informação institucional (HEPIC®), garantindo a uniformização de critérios diagnósticos e a comunicação célere com as equipas;
- Documentação de intervenções e recomendações de prevenção e controlo de infeção nos processos clínicos, reforçando a integração das medidas no plano de cuidados;
- Promoção do cumprimento das práticas de isolamento e contenção de microrganismos epidemiologicamente importantes;
- Colaboração no processo de notificação de doenças de declaração obrigatória, assegurando o cumprimento das exigências legais e a comunicação com a autoridade de saúde (exemplo de um caso de *Legionella*);
- Participação em auditorias diversas, incluindo a avaliação do risco e o rastreio de EPC e MRSA à admissão, a adesão ao 1.º momento da higiene das mãos, a avaliação das infraestruturas e equipamentos, a verificação da documentação das precauções adicionais de controlo de infeção nos registos de enfermagem e a monitorização da adesão aos feixes de intervenção na prevenção de IACS;
- Participação em *huddles* diárias na UCI sobre a prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, favorecendo a monitorização contínua, a uniformização de práticas e a melhoria da adesão ao feixe de intervenções;
- Investigação e gestão de um surto por *Clostridioides difficile*, desde a identificação do caso-índice, a verificação de circuitos e contactos, a comunicação com a equipa multidisciplinar, o controlo ambiental, as visitas de sensibilização e o reforço de práticas, a avaliação da limpeza e desinfeção, a disponibilização de material educativo a profissionais,

peças e famílias, o registo das intervenções e o acompanhamento até à sua resolução.

Paralelamente, a minha participação na UC Segurança do Doente e Prevenção e Controlo de IACS permitiu-me aprofundar a vertente científica desta competência, através da realização de uma revisão da literatura sobre o contributo das ferramentas digitais na prevenção e controlo de infeções, inspirando dois projetos desenvolvidos nos estágios: no SU, a produção de um vídeo educativo dirigido a acompanhantes e visitantes, promovendo boas práticas de prevenção de infeção; e na UL-PPCIRA, a criação de um guia digital interativo com acesso rápido a documentos normativos e orientadores, incluindo a Norma DGS n.º 004/2023⁸³, concebido para facilitar a consulta e promover a adesão às medidas de prevenção e controlo. Estes recursos, adaptados a diferentes públicos-alvo, revelaram-se estratégias eficazes de capacitação — quer da pessoa e família, enquanto parceiros ativos na segurança, quer dos profissionais, enquanto agentes de implementação de cuidados de excelência.

O perfil de competências do EE, centrado na educação para a saúde, na gestão do risco, na auditoria clínica e na promoção de mudanças comportamentais, confere-lhe a capacidade de aproximar a teoria da prática, transformando orientações técnico-científicas em intervenções consistentes e aplicáveis⁶⁵. A articulação constante com a equipa multidisciplinar e estruturas de apoio atribui ao enfermeiro um papel essencial na sustentabilidade das políticas de prevenção e controlo de infeção. Neste sentido a obrigatoriedade legal de integrar um EE em dedicação plena nas UL-PPCIRA, definida pelo Despacho n.º 10901/2022⁶⁶, traduz o reconhecimento político e institucional de que é este profissional quem reúne as competências necessárias para dinamizar programas, liderar processos e garantir a implementação efetiva das estratégias de prevenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados.

V. Considerações Finais

O presente relatório sintetiza um percurso formativo exigente e enriquecedor, desenvolvido no âmbito do Mestrado em EMC, na área de Enfermagem à PSC. Ao longo dos três contextos de estágio — SU, UCI e UL-PPCIRA — concretizei os objetivos definidos, integrando conhecimentos teóricos com experiências práticas e desenvolvendo competências comuns e específicas de EE, em consonância com os referenciais orientadores da profissão e a melhor evidência científica disponível.

Paralelamente à aquisição de competências especializadas, considero que este percurso formativo reflete a aquisição das competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Ao longo dos estágios, demonstrei capacidade para integrar e aplicar conhecimentos avançados em contextos complexos, sustentar a prática em evidência científica, refletir criticamente sobre os cuidados e propor soluções inovadoras, assegurando sempre a qualidade e a segurança da pessoa e família. Simultaneamente, desenvolvi autonomia profissional, pensamento crítico e competências de investigação, numa perspetiva de melhoria contínua e de contributo para a evolução da profissão.

A diversidade e complexidade dos diferentes contextos promoveu o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no cuidado à PSC e família, essenciais à prática de Enfermagem avançada. No SU, a gestão de situações de instabilidade clínica e a necessidade de respostas em tempo útil fortaleceram o meu raciocínio crítico, a capacidade de priorização e a gestão dos cuidados prestados. Na UCI, a proximidade com a PSC e a sua família permitiu aprofundar a humanização dos cuidados, a comunicação terapêutica e a aplicação de protocolos e feixes de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Foi também neste contexto que tive a oportunidade, de forma plena, apresentar e desenvolver o tema central deste relatório — a *Bundle* ABCDEF: a capacitação da família da PSC. Na UL-PPCIRA, participação em atividades como vigilância epidemiológica, auditorias, investigação de surtos, implementação de estratégias educativas e desenvolvimento de recursos digitais reforçou a importância da prevenção e controlo de infeção como pilar estruturante da segurança da PSC, da sua família e dos profissionais.

A minha experiência profissional tem demonstrado que o envolvimento familiar tem um impacto positivo no processo de cuidados, beneficiando não apenas a pessoa e família, mas também os profissionais de saúde. Frequentemente desvalorizada, a

participação da família revela-se fundamental, cabendo ao enfermeiro promover a sua inclusão ativa e criar um ambiente de confiança que favoreça a adesão ao tratamento e a humanização dos cuidados. Assim, a capacitação da família não é apenas uma estratégia de cuidado, mas um caminho essencial para a prática de Enfermagem especializada, ao promover uma abordagem completa que valoriza não só a PSC, mas também a sua rede de suporte. Esta perspetiva sustentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis, permitiu-me refletir sobre o papel do EE enquanto agente facilitador destes processos, incorporando na sua prática intervenções orientadas para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, para a educação e para o fortalecimento das competências necessárias à adaptação e ao bem-estar.

Este percurso não esteve isento de dificuldades e limitações. Destaco a necessidade constante de adaptar o meu tema central às especificidades de cada contexto. Enquanto no SU e na UCI a proximidade com a PSC e a família permitiu desenvolver intervenções diretamente orientadas para o seu empoderamento e participação ativa, na UL-PPCIRA a dinâmica e natureza do serviço implicaram um afastamento físico da família. Neste contexto, as necessidades identificadas e as oportunidades de melhoria centraram-se na capacitação dos profissionais no reforço das práticas de prevenção e controlo de infeção, o que exigiu redirecionar a intervenção e ajustar estratégias sem perder a coerência com os objetivos do projeto. Acresceram ainda desafios como a sobrecarga dos cuidados, especialmente no SU, que condicionou a execução de algumas atividades planeadas e a limitação temporal para avaliar o impacto sustentado das mesmas. Um exemplo foi a aplicabilidade, em tempo útil, do vídeo educativo dirigido a visitantes e acompanhantes no SU. Embora não tenha sido possível realizar a avaliação prática do seu impacto, a ligação estabelecida com o serviço permitiu-me obter *feedback* de que, gradualmente, se verifica uma maior consciência relativamente à problemática. Atualmente, os circuitos e o apoio à família encontram-se mais estruturados, evidenciando o contributo da minha intervenção para a melhoria contínua dos cuidados.

Os ganhos das atividades desenvolvidas traduzem-se não apenas no meu crescimento profissional, mas também na valorização da Enfermagem na área da especialidade. A integração de práticas baseadas na evidência (como a *Bundle ABCDEF*), a aposta em inovação digital educativa (o guia digital interativo desenvolvido no estágio da UL-PPCIRA e o vídeo educativo no estágio do SU), a participação ativa em projetos de melhoria contínua e a promoção da capacitação (quer da família, quer dos

profissionais) contribuíram para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa e família. Estes resultados reforçam a intervenção do EE na liderança de processos e na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Concluo este percurso com a convicção de ter atingido plenamente os objetivos traçados, traduzidos na aquisição de competências especializadas e no meu crescimento pessoal e profissional. Prestes a assumir o exercício como EE e Mestre em Enfermagem, mantenho o compromisso de sustentar a minha prática na evidência, promover a melhoria contínua e garantir a segurança e o bem-estar da PSC e da sua família. Termino esta etapa com um profundo sentimento de gratidão e orgulho, ciente de que cada experiência vivida moldou a pessoa que sou e a enfermeira que continuarei a ser: mais capaz, consciente e comprometida com a excelência dos cuidados.

Referências Bibliográficas

1. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. D.R. II Série. 26 (2019-02-06) p. 4744-4750. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
2. Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. D.R. II Série. 135 (2018-07-16) p. 19359-19370. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
3. Decreto-Lei n.º 65/2018. D.R. I Série. 157 (2018-08-16) p. 4147-4182. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
4. Regulamento n.º 705/2021. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. D.R. II Série. 144 (2021-07-27) p. 122-129. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
5. Dreyfus HL, Dreyfus SE. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Berkeley: University of California. [Internet]. 1980. [citado 2025 ago 25]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235125013_A_Five-Stage_Model_of_the_Mental_Activities_Involved_in_Directed_Skill_Acquisition
6. Benner P. De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. 1.ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2001. 270 p. ISBN: 972-8535-97-X
7. Oliveira CN, Nunes ED. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 [citado 2025 set 7]; 23(4): p. 954-963. DOI: [10.1590/0104-07072014003590013](https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013)
8. Jorge SG, Madureira M. Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. Cad Saúde [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 12(2): p. 5-11. DOI: [10.34632/cadernosdesaude.2020.8646](https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646)

9. Midega TD, de Oliveira HS, Fumis RR. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2019 [citado 2025 set 7]; 31(2): p. 147-155. [DOI: 10.5935/0103-507x.20190024](https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190024)
10. Meneses-La-Riva ME, Suyo-Vega JA, Fernández-Bedoya VH. Humanized Care from the Nurse–Patient perspective in a hospital setting: A systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese scientific articles. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 7]; 9: p. 1-10. [DOI: 10.3389/fpubh.2021.737506](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506)
11. Antunes S, Mendes A, Silva E. Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura. *Investig Qual Saúde* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 7]; 8: p. 374-382. [DOI: 10.36367/ntqr.8.2021.374-382](https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382)
12. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin* [Internet]. 2017 [citado 2025 set 7]; 33(2): p. 225-243. [DOI: 10.1016/j.ccc.2016.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005)
13. Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med* [Internet]. 2017 [citado 2025 set 7]; 45(2): p. 321-330. [DOI: 10.1097/ccm.0000000000002175](https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002175)
14. Meleis AI, editor. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. 1.^a ed. Nova Iorque: Springer Publishing Company; 2010. 664 p. ISBN: 978-0-8261-0535-6
15. Estequi JG, Perinoti LC, Couto DS, Caliarí JD, Félix AM, de Figueiredo RM. Recomendações sobre precauções específicas para acompanhantes/visitantes de pacientes hospitalizados: características e barreiras para implementação. *Rev Epidemiol Controle Infecç* [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 13(3). [DOI: 10.17058/reci.v13i3.18348](https://doi.org/10.17058/reci.v13i3.18348)
16. Sá FG. *A Família da Pessoa em Situação Crítica: Desocultando o Cuidado de Enfermagem*. 1.^a ed. Sintra: Sabooks – Lusodidacta; 2023. 122 p. ISBN 978-989-53006-7-9
17. Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. D.R. II Série. 124 (2015-06-29) p.

17384-17391. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

18. Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. Plano de Ação para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 set 7]. 10 p. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

19. Santos R. Humanização nos Cuidados de Enfermagem: Cuidado Compassivo e Integrado. *Jornal de Santa Marinha* [Internet]. 2024 set 30 [citado 2025 set 7]; (605): p. 8. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34951/8-56.pdf>

20. Bueno JM, La Calle GH, Guerrero ÁO, Lallemand CZ, editores. Manual de boas práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva [Internet]. 2.^a ed. Projeto HUCI; 2019 [citado 2025 set 7]. 90 p. Disponível em: <https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2019/12/MANUAL-HUCI-PORT-revisado2019.pdf>

21. Choi J, Tate JA, Son Y-J. Challenges Experienced by Family Caregivers of the Adult Intensive Care Unit Patients in Korea: An Integrative Review. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 7]; 30(4): p. 423-441. DOI: [10.1177/1054773820918433](https://doi.org/10.1177/1054773820918433)

22. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Searching for meaning: A grounded theory of family resilience in adult ICU. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 [citado 2025 set 7]; 28(5-6): p. 781-791. DOI: [10.1111/jocn.14673](https://doi.org/10.1111/jocn.14673)

23. Costa M, Gonçalves DC. O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Sci J* [Internet]. 2021 [citado 2025 set 7]; 2(2): p. 62-64. DOI: [10.48687/lcj.v2i2.58](https://doi.org/10.48687/lcj.v2i2.58)

24. Santos BP, de Sá FM, Pessan JE, Criveralo LR, Bergamo LN, Gimenez VC, et al. Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2025 set 7]; 72(2): p. 566-570. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0394](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394)

25. Teixeira C, Martins G, Guiomar J, Paraíso M, Guerra M. Enfermagem e seus metaparadigmas. *Servir* [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 2(01e): p. 80. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31613>

26. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5.^a ed. Loures: Lusociência; 2004. 750 p. ISBN: 9789728383749
27. Chick N, Meleis AI. Transitions: A Nursing Concern. In: Chinn PL, editor. Nursing Research Methodology: Issues and Implementation. 1.^a ed. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237-257. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/214139788.pdf>
28. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Adv Nurs Sci [Internet]. 2000 [citado 2025 set 7]; 23(1): p. 12-28. DOI: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
29. Mendes AP. A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 24(1): p. 1-9. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2019-0056](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056)
30. Parecer n.º 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. (2018-07-02) p. 1-4. [citado 2025 set 7]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
31. Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JI, Amare D, et al. Worldwide Survey of the “Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment” (ABCDEF) Bundle. Crit Care Med [Internet]. 2017 [citado 2025 set 7]; 45(11): p. e1111-e1122. DOI: [10.1097/ccm.0000000000002640](https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002640)
32. Ayenew T, Gete M, Gedfew M, Getie A, Afenigus AD, Edmealem A, et al. Prevalence of Post-intensive care syndrome among intensive care unit-survivors and its association with intensive care unit length of stay: Systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2025 [citado 2025 set 7]; 20(5): p. 1-16. DOI: [10.1371/journal.pone.0323311](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323311)
33. Society of Critical Care Medicine. ICU Liberation [Internet]. Mount Prospect, IL: SCCM; 2025 [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.sccm.org/clinical-resources/iculiberation-home>

34. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2017 [citado 2025 set 7]; 45(1): p. 103-128. [DOI: 10.1097/ccm.0000000000002169](https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002169)
35. Society of Critical Care Medicine. ICU Liberation Bundle (A-F) [Internet]. Mount Prospect, IL: SCCM; 2025 [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://sccm.org/clinical-resources/iculiberation-home/abcdef-bundles>
36. Barnes-Daly MA, Pun BT, Harmon LA, Byrum DG, Kumar VK, Devlin JW, et al. Improving Health Care for Critically Ill Patients Using an Evidence-Based Collaborative Approach to ABCDEF Bundle Dissemination and Implementation. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2025 set 7]; 15(3): p. 206-216. [DOI: 10.1111/wvn.12290](https://doi.org/10.1111/wvn.12290)
37. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JW, Schweickert WD, Pun BT, et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2008 [citado 2025 set 7]; 371(9607): p. 126-134. [DOI: 10.1016/s0140-6736\(08\)60105-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60105-1)
38. Bounds M, Kram S, Speroni KG, Brice K, Luschinski MA, Harte S, et al. Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2016 [citado 2025 set 7]; 25(6): p. 535-544. [DOI: 10.4037/ajcc2016209](https://doi.org/10.4037/ajcc2016209)
39. Chen J, Huang M. Intensive care unit-acquired weakness: Recent insights. *J Intensive Med* [Internet]. 2024 [citado 2025 set 7]; 4(1): p. 73-80. [DOI: 10.1016/j.jointm.2023.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.07.002)
40. Lange S, Mędrzycka-Dąbrowska W, Friganović A, Religa D, Krupa S. Family experiences and attitudes toward care of ICU patients with delirium: A scoping review. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 2025 set 7]; 10: p. 1-9. [DOI: 10.3389/fpubh.2022.1060518](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1060518)
41. Shahid A, Sept BG, Longmore S, Owen VS, Moss SJ, Soo A, et al. Development and preclinical testing of the critical care pain observation tool for family caregiver use

(CPOT-Fam). Health Sci Rep [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 6(1): p. 1-9. [DOI: 10.1002/hsr2.986](https://doi.org/10.1002/hsr2.986)

42. Shahid A, Johnstone C, Sept BG, Kupsch S, Pryznyk J, Elton-LaCasse C, et al. Family-Led Coaching of Patients During Weaning From Sedation and Mechanical Ventilation in the ICU. Respir Care [Internet]. 2025 [citado 2025 set 7]; 70(2): p. 134-142. [DOI: 10.4187/respcare.11780](https://doi.org/10.4187/respcare.11780)

43. Shahid A, Johnstone C, Sept BG, Kupsch S, Soo A, Fiest KM, et al. Family coaching during Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials (FamCAB): pilot study protocol. BMJ Open [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 13(2): p. 1-6. [DOI: 10.1136/bmjopen-2022-068770](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068770)

44. Lewis K, Balas MC, Stollings JL, McNett M, Girard TD, Chanques G, et al. A Focused Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Anxiety, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med [Internet]. 2025 [citado 2025 set 7]; 53(3): p. e711-e727. [DOI: 10.1097/ccm.00000000000006574](https://doi.org/10.1097/ccm.00000000000006574)

45. Sosnowski K, Mitchell M, Cooke M, White H, Morrison L, Lin F. Effectiveness of the ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes and quality of life in intensive care patients: a study protocol for a randomised controlled trial with embedded process evaluation. BMJ Open [Internet]. 2021 [citado 2025 set 7]; 11(7): p. 1-9. [DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044814](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044814)

46. Vitorino ML, Henriques A, Melo G, Henriques HR. The effectiveness of family participation interventions for the prevention of delirium in intensive care units: A systematic review. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2025 [citado 2025 set 7]; 89: p. 1-22. [DOI: 10.1016/j.iccn.2025.103976](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103976)

47. Sosnowski K, Mitchell ML, White H, Morrison L, Sutton J, Sharratt J, et al. A feasibility study of a randomised controlled trial to examine the impact of the ABCDE bundle on quality of life in ICU survivors. Pilot Feasibility Stud [Internet]. 2018 [citado 2025 set 7]; 4: p. 1-12. [DOI: 10.1186/s40814-017-0224-x](https://doi.org/10.1186/s40814-017-0224-x)

48. Stollings JL, Devlin JW, Pun BT, Puntillo KA, Kelly T, Hargett KD, et al. Implementing the ABCDEF Bundle: Top 8 Questions Asked During the ICU Liberation

ABCDEF Bundle Improvement Collaborative. Crit Care Nurse [Internet]. 2019 citado 2025 set 7]; 39(1): p. 36-45. [DOI: 10.4037/ccn2019981](https://doi.org/10.4037/ccn2019981)

49. Society of Critical Care Medicine. ICU Liberation Bundle (A-F) [Internet]. Mount Prospect, IL: SCCM; 2025 [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.sccm.org/clinical-resources/iculiberation-home/abcdef-bundles>

50. Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. Crit Care Med [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 48(4): p. 562-570. [DOI: 10.1097/ccm.0000000000004197](https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004197)

51. Balas MC, Pun BT, Pasero C, Engel HJ, Perme C, Esbrook CL, et al. Common Challenges to Effective ABCDEF Bundle Implementation: The ICU Liberation Campaign Experience. Crit Care Nurse [Internet]. 2019 [citado 2025 set 7]; 39(1): p. 46-60. [DOI: 10.4037/ccn2019927](https://doi.org/10.4037/ccn2019927)

52. Guest M, Craven K, Tellson AM, Porter M, James N, Turley L, et al. Reigniting Intensive Care Unit Liberation. Crit Care Nurse [Internet]. 2024 [citado 2025 set 7]; 44(4): p. 19-26. [DOI: 10.4037/ccn2024629](https://doi.org/10.4037/ccn2024629)

53. Collinsworth AW, Priest EL, Campbell CR, Vasilevskis EE, Masica AL. A Review of Multifaceted Care Approaches for the Prevention and Mitigation of Delirium in Intensive Care Units. J Intensive Care Med [Internet]. 2016 [citado 2025 set 7]; 31(2): p. 127-141. [DOI: 10.1177/0885066614553925](https://doi.org/10.1177/0885066614553925)

54. Lee Y, Kim K, Lim C, Kim J. Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: A retrospective study. J Adv Nurs [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 76(2): p. 588-599. [DOI: 10.1111/jan.14267](https://doi.org/10.1111/jan.14267)

55. Teixeira L, Carvalho AL, Barroso C. Diagnóstico de Situação. In: Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F, Osório M, editores. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Manual Prático [Internet]. 1.ª ed. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [citado 2025 set 7]. p. 20–27. Disponível em: <https://safecare.esenf.pt/wp-content/uploads/2019/06/SafeCare-EBook.pdf>

56. Rabiais ICM. A Centralidade do Estudante na Aprendizagem do Cuidado: A Natureza da Interação no Processo de Cuidar. Novas Edições Acadêmicas; 2016. 605 p. ISBN: 9783330744882
57. Despacho n.º 10319/2014. D.R. II Série. 153 (2014-08-11) p. 20673-20678. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
58. Santos BS, Ribeiro IP, Campelo SM, de Carvalho HE, Sousa BS, Valle AR. Compreensão do Familiar Acompanhante sobre Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde. Rev Enferm Atual in Derme [Internet]. 2018 [citado 2025 set 7]; 86(24). DOI: [10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.119](https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.119)
59. Direção-Geral da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2003 [citado 2025 set 7]. 72 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
60. Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. D.R. II Série. 184 (2019-09-25) p. 128-155. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
61. Despacho n.º 9639/2018. D.R. II Série. 198 (2018-10-15) p. 27533-27533. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
62. Grupo de Trabalho Follow-up no Doente Crítico, Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva. Recomendações para o Seguimento da Síndrome Pós-internamento em Cuidados Intensivos no Doente e Família [Internet]. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos; 2024 [citado 2025 set 7]. 50 p. Disponível em: https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPICI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
63. Despacho n.º 2902/2013. D.R. II Série. 38 (2013-02-22) p. 7179-7180. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>

64. World Health Organization. Minimum requirements for infection prevention and control programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 2025 set 7]. 55 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>
65. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Regulamento interno da equipa de Enfermagem. Lisboa: Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; 2023
66. Despacho n.º 10901/2022. D.R. II Série. 174 (2022-09-08) p. 93-99. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
67. European Centre for Disease Prevention and Control. Carbapenem-resistant Enterobacterales – third update [Internet]. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control; 2025 [citado 2025 set 7]. 21 p. Relatório N.º: TQ-01-25-005-EN-N. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/risk-assessment-carbapenem-resistant-enterobacterales-third-update-february-2025_0.pdf
68. O’Neill J. Tackling Drug-resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations [Internet]. Londres: Wellcome Trust; 2016 [citado 2025 set 7]. 84 p. Relatório N.º: 20173071720. Disponível em: https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf
69. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional, Mandato 2008-2011. Deontologia Profissional de Enfermagem [Internet]. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 set 7]. 239 p. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf
70. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE [Internet]. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 2025 set 7]. 107 p. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102015_VF_site.pdf
71. Lourenço IL, Gonçalves MS, Sequeira MS, Melo MF, Gouveia MJ. A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura.

Gestão Desenvolv [Internet]. 2022 [citado 2025 set 7]; (30): p. 557-578. [DOI: 10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696](https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696)

72. Rodrigues LM. A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro [dissertação de mestrado Internet]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013 [citado 2025 set 7]. 148 p. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=XNQguO>

73. Lei n.º 33/2009. Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). D.R. I Série. 134 (2009-07-14) p. 4467-4467. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2009-492408>

74. Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. (2013-10-03, atualizada a 2015-11-04) p. 1-16. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

75. Lopes JR. O Consentimento Informado: O Fim do Paternalismo Clínico e o Início do Respeito pela Autodeterminação do Paciente. Rev Juríd Luso-Brasileira [Internet]. 2022 [citado 2025 set 7]; 8(2): p. 1101-1151. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2022/2/2022_02_1101_1151.pdf

76. Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Ratificação da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina e do Protocolo Adicional que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos. D.R. I-A Série. 2 (2001-01-03) p. 14-36. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128>

77. Leininger MM, McFarland MR, editores. Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory. 2.ª ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2006. 413 p. ISBN: 9780763734374

78. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic Epidemiology. 2.ª ed. Genebra: World Health Organization; 2006. 212 p. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/aa99c65d-6c21-4e3c-8227-661cfbedc934/content>

79. Conselho de Enfermagem. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos [Internet]. 1.^a ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001 [citado 2025 set 7]. 19 p. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
80. Lebre A, Resendes A, Paiva A, Barbosa C, Pereira C, Gaspar F, et al. Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022 [citado 2025 set 7]. 65 p. Disponível em: <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
81. Direção Executiva do SNS. FAQs – Projeto Piloto: Ligue antes, salve vidas [Internet]. Póvoa de Varzim e Vila do Conde: Serviço Nacional de Saúde; 2023 [citado 2025 set 7]. 7 p. Disponível em: <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/FAQs-Projeto-Piloto-Ligue-antes-salve-vidas.pdf>
82. Norma n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (2017-02-08) p. 1-8. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
83. Norma n.º 004/2023 da Direção-Geral da Saúde. Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o Internamento. (2023-05-29) p. 1-17. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
84. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia Prático para a Segurança do Doente. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2021. 392 p. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789897524141.pdf>
85. Regulamento n.º 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. D.R. II Série. 48 (2015-03-10) p. 5948-5952. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

86. Downey M, Parslow S, Smart M. The hidden treasure in nursing leadership: informal leaders. *J Nurs Manag* [Internet]. 2011 [citado 2025 set 7]; 19(4): p. 517-521. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2011.01253.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01253.x)
87. Bowen C, Draper L, Moore H. Leadership and Management in Nursing. In: *Fundamentals of Nursing* [Internet]. 1.^a ed. Houston, TX: OpenStax; 2024 [citado 2025 set 7]. p. 745-780. Disponível em: https://assets.openstax.org/oscms-prodcms/media/documents/Fundamentals_of_Nursing_-_WEB.pdf
88. da Costa FA. Triagem de Manchester: Intervenção dos Enfermeiros [dissertação de mestrado Internet]. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2020 [citado 2025 set 7]. 329 p. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2499>
89. Peran D, Kodet J, Pekara J, Mala L, Truhlar A, Cmorej PC, et al. ABCDE cognitive aid tool in patient assessment – development and validation in a multicenter pilot simulation study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2020 [citado 2025 set 7]; 20: p. 1-8. DOI: [10.1186/s12873-020-00390-3](https://doi.org/10.1186/s12873-020-00390-3)
90. Cottis R, Magee N, Higgins DJ. Hemodynamic monitoring with pulse-induced contour cardiac output (PiCCO) in critical care. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2003 [citado 2025 set 7]; 19(5): p. 301-307. DOI: [10.1016/s0964-3397\(03\)00063-6](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(03)00063-6)
91. de Michele M, Lorenzano S, Bertuccini L, Iosi F, Toni D. “Time lost is clot resolution lost”: the neglected perspective of the therapeutic time window for ischemic stroke. *Front Neurol* [Internet]. 2023 [citado 2025 set 7]; 14: p. 1-4. DOI: [10.3389/fneur.2023.1177609](https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1177609)
92. Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) [Internet]. Lisboa: IPST; 2020 [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.ipst.pt/index.php/pt/rennda>
93. Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Doação de Órgãos para Transplantação: Esclarecimentos [Internet]. Lisboa: IPST; 2020 [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://ipst.pt/index.php/pt/comunicacao/destaques-ipst-ip/916-doacao-de-orgaos-para-transplantacao-esclarecimentos>

94. Lei n.º 12/93. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. D.R. I-A Série. 94 (1993-04-22) p. 1961-1963. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-692651>
95. Gripewall E, Kerstis B, Björling G, Fagerström L, Mattsson J, Widarsson M, et al. Intensive Care Nurses' Experiences of Caring during the Organ Donor Process in Sweden – a Qualitative Study. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2022 [citado 2025 set 7]; 15(2): p. 720-726. Disponível em: <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/1.%20gripelwall.pdf>
96. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Dor: Guia Orientador de Boa Prática [Internet]. 1.ª ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008 [citado 2025 set 7]. 55 p. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
97. Sias S, Silva A, Rosado J, Baixinho CL. Intervenções de enfermagem na promoção de comunicação com a pessoa ventilada na unidade de cuidados intensivos (UCI). *New Trends Qual Res* [Internet]. 2022 [citado 2025 set 7]; 13: p. 1-9. DOI: [10.36367/ntqr.13.2022.e721](https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721)
98. Orientação n.º 007/2010 da Direção-Geral da Saúde. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. (2010-10-06) p. 1-2. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
99. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [Internet]. Lisboa: DGS; 2007 [citado 2025 set 7]. 20 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>
100. World Health Organization. Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels: Practical handbook [Internet]. 1.ª ed. Genebra: WHO; 2024 [citado 2025 set 7]. 61 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101456>
101. Suetens C, Kärki T, Plachouras D. ECDC Surveillance Report: Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022-2023 [Internet]. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and

Control; 2024 182 p. [citado 2025 set 7]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>

102. Norma n.º 021/2015 da Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. (2015-12-16, atualizada a 2022-11-17) p. 1-23. [citado 2025 set 7]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf

103. Norma n.º 022/2015 da Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. (2015-12-16, atualizada a 2022-08-29) p. 1-26. [citado 2025 set 7]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

104. Norma n.º 019/2015 da Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. (2015-12-15, atualizada a 2022-08-29) p. 1-18. [citado 2025 set 7]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

105. Norma n.º 020/2015 da Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. (2015-12-15, atualizada a 2022-11-17) p. 1-24. [citado 2025 set 7]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Apêndices

Anexos

**Anexo 1 – Certificado de Presença no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados da
ESSCVP-L**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que Ana Cláudia Coimbra da Costa participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Tevo Silveira

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



**Anexo 2 – Certificado de Presença no 2.º Seminário Internacional dos Mestrados da
ESSCVP-L**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Ana Cláudia Coimbra da Costa participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

ESSE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LISBOA



Anexo 3 – Webinar “Gestão do doente crítico: Implementação da *Bundle* ABCDEF”



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Cláudia Coimbra da Costa** assistiu à atividade científica - **Webinário** - sobre o tema "**Gestão do Doente Crítico: Implementação da Bundle ABCDEF**", com o(a) Orador(a) Especialista: Líliliana Pereira com a duração total de 60 minutos, tendo decorrido no dia 19 de maio de 2025.

20 de maio de 2025

Ref: 202513913

A Direção Pedagógica

Dr.ª Adélia Magalhães



Anexo 4 – Certificado de Presença no 31.º Congresso APIH/3.º Benchmarking dos Serviços de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos



CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Cláudia Coimbra Costa

participou no

31.º CONGRESSO | **3.º Encontro**
APIH | **Benchmarking**
| **dos SPCIRA**

que se realizou no **Auditório Renato Araújo**, Edifício Central e da Reitoria da Universidade de Aveiro, de 28 a 31 de maio de 2025.

Coimbra, 31 de maio de 2025

Celina Isabel Antunes

Dr.ª Celina Antunes
(Presidente da Direção da APIH)



Anexo 5 – Certificado de Curso “*Midline – Ultrasound-Guided Insertion Procedure*”



Value Life

TRAINING CERTIFICATE

THIS CERTIFICATE IS PROUDLY PRESENTED TO

Ana Cláudia Costa

WHO SUCCESSFULLY COMPLETED THE TRAINING : **MIDLINE -
ULTRASOUND-GUIDED INSERTION PROCEDURE**

ON 26th May 2025, FOR 4 HOURS

Linda Kelly & Jeremie Rey

VYGON TRAINER



L Kelly *J Rey*

SIGNATURE

VYGON, 5 RUE ADELIN, 95440 ECOUEN, FRANCE - TEL: +33 (0)1 49 39 63 63 - WEB: WWW.VYGON.COM

Anexo 6 – Certificado de Presença no 1.º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULSLO sobre o tema “A Investigação como Promotora de Ganhos em Saúde”

CERTIFICADO

Certificamos que **Ana Cláudia Coimbra da Costa** participou no **1º Simpósio de Investigação em Enfermagem da ULS Lisboa Ocidental**, sobre o tema "A investigação como promotora de ganhos em saúde", realizado no dia **20 de maio de 2025**, das **8h30 às 16h00**, no **Templo da Poesia – Parque dos Poetas, Oeiras**.

O evento integrou a programação do **Oeiras Valley Science Festival** e teve como objetivo promover a partilha de conhecimento científico na área da enfermagem, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde.

A Comissão Organizadora

M. Luísa Escalvado



Anexo 7 – Certificado de Participação no Encontro de *Benchmarking* da OE 2024 como Coautora do Póster “As Contribuições da *Bundle* ABCDEF nos Cuidados à PSC na UCI: *Scoping Review*”, Vencedor do 2.º Prémio da Categoria



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

ANA CÁTIA PEREIRA MATIAS

membro n.º 101193 desta Ordem, participou no **Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados”**, realizado no Centro de Congressos do Laboratório Nacional de Engenharia Civil - (LNEC), em Lisboa, nos dias **21 e 22 de Outubro de 2024**, enquanto **Autora e Apresentadora do Póster:**

Prémio Atribuído: 2º Lugar

**AS CONTRIBUIÇÕES DA BUNDLE ABCDEF NOS CUIDADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI: SCOPING REVIEW**

Coautores(as):

JOANA CARDOSO AMARAL DE MATOS | 98017

MARIANA BRAGA BAJOUÇO | 95150

RITA MARGARIDA DOURADO MARQUES | 42357

ANA CLÁUDIA COIMBRA COSTA | 64926

Lisboa, 24 de Outubro de 2024.

P.^o O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

Anexo 8 – Certificado de Participação no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados da ESSCVP-L, com Apresentação do Póster “Análise Crítica do Artigo Científico: *Nurses’ Perspectives on Alternative Communication Strategies Use in Critical Care*”



CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que Ana Costa apresentou o póster intitulado *ANÁLISE CRÍTICA DO ARTIGO CIENTÍFICO: "NURSES' PERSPECTIVES ON ALTERNATIVE COMMUNICATION STRATEGIES USE IN CRITICAL CARE"* no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Autores:

Ana Costa, Ana Matias, Joana Matos, Mariana Bajouco, Joana Sousa, Rita Marques

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo 9 – Certificado de Participação para Preletora na Formação “A *Bundle* ABCDEF – Uma abordagem integrada à PSC”



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Declaração

Ana Cláudia Coimbra Costa participou como preleitora na Sessão de Formação em Serviço sobre **“A bundle ABCDEF – Uma abordagem integrada à pessoa em situação crítica”** promovida pela Unidade de Cuidados Intensivos : no dia 17 de abril 2025, com duração de **1 hora**.

Lisboa, 16 de junho de 2025

Enfermeira responsável pelas formações de

Assinado por: Sandra Maria Ferreira da Ponte
Num. de identificação: B110132514
Data: 2025.06.16 09:20:00 Hora de Verão de GMT



Anexo 10 – Certificado de realização do Curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular da *American Heart Association*

SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde



Ana Cláudia Coimbra Costa

concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão

01 Jun 2024

Nome do Centro de Treinamento

ENFARTE LDA

ID do Centro de Treinamento

ZL20716

Cidade e País do Centro de Treinamento

Guimaraes, Portugal

Nome do Centro de Treinamento

ESSCVP - Escola Superior Saúde Cruz Vermelha

Renovar até

Jun 2026

Nome do instrutor

Luis Filipe de Sousa Meireles

ID do instrutor

10190823278

Código eCard

245629548867

Código QR



Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar <https://ecards.heart.org/international>. © 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20

Anexo 11 – Certificado de Realização do Curso “*International Trauma Life Support*”



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
 ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Cláudia Coimbra da Costa, RN

has completed the
Advanced Provider

date
11/16/2024

course site
ESSCVP - Lisbon, lisbon,

course director

course coordinator
Paulo Alexandre Figueiredo Santos RN

license number

license state/province

NREMT-P number



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 24-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to: <https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

400477-56529

Ana Cláudia Coimbra da Costa, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider

Card Issue Date 11/16/2024 Expiration Date 11/2027

Course Number 56529

Course Location ESSCVP - Lisbon, lisbon,

