



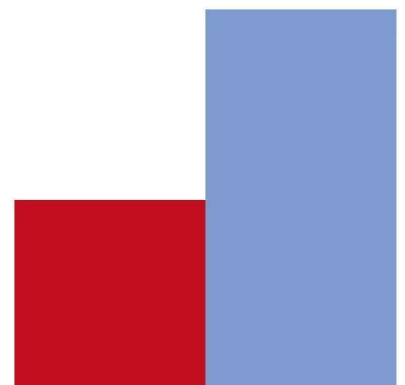
ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE

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

Mariana Braga Bajouco

Setembro-25



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

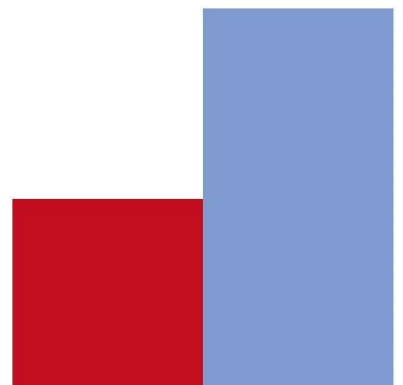
Mariana Braga Bajouco

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA DETEÇÃO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa - Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

Orientador(es)
Professora Doutora Rita Marques

Setembro-25



AGRADECIMENTOS

O término deste percurso representa uma diversidade de sentimentos, dos quais a gratidão se destaca de forma especial. Reconheço, assim, a importância de valorizar o meu próprio caminho, a forma como o percorri, os desafios que vivenciei, mas acima de tudo o quanto me fez crescer não só como profissional, mas também como ser humano. Ao longo do mesmo, tive o privilégio de contar com o apoio e a presença de diversas pessoas, às quais desejo expressar o meu profundo reconhecimento.

Primeiramente agradeço à minha mãe Zulmira, ao meu pai Jorge e ao meu irmão Jorge que mesmo longe, estiveram sempre presentes, disponíveis e com uma palavra de carinho pronta a oferecer. Foram imprescindíveis neste percurso, que é também o vosso sucesso.

Um agradecimento especial também à professora Rita Marques, que desde o primeiro momento demonstrou disponibilidade, apoio e incentivo em todos os projetos ou atividades em que estive envolvida, sempre com uma palavra de estima e motivação.

À Solange, amiga de coração cheio, que caminhou lado a lado comigo nesta jornada, mesmo nas circunstâncias mais incertas. Obrigada por seres a amiga certa, no momento certo e por fazeres com que esta vivência tenha sido experienciada de forma marcante, verdadeira, mas acima de tudo inesquecível.

De igual modo, um agradecimento do fundo do coração à Rafaela, à Sara e à Sofia, que foram pilares fundamentais no sucesso deste percurso. À Rafaela, pelo grande apoio e pelos laços que nos unem há tantos anos; à Sara, pela cumplicidade e pela amizade que Macau uniu e que nem a distância conseguiu separar; e à Sofia, pelo companheirismo diário e momentos de alegria que tornaram esta experiência ainda mais leve e especial.

Um sincero obrigado também à minha colega e amiga do mestrado, Ana Matias, pela amizade e por todas as horas que partilhámos não só em âmbito académico, mas também pessoal. Obrigada por transformares a incerteza do sucesso em motivação e confiança.

Por fim, agradeço também a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo deste percurso. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada presença significativa deixaram a sua marca e fizeram-me a chegar até aqui. A todos vós, um sincero muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ECDC – *European Center for Disease Prevention and Control*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH – Instituição Hospitalar

INE – Instituto Nacional de Estatística

ITLS – *International Trauma Life Support*

MEMC– Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NEWS – *National Early Warning Score*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência a Antimicrobianos

SBV – Suporte Básico de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constituindo uma reflexão aprofundada sobre o percurso formativo desenvolvido no contexto académico e clínico, nomeadamente no Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente especializada em cuidados pós-transplantação. Para além das aprendizagens práticas, este relatório traduz o crescimento pessoal e profissional, evidenciando a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre que caracterizam a identidade profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A temática abordada centra-se na “Intervenção do Enfermeiro Especialista na Detecção Precoce da Deterioração Clínica do Doente”, surgindo pela relevância crescente desta problemática diretamente ligada à segurança do doente. É evidenciado que alterações fisiológicas iniciais podem ser determinantes no agravamento súbito da pessoa em situação crítica, pelo que a vigilância contínua, a capacidade de decisão, interpretação clínica e resposta atempada são fatores fundamentais na prevenção de complicações e melhoria dos resultados clínicos. Neste sentido, destaca-se a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, profissional dotado de competências especializadas que lhe permitem identificar precocemente sinais de instabilidade e implementar intervenções adequadas. Adicionalmente, promove uma prática baseada em evidência, tanto pelo uso de ferramentas como a *National Early Warning Score* como pela utilização de abordagens estruturadas à pessoa em situação crítica como a *bundle* ABCDEF.

Desta forma, articulando as suas competências, atua como elemento fulcral na melhoria contínua da qualidade, promovendo contextos clínicos seguros, com vista à excelência nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Segurança; Doente Crítico; Detecção Precoce; Deterioração Clínica; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract

This report is presented within the scope of the Master's in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Critical Care, and constitutes an in-depth reflection on the training journey developed in both academic and clinical contexts, namely in the Emergency Department, Intensive Care Unit, and a Specialized Multidisciplinary Intensive Care Unit focused on post-transplantation care. In addition to practical learning, this report reflects personal and professional growth, highlighting the acquisition of common, specific, and advanced competencies that shape the professional identity of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing.

The topic addressed centers on the “Specialist Nurse’s Intervention in the Early Detection of Clinical Deterioration” chosen for its growing relevance as it is directly linked to patient safety. It is well recognized that early physiological changes can be decisive in the sudden worsening of critically ill patients; therefore, continuous monitoring, clinical judgment and interpretation, and timely response are key factors in preventing complications and improving clinical outcomes. In this sense, the importance of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in Critical Care is emphasized, as this professional possesses the specialized skills needed to identify early signs of instability and implement appropriate interventions. Additionally, the specialist promotes evidence-based practice, not only through the use of tools such as the National Early Warning Score but also by applying structured approaches to the critically ill patient, such as the ABCDEF bundle.

By integrating these competencies, the specialist acts as a cornerstone in the ongoing improvement of quality, fostering safe clinical environments and aiming for excellence in the care provided to critically ill patients.

Keywords: Safety; Critically Ill Patient; Early Detection; Clinical Deterioration; Medical-Surgical Nursing.

Índice

I. Introdução.....	11
II. Segurança do Doente: Estratégias de Monitorização e Prevenção da Deterioração Clínica.....	15
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre	20
III.1. Contextos de Aprendizagem	20
III.1.1. Serviço de Urgência	21
III.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos	23
III.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Cuidados Pós-Transplantação	26
III.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	30
A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	30
B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	32
C – Domínio da Gestão dos Cuidados	38
D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	41
III.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	43
1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	43
2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	48
3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	50
III.4. Competências de Mestre	54
IV. Considerações Finais	56
V. Referências Bibliográficas	59

Apêndices.....	68
Apêndice A – Entrevista Semiestruturada: Serviço de Urgência.....	69
Apêndice B – Análise SWOT da colheita de dados do Serviço de Urgência.....	72
Apêndice C – <i>Scoping Review</i> sobre as “Contribuições da <i>Bundle</i> ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI”.....	74
Apêndice D – Entrevista Semiestruturada: Unidade Cuidados Intensivos.....	76
Apêndice E – Instrumento de Colheita de Dados: Unidade de Cuidados Intensivos.....	79
Apêndice F – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos.....	81
Apêndice G – Análise SWOT da colheita de dados da Unidade de Cuidados Intensivos.....	85
Apêndice H – Entrevista Semiestruturada: Unidade Cuidados Intensivos Polivalente especializada em cuidados pós-transplante.....	87
Apêndice I – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente especializada em cuidados pós-transplantação.....	90
Apêndice J – Análise SWOT da colheita de dados da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente especializada em cuidados pós-transplantação.....	95
Apêndice K – Folha de registo de evolução do estado clínico do doente.....	97
Apêndice L – Demonstração gráfica de aplicação da escala NEWS.....	99
Apêndice M – Formação “Intervenção do Enfermeiro na Detecção Precoce da Deterioração Clínica do Doente: Aplicação da Escala NEWS no Serviço de Urgência”.....	101
Apêndice N – Demonstração gráfica dos resultados de avaliação da formação “Intervenção do Enfermeiro na Detecção Precoce da Deterioração Clínica do Doente: Aplicação da Escala NEWS no Serviço de Urgência”.....	112
Apêndice O – Lista Terapêutica – Fármacos de Emergência: Classe Medicamentosa e Modo de Preparação e Administração.....	115

Apêndice P – Jornal do Serviço de Urgência: Importância do <i>Debriefing</i> – Folha de preenchimento de instrumento STOP 5.....	118
Apêndice Q – Cartaz de divulgação de formação “Aplicabilidade da <i>bundle</i> ABCDEF na Unidade Cuidados Intensivos”.....	121
Apêndice R – Formação “Aplicabilidade da <i>bundle</i> ABCDEF na Unidade de Cuidados Intensivos”.....	123
Apêndice S – Demonstração gráfica dos resultados de avaliação da formação “Aplicabilidade da <i>bundle</i> ABCDEF na Unidade de Cuidados Intensivos”..	143
Apêndice T – O Enfermeiro na Ventilação Mecânica Invasiva: <i>Pocket Guide</i>	146
Apêndice U – Cartaz divulgação da formação “ <i>Bundle</i> ABCDEF: Reforço da autonomia do enfermeiro na equipa multiprofissional”.....	171
Apêndice V – Formação “ <i>Bundle</i> ABCDEF: Reforço da autonomia do enfermeiro”.....	173
Apêndice W – Demonstração gráfica dos resultados de avaliação da formação “ <i>Bundle</i> ABCDEF: Reforço da autonomia do enfermeiro”.....	187
Apêndice X – Reflexão Crítica “A Deterioração Clínica do Doente: Contributos do Enfermeiro para uma Resposta Precoce”.....	190
Apêndice Y – Reflexão Crítica “Desafios Vivenciados Durante Uma Paragem Cardiorrespiratória na Sala De Observação do Serviço de Urgência”.....	205
Apêndice Z – Reflexão Crítica “O Papel do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e do Enfermeiro Perito no Serviço de Urgência”.....	212
Anexos.....	221
Anexo 1 – Autorização do autor para utilização da escala de NEWS traduzida e validada para a população portuguesa.....	222
Anexo 2 – Certificado de participação no curso <i>International Trauma Life Support</i>	224
Anexo 3 – Certificado de Participação: II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o poster “Ferramentas Digitais na Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar”.....	226

Anexo 4 – Certificado de Participação no Encontro de Benchmarking da MCEEMC 2024: Enfermagem Médico-Cirúrgica: “ <i>Equidade e Poder Económico dos Cuidados de Enfermagem Especializados</i> ” com o poster “As Contribuições da <i>Bundle ABCDEF</i> nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: <i>Scoping Review</i> ”	228
Anexo 5 – Certificado de Participação: I Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.....	232

I. Introdução

Integrado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio que refletisse o percurso formativo desenvolvido, evidenciando as competências adquiridas e as atividades realizadas, de acordo com a intervenção delineada para cada um dos três contextos de estágio profissional. Este relatório assume-se como uma reflexão crítica evolutiva, traduzindo o crescimento pessoal e profissional experienciado. Para além das aprendizagens decorrentes da prática clínica, valorizam-se também experiências formativas e atividades complementares que contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas e para a construção da identidade como futura enfermeira especialista (EE) e futura Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à PSC.

De acordo com os contextos de estágio previstos na componente formativa do MEMC, foi-me proporcionada a oportunidade de desenvolver um conjunto diversificado de competências especializadas, tanto comuns como específicas, em três áreas clínicas distintas: Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e por escolha própria, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de referência em cuidados pós transplante hepático/reno pancreático, que possibilitou igualmente a integração da respetiva Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI). Para cada um dos contextos, elaborei um plano de projeto no qual foram definidos os objetivos de estágio, as atividades a desenvolver e os recursos necessários à sua concretização. De forma transversal a todos os contextos de estágio, procurei desenvolver como tema central “A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Detecção Precoce da Deterioração Clínica do Doente”, cuja implementação em cada serviço será descrita posteriormente.

A escolha desta temática surgiu pela sua relevância clínica e por representar uma área que, ao longo da minha formação e percurso profissional pessoal, despertou particular interesse e curiosidade. Enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), acredito que a deteção precoce da deterioração clínica é uma das intervenções mais exigentes, mas também mais representativas do nosso exercício profissional. A capacidade de interpretar sinais subtilmente alterados e de antecipar complicações requer um olhar clínico apurado, construído pela experiência,

conhecimento e sensibilidade para com a PSC. Foi precisamente essa consciência, de que uma vigilância atenta e proativa pode, muitas vezes, ser determinante no resultado clínico de uma pessoa, que consolidou o meu interesse por esta área e motivou a sua eleição como fio condutor das três intervenções que integram este relatório.

A temática escolhida encontra-se intrinsecamente ligada à segurança do doente, um princípio fundamental dos cuidados de saúde, sendo amplamente reconhecida como uma prioridade global^{1,2}. Esta envolve a criação de culturas organizacionais focadas na prevenção de riscos e na promoção de cuidados seguros, estando alinhada com orientações nacionais e internacionais que reforçam a importância da formação contínua e do compromisso coletivo com a segurança^{1,2}.

Nos contextos onde pude realizar estágio, garantir a segurança dos cuidados prestados à pessoa tornou-se um desafio em múltiplas vertentes, que se manifestaram de formas distintas, mas igualmente impactantes em cada área clínica, conforme será evidenciado ao longo deste relatório. Estes obstáculos refletem-se em limitações na resposta rápida e eficaz às necessidades das pessoas, especialmente em situações de agravamento súbito do seu estado de saúde³. Este cenário acarreta consequências graves, como atrasos na identificação e na resposta a sinais críticos de deterioração clínica das pessoas, que poderão comprometer a evolução clínica e consequentemente os seus resultados terapêuticos³. De salientar que é evidenciado que até 14,3% das pessoas no SU apresentam situações de deterioração clínica que não são identificadas⁴. Adicionalmente, estudos realizados no mesmo contexto demonstram que, mesmo perante critérios objetivos de alerta, cerca de 62% dos episódios de deterioração não resultam na ativação de sistemas de resposta rápida, refletindo falhas significativas no reconhecimento precoce e na resposta adequada⁵. Neste contexto, destaca-se a importância da deteção precoce da deterioração clínica como uma intervenção fundamental para garantir a segurança do doente, promover a sua recuperação e evitar desfechos clínicos desfavoráveis.

Perante a necessidade de responder de forma adequada e em tempo útil ao agravamento do estado de saúde da pessoa, têm vindo a ser desenvolvidas e implementadas diversas estratégias nos cuidados hospitalares. Destacam-se os sistemas de alerta precoce e abordagens estruturadas de monitorização contínua à PSC, cuja operacionalização depende da vigilância clínica e do raciocínio crítico dos enfermeiros^{6,7,8}.

Importa enquadrar esta temática com base em referenciais teóricos, nomeadamente através da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, de McCormack e McCance, que valoriza a individualidade respeitando e adaptando as necessidades e valores de cada pessoa, como também da Teoria da Vigilância, de Meyer e Lavin, que destaca a função do enfermeiro na monitorização contínua e na antecipação de alterações no estado clínico da pessoa^{9,10}.

Considerando o enquadramento legal e profissional que orienta o exercício do EEEMC-PSC, verifica-se que a deteção precoce da deterioração clínica se articula diretamente nas suas áreas de competência, tanto comuns como específicas. Reconhecendo o vasto leque de competências comuns que lhe são dotadas, este é responsável por assegurar cuidados que respeitem os direitos humanos e cumpram com as responsabilidades profissionais, adotando uma conduta antecipatória, promotora de contextos clínicos mais seguros¹¹. Esta antecipação, pilar fundamental da vigilância clínica, permite uma intervenção precoce, frequentemente decisiva na evolução da PSC¹¹. Deste modo, torna-se relevante que o EE mobilize uma prática baseada na evidência, promovendo a incorporação sistemática de conhecimento científico atualizado, com o objetivo de otimizar a qualidade e segurança dos cuidados¹¹. Quanto às competências específicas, sobressai a sua responsabilidade em “prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”¹² (p.19363), identificando atempadamente focos de instabilidade, respondendo de forma precoce e implementando intervenções ajustadas às complicações esperadas ou emergentes¹².

Assim, como objetivo deste relatório pretendo refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do MEMC, na área de Especialização em Enfermagem à PSC, evidenciando as atividades realizadas e as competências comuns e específicas adquiridas nos diferentes contextos de estágio.

Este documento encontra-se dividido em cinco capítulos. Inicia-se com a Introdução, seguindo-se o Enquadramento Teórico, onde será feita uma breve contextualização da temática abordada e da sua aplicabilidade. O capítulo Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre é composto por um subcapítulo descrevendo cada um dos contextos de aprendizagens, com respetivo diagnóstico de situação. Adicionalmente, inclui ainda subcapítulos destinados à análise e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre. Por

fim, o documento encerra-se com as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas.

II. Segurança do Doente: Estratégias de Monitorização e Prevenção da Deterioração Clínica

A prevenção de incidentes associados aos cuidados de saúde representa uma responsabilidade ética, legal e profissional assumida por todos os profissionais envolvidos. Esta exigência é reforçada por orientações internacionais que reconhecem a segurança como um direito fundamental, transversal a todos os contextos de cuidados de saúde¹³. A Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Carta dos Direitos à Segurança do Doente, destaca a importância de sistemas de saúde que priorizem a segurança, equidade e acessibilidade para todos, princípios que estão presentes no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030^{1,13}. Este define a segurança como um conjunto estruturado de medidas orientadas para a criação de culturas e ambientes clínicos seguros, sustentados por processos eficazes, tecnologias adequadas e comportamentos profissionais responsáveis¹. Em Portugal, esta vertente é evidenciada no Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD), salientando no seu Pilar 1, a necessidade de consolidar uma cultura organizacional que valorize a prevenção de incidentes, a capacitação dos profissionais e a melhoria contínua dos cuidados prestados².

Embora amplamente reconhecida como um direito fundamental e uma prioridade global em saúde, a segurança do doente continua a ser frequentemente comprometida por múltiplos fatores, sobretudo em contextos de cuidados críticos, onde a elevada complexidade clínica e limitações estruturais e organizacionais dificultam a prestação de cuidados seguros, eficazes e atempados.

A sobrelotação do SU é uma problemática mundialmente reconhecida e representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, comprometendo a capacidade dos profissionais de saúde em prestar cuidados adequados¹⁴. A pressão intensificada sobre os recursos humanos e logísticos conduz frequentemente a atrasos no atendimento, aumentando o risco de erros clínicos e de readmissões, além de contribuir diretamente para a morbilidade e mortalidade¹⁴. Esta situação compromete os padrões de segurança e qualidade dos cuidados prestados, evidenciando as fragilidades na gestão dos sistemas de saúde perante exigências superiores à sua capacidade operacional¹⁴. Em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, a elevada procura pelos serviços de urgência é evidenciada pelos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) para o ano de 2022, que apontam para cerca de 8.039.581 atendimentos realizados¹⁵. Quanto à UCI, a instabilidade clínica e a complexidade dos cuidados tornam a segurança

do doente especialmente desafiante¹⁶. O risco acrescido de complicações repercute-se tanto na pessoa, comprometendo a sua recuperação e prolongando o seu internamento, como na instituição, refletindo-se no aumento dos custos e na exigência acrescida sobre os recursos humanos e materiais, entre outros¹⁶. Em Portugal, os dados disponíveis a nível nacional sobre esta realidade são um pouco limitados, mas apontam para uma tendência preocupante. De acordo com o INE, a duração média de internamento nas UCIs de adultos aumentou de 10,7 dias em 1999 para 12,7 dias em 2019 e para 15,5 dias em 2020^{17,18}. Este último valor poderá refletir, em parte, o impacto da pandemia por COVID-19, mas reforça igualmente a crescente complexidade clínica da PSC e os desafios que se impõem à prestação de cuidados intensivos^{17,18}.

Os desafios supramencionados, podem comprometer a capacidade de deteção precoce de alterações no estado da pessoa, favorecendo a evolução silenciosa da deterioração clínica.

A deterioração é caracterizada pela transição de uma condição clínica de estabilidade para um estado de agravamento progressivo, associado ao aumento do risco de morbilidade e mortalidade³. Esta manifesta-se por alterações fisiológicas subtis, como variações nos sinais vitais, nível de consciência, entre outros, que se não forem precocemente reconhecidas e adequadamente interpretadas, poderão culminar em eventos adversos graves, como admissões não programadas em UCI, paragens cardiorrespiratórias ou óbitos³. A capacidade de identificar precocemente estas alterações sugestivas de agravamento representa um elemento fundamental na prevenção de eventos críticos, permitindo igualmente antecipar intervenções terapêuticas³.

A Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, desenvolvida pela OMS, reconhece a “deteção” como uma das dez classes cruciais para compreender e melhorar a segurança da pessoa¹⁹. Esta é definida como uma ação ou situação que permite reconhecer a existência de um incidente, sendo determinante para evitar a progressão para eventos adversos e diminuir danos associados aos mesmos¹⁹. Complementarmente, os fatores de atenuação, fundamentais para uma resposta eficaz, correspondem a intervenções que mobilizadas após a deteção de um alerta ou incidente, permitem limitar a sua gravidade e evitar consequências mais severas para a pessoa¹⁹. Assim, a prevenção da progressão para eventos críticos, exige sistemas de vigilância e abordagens estruturadas que possibilitem a identificação atempada dessas alterações, determinantes para a segurança da PSC^{6,7,8,19}.

A utilização de ferramentas de avaliação clínica padronizada, como a *National Early Warning Score* (NEWS), revela-se essencial para a identificação de alterações fisiológicas sugestivas de agravamento clínico⁶. Esta escala permite uma monitorização sistemática dos sinais vitais e facilita a comunicação entre profissionais, promovendo uma resposta clínica mais precoce e eficaz^{6,7}. Existem duas versões da mesma, nomeadamente a NEWS I e a NEWS II, que apresentam adaptações subtis, mas clinicamente relevantes, de forma a responder às necessidades específicas das pessoas^{6,7}. A NEWS I avalia seis parâmetros fisiológicos, enquanto a NEWS II, versão mais atual, introduz alterações na atribuição de pontuações a determinados critérios e contempla de forma mais adequada situações clínicas particulares, como é o caso de pessoas com insuficiência respiratória tipo II^{6,7}. Esta evolução contribui para uma aplicação mais eficaz deste instrumento em múltiplos contextos hospitalares, consolidando o seu valor como apoio à avaliação do risco clínico.

De igual forma, a *bundle* ABCDEF surge como uma estratégia baseada em evidência para minimizar complicações na PSC, internada em UCI, promovendo uma abordagem sistematizada, coordenada e multidisciplinar^{8,20}. A *bundle* propõe um modelo estruturado de cuidados, centrado na segurança da PSC e na otimização dos resultados clínicos, sendo organizada em seis componentes: A - *Assessment, prevention, and management of pain* (Avaliação, prevenção e gestão da dor); B - *Both spontaneous awakening and breathing trials* (Despertar e desmame ventilatório espontâneo); C - *Choice of sedation and analgesia* (Escolha adequada da sedação e analgesia); D - *Delirium: assessment, prevention, and management* (Avaliação, prevenção e tratamento do delírium); E - *Early mobility and exercise* (Mobilização precoce e exercício) e F - *Family engagement and empowerment* (Envolvimento e empoderamento da família)^{8,20}. A sua aplicação reduz a duração do internamento, permitindo intervenções mais precoces e eficazes, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos, para a otimização dos recursos hospitalares e para a satisfação da pessoa, tendo impacto na sua qualidade de vida pós internamento em UCI^{8,20}.

A prestação de cuidados à PSC, em contextos de elevada exigência, requer uma base teórica que fundamente a prática profissional, oriente a tomada de decisão e promova cuidados individualizados, seguros e humanizados. Logo, a temática abordada neste relatório é suportada por duas teorias de enfermagem que se complementam, a Teoria do

Cuidado Centrado na Pessoa e a Teoria da Vigilância, ambas com contributos relevantes para a compreensão dos cuidados à PSC^{9,10}.

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, integra uma abordagem humanista, reconhecendo a pessoa como um ser único, com valores, experiências e necessidades próprias, encontrando-se estruturada em quatro domínios: pré-requisitos do enfermeiro, ambiente de cuidados, processos centrados na pessoa e resultados esperados⁹. Apesar de todas as vertentes destacarem um contributo importante, os pré-requisitos sublinham os atributos e características fundamentais do enfermeiro como a competência clínica, o pensamento crítico, a comunicação eficaz e a clareza dos seus próprios valores⁹. Estes elementos são determinantes na sua prática clínica e tornam-se relevantes no contexto da deteção precoce da deterioração clínica, onde é crucial reconhecer alterações subtis, interpretar dados fisiológicos e responder atempadamente⁹. De igual modo, a Teoria da Vigilância, define a vigilância como a essência do cuidar em enfermagem, referindo-se à capacidade de observar de forma contínua, interpretar sinais e agir de acordo com o raciocínio clínico¹⁰. Esta menciona cinco vertentes importantes: interpretação do que observa, antecipação de possíveis complicações, avaliação do risco clínico, capacidade de resposta imediata e monitorização dos resultados das intervenções¹⁰. Ao integrar estas dimensões, a teoria evidencia um importante domínio da prática de enfermagem onde esta não se limita à execução de intervenções, mas assume um papel ativo na análise, interpretação, antecipação e posterior tomada de decisão clínica¹⁰. Em conjunto, estas duas teorias complementam-se ao evidenciar que a deteção precoce da deterioração clínica exige não apenas conhecimento técnico e vigilância constante, mas também uma prática centrada na pessoa, respeitando as suas necessidades e valores^{9,10}.

Face aos múltiplos desafios e exigências inerentes à temática, emerge a necessidade de uma resposta diferenciada, onde o EEEMC-PSC assume uma intervenção central. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, os cuidados prestados à PSC são particularmente distintos, focando a sua atuação na manutenção de funções vitais em risco, prevenindo o desenvolvimento de complicações, tendo como objetivo primordial a promoção da recuperação funcional da pessoa²¹. Para garantir uma resposta adequada e de qualidade a eventos adversos, torna-se necessário a integração de competências tanto comuns como específicas do EE, que guiam a sua intervenção em importantes dimensões como a satisfação da pessoa e a promoção do seu autocuidado, bem-estar e saúde²¹. O EEEMC-

PSC, como descrito tanto no Regulamento de Competências Comuns como Específicas da sua área, assume um papel multifacetado na prestação de cuidados^{11,12}. Para além da complexidade dos cuidados e da imprevisibilidade da evolução clínica com a qual contacta diariamente, é-lhe exigida uma capacidade de decisão rápida, pensamento crítico e competência técnica singular, destacando-se igualmente na formação e desenvolvimento das equipas, promovendo a partilha de conhecimento, a prática baseada na evidência e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados^{11,12}. A sua intervenção, aliada a uma vigilância contínua e humanização dos cuidados, é determinante para antecipar a deterioração clínica, contribuindo para a segurança da pessoa.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

O desenvolvimento da perícia em enfermagem, conforme descrito por Patrícia Benner, ocorre de forma progressiva, através da experiência prática e da reflexão crítica sobre a atuação clínica²². Inspirada no modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus, Benner descreve a transição desde o nível de principiante até ao de especialista como um percurso que exige não apenas o domínio teórico e técnico, mas também a capacidade de interpretar situações complexas e responder de forma fundamentada e contextualizada²². Nesta evolução, o enfermeiro deixa de depender exclusivamente de normas e orientações gerais, passando a intervir com base numa compreensão global da situação e em decisões clínicas fundamentadas²².

O percurso formativo no âmbito do MEMC proporcionou uma oportunidade privilegiada para consolidar e aprofundar esta evolução, promovendo o meu desenvolvimento tanto a nível profissional como pessoal. Ao longo deste processo, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica orientaram a minha aprendizagem para a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a satisfação da pessoa e família/cuidador, e a prestação de cuidados baseados na evidência científica, sendo pilares essenciais na construção e aquisição de competências diferenciadas que distinguem o EE²¹.

Assim, neste capítulo serão apresentados os contextos de aprendizagem, seguidos de uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas. Esta análise contempla as competências comuns, específicas e de mestre, evidenciando de que forma estas se foram construindo ao longo das experiências vivenciadas e atividades realizadas.

III.1. Contextos de Aprendizagem

O presente subcapítulo descreve o percurso formativo realizado em diferentes contextos clínicos, no âmbito do estágio profissional do curso de MEMC na área de Especialização em Enfermagem à PSC. De seguida, será apresentado não só a caracterização dos serviços onde decorreu a prática clínica que me permitiram desenvolver as minhas competências e capacidades, bem como os diagnósticos de situação fundamentados nas necessidades identificadas em cada contexto.

Esta abordagem marca o início da valorização das competências desenvolvidas enquanto EE e Mestre, destacando o contributo das experiências em contexto prático para o desenvolvimento da autonomia profissional, do pensamento crítico e da capacidade de

implementar mudanças com base em evidência científica. A descrição que se segue organiza-se por cada unidade/serviço onde decorreu o estágio profissional, tendo definido como objetivo geral, transversal a todos os contextos: Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas de enfermagem especializada em médico-cirúrgica na vertente da PSC.

III.1.1. Serviço de Urgência

O primeiro estágio profissional realizou-se no período de 20 de novembro de 2024 a 13 de fevereiro de 2025 no contexto de SU da Instituição Hospitalar 1 (IH1), tendo denominado a mesma deste modo de forma a manter o seu anonimato, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta, presta cuidados a cerca de 250 mil pessoas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, tendo como missão primordial promover e proteger a saúde da população.

Este SU de tipologia médico-cirúrgica, funciona 24 horas por dia, sendo composto por uma equipa multidisciplinar qualificada, incluindo enfermeiros, médicos de diversas especialidades, técnicos auxiliares de saúde, entre outros, trabalhando em conjunto para garantir cuidados de saúde de excelência. A equipa de enfermagem é constituída por 58 enfermeiros, em que 6 são EEEMC-PSC, contando ainda com um enfermeiro gestor, responsável por coordenar a equipa. Cada setor apresenta características e rotinas específicas, com rácios de enfermeiros ajustados conforme necessidade, no entanto, devido à sobrelotação frequentemente verificada do serviço, esses rácios nem sempre são garantidos.

Dispõe de duas salas de triagem, onde é aplicado o método de triagem de Manchester, sendo realizada por um enfermeiro, priorizando situações graves, encaminhando as pessoas para a área mais adequada conforme a cor da pulseira que é atribuída. As salas de observação estão organizadas segundo esta classificação, destacando-se, contudo, uma sala específica para pessoas com maior instabilidade clínica, cuja alocação não depende da cor da atribuída. Existem ainda áreas destinadas a medicina, cirurgia / ortopedia, tratamentos de menor complexidade, situações de emergência / reanimação, pequenas cirurgias, apoio psiquiátrico e também apoio aos familiares.

Durante o período em que realizei o estágio nesta unidade, observei que a maioria das pessoas que procuravam mais frequentemente o serviço de urgência apresentavam sintomas respiratórios, muitas vezes associados a infeções como gripes, pneumonias ou

descompensações de patologias crônicas. Contudo, foram também registados numerosos casos de doenças cardíacas, como enfartes agudos do miocárdio e alterações do ritmo cardíaco, assim como um elevado número de situações do foro psiquiátrico, com muitos jovens a recorrerem aos serviços de saúde. Considerando que a ULS está situada numa zona com várias instituições de longa permanência para idosos e autoestradas, as quedas entre os idosos e os acidentes de viação foram algumas das situações evidenciadas também neste contexto.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de acompanhar a prática clínica em diversas áreas do SU, com especial destaque para a sala de emergência, a sala de cirurgia / ortopedia, a sala destinada a pessoas clinicamente instáveis e triadas maioritariamente com pulseira laranja. Apesar das particularidades e rotinas próprias de cada setor, verificou-se um desafio comum: a sobrelotação do SU. De acordo com o INE, este SU registou 136.873 atendimentos para uma população residente de 137.529 habitantes, conforme os Censos de 2021, evidenciando a elevada afluência ao serviço^{23,24}. Este cenário, como mencionado no capítulo do enquadramento teórico, acarreta consequências e reforça a importância de implementar intervenções que otimizem a monitorização clínica e a resposta atempada às necessidades das pessoas.

Desta forma, procedi à definição do diagnóstico de situação que se centra na análise sistemática do meio envolvente com vista à identificação de problemas, necessidades e recursos, constituindo a base para a definição fundamentada de intervenções²⁵.

Primeiramente para o diagnóstico de situação, optei por observar diretamente as dinâmicas e práticas clínicas diárias, bem como consultar detalhadamente os protocolos e procedimentos internos relacionados com a deteção precoce da deterioração clínica. Juntamente com alguns elementos da equipa de enfermagem, que também deram o seu contributo para esta temática, recolhi informações importantes sobre o funcionamento do serviço. Esta abordagem permitiu-me compreender melhor as perceções da equipa e os desafios enfrentados na sua prática diária, reforçando a pertinência da temática escolhida para intervenção. Posteriormente, foi realizada uma entrevista semiestruturada não só acerca da relevância, mas também da aplicabilidade desta atividade, com a enfermeira tutora e a enfermeira gestora, que se encontra enunciada no apêndice A, tendo sido benéfica para organizar, delinear e estruturar a intervenção que iria implementar.

Com o objetivo de sistematizar a informação obtida por meio das diferentes estratégias de recolha de dados apresento a análise SWOT deste contexto, disponível no apêndice B. Este instrumento organiza as informações em quatro dimensões (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) proporcionando uma visão abrangente e estruturada da área de intervenção em questão, assim como do funcionamento do SU da instituição²⁵. A análise permitiu identificar fatores internos e externos que influenciam a qualidade dos cuidados, facilitando a definição de estratégias direcionadas para a superar os desafios identificados²⁵.

Perante o cenário identificado, defini como objetivos específicos para este contexto: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à PSC e sua família; promover a melhoria da prática clínica na avaliação da instabilidade clínica e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados em situações de emergência.

III.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio profissional, realizado na UCI da IH2 entre 25 de fevereiro e 2 de maio de 2025, decorreu numa unidade pertencente a uma ULS da região do centro do país cuja principal missão é garantir um serviço de proximidade e excelência, focado na humanização e segurança da pessoa. Nesta instituição, o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) destaca-se como uma UCIP, composta por 12 camas, assegurada por uma equipa multidisciplinar, que inclui médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos auxiliares, entre outros, trabalhando em conjunto para garantir cuidados de saúde de excelência. Em conjunto, estes profissionais colaboram na monitorização e tratamento da PSC, assegurando suporte ventilatório e hemodinâmico. Adicionalmente, esta unidade desempenha um papel essencial na estabilização e referenciação de pessoas para outros níveis de cuidados, sempre com foco na sua segurança.

Como referido anteriormente, esta unidade dispõe de 12 camas de internamento, das quais apenas 10 se encontram operacionais, devido ao limitado número de elementos de enfermagem disponíveis. A equipa de enfermagem é constituída por 37 elementos, contando com um enfermeiro gestor e 4 EEEMC-PSC. A equipa integra, um enfermeiro gestor e um enfermeiro responsável, sendo este último o elemento que, posteriormente, participa nas reuniões de equipa multidisciplinar, representando a perspetiva da enfermagem e contribuindo para a discussão e planeamento dos cuidados.

Paralelamente, a unidade promove a continuidade dos cuidados através da realização de consultas de *follow-up*, realizadas exclusivamente por EEEMC-PSC, permitindo avaliar a evolução clínica, funcional e emocional das pessoas após 3 meses de alta da unidade. Complementarmente, conta ainda com um programa estruturado de reabilitação, no qual os EE em reabilitação colaboram diretamente com os fisioterapeutas, numa abordagem interdisciplinar que visa potenciar uma recuperação funcional mais precoce e eficaz das pessoas internadas.

Relativamente às patologias mais frequentemente observadas na UCIP, esta unidade polivalente recebe uma grande diversidade de situações clínicas complexas. São comuns os internamentos no pós-operatório, sobretudo após cirurgias de natureza gastrointestinal. Além disso, verificam-se com frequência quadros de falência respiratória e diferentes tipos de choque, com especial destaque para o choque séptico. Em menor número, registam-se casos de trauma, assim como algumas situações do foro psiquiátrico.

Adicionalmente, a IH2 possui um protocolo com escolas da sua região para realizar formação a estudantes do 10º ao 12º ano sobre Suporte Básico de Vida (SBV), onde alguns elementos da equipa do SMI participam como formadores, contribuindo para a formação e sensibilização da comunidade escolar para a importância de uma resposta rápida e adequada em situações de emergência.

Tendo em consideração a temática que elegi para orientar o meu percurso formativo e a *scoping review* realizada — “*As Contribuições da Bundle ABCDEF nos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica na UCI: Scoping Review*” (Apêndice C) — considerei pertinente que a atividade desenvolvida na UCI se centrasse nesta abordagem. A evidência científica demonstra que o internamento em UCI, um ambiente de alto risco, está frequentemente associado a diversas complicações, tanto físicas como cognitivas e emocionais, com impacto negativo na recuperação da PSC^{26,27}. Estas complicações, para além de contribuírem para o prolongamento da duração do internamento, estão também associadas ao aumento dos custos hospitalares, ao risco de readmissões e à sobrecarga dos serviços de saúde, tornando essencial a implementação de estratégias preventivas que minimizem tais consequências^{26,27,28}. Reconhecendo que o prolongamento do internamento na UCI continua a ser uma problemática atual, após reunir com o enfermeiro gestor da unidade, verifiquei que em 2024, a média de internamento se fixou nos 3,8 dias, refletindo um valor reduzido e positivo²⁹. Porém, apesar destes indicadores, persistem desafios inerentes à complexidade da PSC, que justificam a necessidade de implementar

estratégias promotoras de práticas baseadas em evidência. Neste sentido, a *bundle* ABCDEF, enquanto abordagem estruturada e centrada na PSC internada em UCI, tem-se revelado eficaz na prevenção e mitigação destas complicações, conforme supramencionado^{8,28}. A decisão de centrar esta intervenção nesta temática foi ainda reforçada pela identificação, logo no primeiro dia de estágio, de que este instrumento não era utilizado pela equipa da unidade.

Assim, de modo a analisar de forma mais detalhada o contexto em que me inseria, com o objetivo de colmatar fragilidades e reforçar a segurança e qualidade dos cuidados prestados, realizei numa fase inicial uma entrevista semiestruturada à enfermeira tutora e ao enfermeiro gestor sobre a pertinência desta atividade (Apêndice D). Simultaneamente, consultei protocolos e procedimentos internos sobre práticas atuais do serviço, com o objetivo de identificar práticas já implementadas no serviço que se relacionassem com cada um dos elementos que compõem a *bundle* ABCDEF.

Posteriormente, elaborei uma folha de registo (Apêndice E), que utilizei para documentar, de forma diária, se as intervenções correspondentes a cada elemento da *bundle* ABCDEF eram ou não implementadas nas pessoas que eram atribuídas à responsabilidade da minha tutora, bem como para identificar as barreiras e dificuldades observadas na sua aplicação. A análise dos registos permitiu constatar que, embora a maioria dos componentes da *bundle* ABCDEF estivesse presente na prática clínica, a sua aplicação ocorria de forma não sistematizada. Verificou-se uma maior consolidação dos elementos A, E e F, enquanto os componentes B, C e D apresentaram fragilidades mais evidentes, refletindo-se em inconsistências e lacunas na sua implementação regular. Importa salientar ainda que a *bundle* ABCDEF se baseia numa abordagem multidisciplinar e o facto de existirem reuniões diárias com a equipa multiprofissional constituía um ponto significativo para a sua implementação, ao promover a comunicação e a coordenação dos cuidados.

Após recolher informações sobre o funcionamento do serviço, a importância da temática e o conhecimento acerca da mesma junto de alguns elementos de enfermagem, considerei pertinente aplicar posteriormente um questionário à equipa com o objetivo de avaliar o conhecimento acerca da *bundle* ABCDEF. O mesmo foi composto por diversas questões, apresentando-se de forma detalhada no apêndice F. Após analisar os resultados, apesar de ter sido obtida apenas a participação de 14 elementos da equipa de enfermagem, a maioria (71,4%) já tinha conhecimento acerca da *bundle* ABCDEF, identificando-a

sobretudo como um conjunto de medidas para otimizar os cuidados em UCI, mas também como uma ferramenta estruturada, fundamentada em evidência científica. Embora um grande número de elementos tenha conseguido nomear corretamente os componentes da *bundle*, consideraram a aplicação prática na unidade maioritariamente parcial (42,9%), com maior frequência nas áreas de avaliação, prevenção e gestão da dor, escolha adequada de analgesia/sedação e mobilização precoce e exercício. As principais barreiras à sua implementação apontadas foram a falta de conhecimento/formação da equipa (71,4%), as dificuldades na adesão da equipa multidisciplinar (71,4%) e as características das pessoas internadas (42,9%). Contudo, apesar das dificuldades identificadas, 78,6% acreditam que a *bundle* contribui significativamente para a deteção precoce da deterioração clínica, considerando que a sua abordagem estruturada e sistemática constituiu o principal fator determinante para alcançar este objetivo.

Após a recolha de dados através dos instrumentos anteriormente descritos, elaborei uma análise SWOT (Apêndice G), revelando-se fundamental para identificar, sistematizar e organizar as forças e fraquezas inerentes ao contexto mencionado, como também reconhecer as oportunidades e ameaças que poderiam influenciar a implementação da intervenção proposta²⁵. A análise de todos estes elementos foi essencial pois permitiu uma visão mais abrangente da realidade estudada, orientando a definição das ações mais adequadas e destacando os pontos prioritários a abordar.

Considerando este contexto, defini como objetivos específicos para este local de estágio: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à PSC e sua família; promover a melhoria da prática clínica na abordagem estruturada à PSC e contribuir para a qualidade dos cuidados à PSC submetida a ventilação mecânica.

III.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Cuidados Pós-Transplantação

O terceiro estágio profissional, realizou-se num contexto específico, selecionado por mim, numa UCIP especializada em doenças hepatobiliares e renopancreáticas, focando a sua atuação na prestação de cuidados pós transplante nesta área. Reconhecendo a elevada complexidade clínica, antecedentes médicos extensos e múltiplas comorbilidades que estas pessoas apresentam, a UCI tem um papel determinante no período pós-transplante³⁰. Por se caracterizarem como pessoas imunocomprometidas, aumentando substancialmente o risco de complicações graves como infeções oportunistas, complicações pós cirúrgicas e em situações mais críticas rejeição do órgão

transplantado, necessitam de uma monitorização e vigilância contínua e rigorosa³⁰. A UCI reúne as condições necessárias para o sucesso terapêutico destas pessoas, uma vez que conta com uma equipa multidisciplinar, especializada em diversas áreas clínicas, que ao trabalhar em conjunto otimiza os tratamentos farmacológicas e não farmacológicas, promovendo a estabilidade clínica e viabilidade do enxerto³⁰.

Assim, o presente estágio realizou-se na IH3 entre 6 de maio e 14 de julho de 2025, tendo decorrido numa UCIP pertencente à região de Lisboa, composta por uma unidade de nível II com 6 vagas e duas unidades de nível III com um total de 16 camas. A sua equipa multidisciplinar integra médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros profissionais, sendo a equipa de enfermagem constituída por 86 elementos, dos quais 6 são EEEMC-PSC. Embora estruturada em dois níveis de cuidados, a diversidade clínica das pessoas em cada nível exige que o rácio dos enfermeiros seja ajustado diariamente, de forma a adequar os recursos às necessidades específicas de cada pessoa.

Particularmente esta unidade também despertou interesse pessoal não só pela sua EEMI, mas também por ser pioneira na implementação de um projeto associado à NEWS, aspetos que se distinguem das práticas atualmente observadas no meu contexto profissional. Esta equipa é responsável por responder a situações críticas que ocorram em qualquer área da instituição, envolvendo tanto pessoas internadas como profissionais de saúde, destacando-se pela implementação da NEWS em contexto de internamento, atualmente em processo de validação para a língua portuguesa na sua versão NEWS II. Esta ferramenta reforça a capacidade de deteção precoce de deterioração clínica, garantindo uma resposta rápida e eficaz às necessidades das pessoas internadas.

Mantendo a coerência com a fundamentação descrita anteriormente, a UCI representa um contexto clínico de elevado risco, no qual a presença da PSC associada a intervenções frequentemente invasivas potenciam o aparecimento de diversas complicações⁸. Esta realidade justifica a adoção da *bundle* ABCDEF como prática rotineira, pela sua capacidade de atuar de forma preventiva e de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados⁸. Assim, à semelhança da atividade desenvolvida na IH2, a intervenção implementada na IH3 também se fundamentou na *bundle* ABCDEF. Contudo, a sua abordagem e operacionalização foi concebida em moldes distintos, explorando outros tópicos e dimensões diferentes das anteriormente elaboradas, adequando-se às necessidades identificadas no contexto.

Neste sentido, procedi à realização do diagnóstico de situação, analisando logo no primeiro dia de estágio, os recursos, normas e procedimentos de trabalho disponíveis no serviço. Nesta etapa, constatei a existência de um *dossiê* relativo à *bundle* ABCDEF, porém desatualizado, o que reforçou a pertinência de retomar e atualizar a temática. Verificou-se ainda, após recolher alguma informação com a enfermeira tutora e outros elementos da equipa de enfermagem, que o conhecimento sobre a existência e conteúdo desse material era, na generalidade, limitado. Dos documentos consultados, verifiquei igualmente que recentemente tinha sido aprovada uma norma relativamente à nutrição, aspeto não contemplado pela *bundle* ABCDEF, mas que assume particular relevância na abordagem à PSC internada em UCI. Adicionalmente, a observação da prática clínica permitiu identificar que alguns cuidados já eram realizados em conformidade com o preconizado pela *bundle* ABCDEF, ainda que de forma não organizada ou sistematizada. Paralelamente, e considerando que a *bundle* constitui uma abordagem estruturada e de natureza multidisciplinar, constatou-se a inexistência de reuniões ou momentos regulares de discussão de situações clínicas envolvendo toda a equipa multidisciplinar, representando uma oportunidade de melhoria na uniformização dos cuidados prestados.

Após reunir toda a informação recolhida, considerei pertinente estruturar a intervenção centrando-a na função do enfermeiro em cada um dos componentes da *bundle* ABCDEF, analisando de que forma cada elemento poderia contribuir para a prevenção de complicações e, conseqüentemente, para a deteção precoce da deterioração clínica. Para validar a pertinência e a aplicabilidade desta proposta, realizei uma entrevista semiestruturada à enfermeira tutora e à enfermeira gestora (Apêndice H).

De modo a aprofundar o diagnóstico de situação, foi elaborado um questionário dirigido à equipa de enfermagem, com o objetivo de avaliar o conhecimento relativamente à *bundle* ABCDEF e identificar eventuais necessidades formativas. Este apresenta-se de forma detalhada no apêndice I. Foram obtidas 14 respostas, não constituindo uma amostra significativa, contudo permitindo retirar algumas conclusões relevantes. Constatou-se que 57,1% dos inquiridos já tinham ouvido falar na *bundle*, sendo que apenas 28,6% referiram que esse contacto foi feito em contexto formativo. Quanto ao significado da mnemónica, 71,4% responderam corretamente e apenas 7,1% não souberam responder, sendo que a caracterização da *bundle* como um conjunto de intervenções estruturadas e multidisciplinares foi identificada por 71,4% dos participantes. No que se refere à sua aplicabilidade na unidade, 57,1% referiram que a

bundle não é implementada, sendo que 35,7% indicaram que é aplicada de forma parcial, mencionado ainda que as intervenções frequentemente realizadas na sua prática diária de cuidados são referentes aos elementos A, B e C. Porém, quando questionados sobre possíveis barreiras à sua implementação, os participantes apontaram principalmente a falta de conhecimento e formação específica da equipa (64,3%). Em seguida, destacaram-se dificuldades na adesão da equipa multidisciplinar (57,1%) e a resistência à mudança na prática de cuidados (42,9%).

Relativamente à intervenção autónoma do enfermeiro na *bundle* ABCDEF, 71,4% dos participantes reconheceram que vários dos seus componentes são da responsabilidade do enfermeiro. No entanto, 14,3% referiram que a sua execução depende sempre de orientação médica. Verificou-se ainda a perceção dos enfermeiros quanto às intervenções que podem realizar autonomamente em cada elemento da *bundle*. Observou-se uma elevada concordância (entre 71,4% e 100%) relativamente às intervenções que evidenciam a autonomia do enfermeiro em áreas como a avaliação sistemática da dor através de escalas validadas, a monitorização do nível de sedação, a deteção precoce do *delirium*, a promoção da mobilização precoce e o envolvimento ativo da família nos cuidados. Por outro lado, algumas intervenções relacionadas com a seleção de fármacos ou decisões terapêuticas específicas registou percentagens mais reduzidas (21,4%), sugerindo que estas ações podem ser percecionadas como dependentes de orientação médica ou de protocolos institucionais mais específicos. Estes resultados, ainda que provenientes de uma amostra reduzida, demonstram uma clara valorização da autonomia do enfermeiro, contudo, evidenciando a necessidade de reforçar a formação e a sensibilização da equipa para a aplicação estruturada da *bundle* ABCDEF.

Após interpretação e sistematização de todos os dados colhidos, foi elaborada uma análise SWOT (Apêndice J), que permitiu mapear os fatores internos associados à implementação da *bundle* ABCDEF na unidade, fornecendo um enquadramento detalhado para orientar as etapas subsequentes da atividade pretendida.

Com base na informação recolhida e interpretada, pretendi como objetivos específicos: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à PSC e sua família; promover a melhoria da prática clínica na abordagem estruturada à PSC e promover a continuidade dos cuidados prestados em contexto de emergência intra-hospitalar.

III.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros o documento das Competências Comuns do EE estabelece o perfil das competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização¹¹. De seguida, abordarei cada domínio das competências comuns associando as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo de todo o percurso formativo.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A primeira competência enunciada no Regulamento das Competências Comuns do EE, refere-se à capacidade de desenvolver uma prática profissional, orientada em normas legais e princípios éticos e deontológicos, que assegurem cuidados que respeitem não só direitos humanos como também as responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem. Esta competência traduz-se igualmente na capacidade de tomar decisões fundamentadas e agir em conformidade com princípios e valores éticos que orientem o exercício da profissão, tal como é referido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), artigo 8º, ponto 1, onde estabelece que o enfermeiro deve adotar “(...) uma conduta responsável e ética de atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”^{31(p. 2961)}.

Neste sentido, e em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro, procurei exercer a minha prática clínica com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana e a saúde e bem-estar da população³². Assumi a responsabilidade de adotar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados, garantindo uma prática segura, ética e centrada na pessoa, corroborando o mencionado na teoria do cuidado centrado na pessoa^{9,32}. Estas diretrizes, tanto presentes no REPE, como no Código Deontológico do Enfermeiro, constituem a base da minha prática profissional independentemente do contexto em que me encontro, e durante os contextos de estágio profissional mantive o compromisso com a ética, a segurança e a qualidade dos cuidados, garantindo que a minha conduta reflete sempre os princípios fundamentais da profissão^{31,32}.

Reconheço ainda que esta competência foi desenvolvida gradualmente ao longo de todo o percurso formativo, onde as aulas de Ética e Deontologia de Enfermagem foram determinantes na aquisição e consolidação de conhecimentos previamente adquiridos,

permitindo sustentar a minha tomada de decisão em diferentes contextos de aprendizagem.

Vivenciei diversas situações que refletem a aplicação destes princípios, entre as quais destaco um episódio no contexto de SU, que me fez aprofundar a minha análise sobre a prestação dos meus cuidados. Durante a minha prestação de cuidados, deparei-me com uma situação invulgar, na qual uma pessoa que aguardava observação por parte da equipa médica, apresentava comportamentos de heteroagressividade. Perante esta situação, a Senhora (Sra.) Solange (nome fictício) que se encontrava no mesmo local solicitou a minha intervenção, informando-me que tinha uma queixa em tribunal contra a referida pessoa, manifestando receio pela sua presença. Esta circunstância foi de imediato analisada em articulação com a minha enfermeira tutora e comunicada à equipa médica. Para garantir a sua segurança, foi providenciado de seguida um espaço adequado e assegurado o contacto com as autoridades, que ficaram de prevenção caso a sua intervenção fosse necessária. Reconheço que foi uma situação incomum uma vez que os SU estão sobretudo preparados para lidar com questões clínicas, sendo rara a necessidade de gerir conflitos interpessoais com possíveis implicações legais.

Esta experiência reforçou a importância de aplicar continuamente os princípios éticos na prática profissional, que, apesar de estarem presentes na minha prática clínica, complementam a aquisição de competências como EE. O princípio da autonomia foi respeitado, pois valorizei a decisão e dignidade da Sra., garantindo-lhe um espaço seguro e, simultaneamente, procurando a melhor solução para o seu bem-estar, de modo a assegurar a melhor qualidade de cuidados possível^{33,34}. Adicionalmente o princípio da não maleficência foi também considerado, evitando causar qualquer dano à pessoa envolvida ou a terceiros e por fim, a situação evidenciou o princípio da vulnerabilidade, reforçando o dever de proteger e cuidar da pessoa em contexto de fragilidade^{33,34,35}.

De igual modo, verificando que o princípio da vulnerabilidade é inerente a diversas situações, especialmente em contextos de complexidade acrescida, também na UCI emergiram desafios ético-legais particularmente delicados³⁵. O caso do Senhor (Sr.) José (nome fictício), angolano recém-chegado a Portugal, que evoluiu para morte cerebral na sequência de um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico, evidenciou a impossibilidade de doação de órgãos, uma vez que não era residente em Portugal, conforme previsto na Lei da Transplantação³⁶. Após reunião em equipa multidisciplinar, foi definido que a prestação de cuidados se deveria centrar na dignidade, no conforto e

tranquilidade da pessoa, bem como comunicar a situação aos seus amigos e entidades competentes^{33,35}. Neste sentido, reconheço que agi em conformidade, assegurando que a minha prática clínica se mantinha coerente com estes princípios, onde mesmo perante limitações legais foi possível garantir uma prática justa, equitativa e respeitadora dos direitos da pessoa^{33,35}.

Em suma, considero que experienciei diversas situações durante o estágio profissional, contudo todas me fizeram reconhecer que a tomada de decisão em enfermagem, exige não só conhecimento técnico-científico, mas também a permanente integração de normas, valores e princípios éticos universais³⁷. Desta forma, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos sublinha a dignidade, a liberdade e a equidade como valores fundamentais, que reconheci como fio condutor na prática clínica³⁷. Assim, percebi que a consolidação desta competência comum resultou do confronto com situações clínicas e interpessoais complexas, que desafiaram a minha capacidade de decisão e fortaleceram a convicção de que o cuidar é inseparável do respeito pelos direitos humanos, pela dignidade da pessoa e pela proteção dos mais vulneráveis.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Ao longo do percurso académico, reconheço que consegui desenvolver de forma significativa a competência relativa ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, transversal às três vertentes de prática clínica em que estive inserida. Esta competência assume particular relevância, destacando o EE como elemento diferenciador pela sua capacidade de assumir um papel dinamizador às iniciativas estratégicas institucionais, promovendo práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua, mas também por assegurar um ambiente terapêutico seguro para a PSC e equipa multidisciplinar. Logo, de modo a espelhar de que forma desenvolvi esta competência, considerei pertinente organizar a sua análise de acordo com os diferentes contextos em que decorreu o estágio profissional.

Em primeiro lugar, como referido anteriormente, no âmbito do SU, um dos objetivos específicos definidos para este local de estágio foi promover a melhoria da prática clínica na avaliação da instabilidade clínica. Para alcançar este objetivo, e considerando a realidade observada e descrita previamente acerca deste contexto, foi elaborada uma atividade onde se pretendeu identificar a intervenção do enfermeiro na deteção precoce da deterioração clínica da pessoa através da aplicação da escala NEWS,

considerando o seu impacto nos resultados clínicos. Assim, a intervenção consistiu na aplicação padronizada da escala NEWS permitindo a uniformização das práticas de monitorização e o alerta precoce da deterioração clínica, estabelecendo respostas adequadas a alterações evidenciadas. A mesma foi implementada após solicitar autorização ao autor responsável pela sua tradução e validação para a população portuguesa, que se encontra no Anexo 1, e posterior aprovação pela comissão de ética da instituição, com parecer favorável (parecer nº 7/2025). A comissão também autorizou a aplicação do estudo sem necessidade de consentimento informado. Previamente à sua implementação foram definidos critérios de inclusão e exclusão que consideraram características específicas dos participantes. Assim, foram incluídas pessoas triadas com pulseira amarela ou laranja tanto de foro médico como cirúrgico a quem fosse avaliada a escala NEWS pelo menos duas vezes turno. Como critérios de exclusão, pessoas triadas com pulseira azul ou verde de qualquer especialidade e que aguardassem vaga em internamento no espaço físico do SU.

Seguidamente, foi aplicada a escala NEWS a todas as pessoas elegíveis na admissão, com reaplicação conforme a pontuação obtida ou alterações fisiológicas observadas. A aplicação da escala seguiu os critérios recomendados, com reaplicações previstas de acordo com a pontuação NEWS: a cada 12 horas para pessoas com pontuação 0; a cada 4 horas para pontuações entre 1 e 4; a cada 1 hora para pontuações entre 5 e 6 ou valor isolado de 3 num parâmetro; e monitorização contínua para pontuações superiores a 7. Como referido anteriormente, um dos critérios de inclusão previa que a escala fosse aplicada pelo menos duas vezes, o que por vezes não se verificou devido às limitações do contexto. Assim, privilegiou-se a monitorização nos intervalos mais curtos, conforme a gravidade apresentada, garantindo a sua reaplicação sempre que existissem alterações no estado de saúde da pessoa. Os dados foram registados numa folha de monitorização elaborada para documentar a evolução do estado de saúde da pessoa (Apêndice K). Paralelamente, a enfermeira responsável pela supervisão clínica acompanhou a evolução dos casos após o meu período de observação direta, possibilitando conhecer o desfecho de cada situação e compreender de que forma a aplicação da escala contribuiu para decisões como a alta clínica, o internamento ou outras intervenções clínicas.

Apesar da aplicação da escala a um número alargado de pessoas, apenas foi possível acompanhar de forma completa e adequada 10 casos, onde foram garantidas avaliações de acordo com os critérios de inclusão. Assim, embora a amostra final seja

reduzida, reconheço que esta limitação resultou de diversos fatores contextuais e organizacionais que condicionaram a recolha e o seguimento de alguns registos. Adicionalmente, o facto de a colheita de dados depender diretamente da minha presença na unidade, do contexto clínico ser marcado por uma elevada afluência e rotatividade de pessoas e conseqüentemente sobrecarga de trabalho para as equipas, dificultou a monitorização contínua de alguns casos inicialmente incluídos. No entanto, os 10 casos acompanhados revelaram-se representativos de diferentes situações clínicas. Estes resultados foram agrupados em 5 categorias: NEWS inicial, intervenções de enfermagem, outras intervenções, desfecho clínico da pessoa e NEWS final, onde posteriormente, foram colocados na plataforma *Google Forms* (Apêndice L), o que me permitiu analisar os dados de forma mais aprofundada e detalhada, verificando o reflexo da aplicação da NEWS.

Na avaliação inicial realizada à admissão, verificou-se que 50% apresentavam um *score* entre 1 e 4, cerca de 10% obtiveram scores entre 5 e 6, ou apresentaram um valor isolado de 3 num parâmetro da escala e 40% das pessoas admitidas registaram um *score* igual ou superior a 7, evidenciando um risco clínico elevado com necessidade de vigilância e monitorização contínua e intervenções mais direcionadas. Na última avaliação, 70% das pessoas apresentaram scores entre 1 e 4, 20% entre 5 e 6 ou com valor isolado de 3 num parâmetro, e apenas 10% mantinham scores superiores a 7, refletindo uma evolução clínica globalmente positiva. As intervenções de enfermagem desenvolvidas demonstraram-se determinantes para a estabilização e evolução favorável das pessoas acompanhadas, refletindo uma prática clínica sistematizada e orientada para a deteção precoce da deterioração. Destacou-se igualmente a articulação eficaz com a equipa multidisciplinar e a capacidade de antecipar necessidades, reforçando a função do enfermeiro enquanto elemento na vigilância clínica. A maioria das situações culminou em alta para o domicílio ou em internamento, evidenciando uma orientação mais ágil e adequada das pessoas para os recursos mais indicados. Esta análise demonstrou que a utilização da escala teve um impacto positivo na estratificação do risco clínico, traduzindo-se numa redução significativa do número de pessoas em estado crítico, evidenciando que as intervenções realizadas contribuíram para a sua estabilização e para a melhoria da resposta clínica.

Os resultados desta atividade são consistentes com a literatura, pois demonstraram que a aplicação da NEWS em unidades de urgência melhora a monitorização dos sinais vitais e facilita a estratificação de risco clínico^{38,39}. Contudo, a eficácia deste instrumento

pode ser limitada pela sobrecarga de trabalho, elevada procura pelos serviços de saúde e insuficiência de recursos humanos, dificultando o cumprimento dos intervalos de monitorização recomendados³⁸. É ainda evidenciado que quando o enfermeiro enfrenta uma carga de trabalho acrescida, há necessidade de priorizar outras intervenções, podendo comprometer a adesão à NEWS, como se verificou na realidade observada³⁸.

Realizei um momento de formação com a equipa de enfermagem (Apêndice M), partilhando os resultados da intervenção implementada, terminado com a aplicação de um questionário de avaliação da sessão (Apêndice N). Embora apenas tenha obtido respostas de 14 participantes, um dos indicadores de resultado definidos como meta foi o grau de satisfação superior a 4 por parte dos mesmos, tendo esse objetivo sido alcançado. De igual modo, reconheceram a importância da temática abordada, destacando a sua relevância para a prática clínica e valorizando a utilidade da escala NEWS como instrumento de apoio à monitorização e à tomada de decisão em contexto de urgência.

Adicionalmente, um outro objetivo específico definido para este contexto foi contribuir para a melhoria dos cuidados prestados em situações de emergência. Assim, de forma complementar, elaborei uma lista de preparação e administração de fármacos de emergência de consulta rápida (Apêndice O), destinada a apoiar tanto os colegas como a restante equipa multidisciplinar em situações de emergência. Após validação da enfermeira gestora e restantes profissionais responsáveis, foi sugerida a uniformização de todos os carros de emergência da instituição com esta lista, promovendo maior segurança, eficácia e consistência nos cuidados prestados, promovendo um ambiente terapêutico de excelência². Dando continuidade a esta vertente de melhoria contínua, desenvolvi também um póster para o "Jornal da Urgência" sobre o *debriefing* e a sua importância, destacando o STOP 5 como uma das técnicas mais utilizadas no contexto do SU. O objetivo foi criar um instrumento de fácil e rápida aplicação (Apêndice P), permitindo a realização de *debriefings* eficazes em qualquer contexto clínico. Todas estas iniciativas contribuem para a prestação de cuidados mais eficientes e seguros, promovendo um ambiente terapêutico de excelência¹¹.

Quanto à UCI, um dos objetivos específicos definidos passou por promover a melhoria da prática clínica na abordagem estruturada à PSC. Assim, e após identificar uma necessidade concreta do serviço como descrito no capítulo anterior, realizei uma atividade destinada a sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre a aplicabilidade estruturada da *bundle* ABCDEF na UCI.

Após interpretação dos dados analisados previamente, houve um reconhecimento de discrepâncias entre as boas práticas recomendadas e a realidade observada, onde se identificou a necessidade de reforçar a formação e promover a uniformização de práticas. Assim, elaborei um cartaz de divulgação da sessão de formação (Apêndice Q), tendo como propósito que esta fosse dirigida a toda a equipa multidisciplinar, porém mantendo o foco na função do enfermeiro, de forma a promover o envolvimento de todos os profissionais.

Por fim, realizei uma sessão de formação (Apêndice R) na qual estiveram presentes 10 elementos da equipa de enfermagem, não sendo possível a presença de elementos de outras classes devido a constrangimentos de disponibilidade. A sessão consistiu na apresentação da *bundle* ABCDEF, tendo sido expostos alguns dados obtidos no questionário previamente aplicado, estabelecendo um paralelismo com a realidade da UCI onde decorreu o estágio. Seguidamente, foi aplicado um questionário de avaliação (Apêndice S) da formação que evidenciou que a temática abordada suscitou interesse, tendo um impacto considerável na equipa, a qual demonstrou já cumprir grande parte dos elementos da *bundle*, reconhecendo que apenas necessitava de uma maior estruturação e adaptação à sua realidade específica.

De forma adicional, pretendi contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à PSC submetida a ventilação mecânica, área na qual tinha interesse pessoal em evoluir e aprofundar os meus conhecimentos. Assim, elaborei um *pocket guide* em forma de e-book sobre “O Enfermeiro na Ventilação Mecânica Invasiva” (Apêndice T), abordando temas como a monitorização básica, sinais para descontinuação da ventilação, gestão de situações críticas e cuidados de enfermagem. A realização deste instrumento, destaca a importância que o EE tem em partilhar, disseminar e articular o seu conhecimento com outros profissionais e/ou estudantes, promovendo um ambiente de excelência e aprendizagem contínua. Esta perspetiva está de acordo com os pressupostos de Patrícia Benner, pois sublinha a importância da transmissão de conhecimento na construção de competências e desenvolvimento da prática clínica²².

À semelhança do contexto anteriormente mencionado, defini igualmente como objetivo específico promover a melhoria da prática clínica na abordagem estruturada à PSC no âmbito da UCIP especializada em cuidados pós transplantação. Assim, a atividade delineada neste contexto também se baseou na *bundle* ABCDEF, visando sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sua implementação. Contudo, a sua

abordagem e operacionalização foi concebida em moldes distintos, explorando outros tópicos e dimensões diferentes das anteriormente elaboradas, adequando-se às necessidades identificadas no contexto.

Após o diagnóstico de situação elaborado, houve um claro reconhecimento da necessidade de reforço formativo na equipa, tendo sido realizado primeiramente um cartaz (Apêndice U) para promover a sessão de formação destinada à equipa de enfermagem. Posteriormente realizei a sessão formativa (Apêndice V) para 36 elementos da equipa de enfermagem, apresentada em formato híbrido, presencialmente e simultaneamente em formato online. A sessão consistiu não apenas na apresentação da *bundle*, mas teve como principal foco a intervenção autónoma do enfermeiro na sua aplicação, destacando de que forma cada elemento poderia contribuir para a prevenção de complicações. Adicionalmente, foi apresentada, de forma sumária, a norma relativa à nutrição da PSC, enfatizando como determinadas recomendações nutricionais se interligam com alguns elementos da *bundle*. Para avaliar a sessão, foi aplicado um questionário de feedback (Apêndice W), através do qual, apesar de nem todos os participantes terem respondido, se obteve uma avaliação positiva relativamente à temática abordada. Os participantes referiram ainda que a temática proporcionou uma oportunidade de reflexão sobre a sua prática de cuidados diária, permitindo identificar formas de a aprimorar.

Defini ainda como um dos objetivos específicos promover a continuidade dos cuidados prestados em contexto de emergência intra-hospitalar. Este objetivo foi definido após verificar que quando a EEMI era ativada por alertas da escala NEWS provenientes do internamento, apenas o médico se deslocava para avaliar as pessoas, não estando envolvido diretamente o enfermeiro da equipa. Após reunir com a enfermeira responsável pela EEMI, considerei pertinente refletir (Apêndice X) sobre a importância da participação ativa do enfermeiro nestas ativações, reconhecendo o valor acrescido que a sua intervenção pode trazer para a deteção precoce e resposta rápida à deterioração clínica.

Em suma, todas as atividades realizadas em cada um dos contextos estão alinhadas de acordo com os pilares enunciados no PNSD, destacando o pilar 1 da Cultura de Segurança e o pilar 5 quanto às Práticas Seguras em Ambientes Seguros². Estes enfatizam a necessidade de realizar práticas seguras em ambientes clínicos, reforçando a importância de estratégias estruturadas para a prevenção de erros e a otimização da

segurança na prestação de cuidados². Assim, estas iniciativas demonstram não só a adesão às orientações estratégicas do PNSD, como também a relevância do papel do EE na promoção de cuidados de elevada qualidade.

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

A competência comum do domínio da Gestão dos Cuidados, frequentemente associada ao enfermeiro gestor, envolve todos os enfermeiros, que diariamente asseguram a gestão eficaz do turno, desde a alocação das pessoas nos serviços até ao estabelecimento de prioridades para uma vigilância mais apertada. Ao longo dos três contextos de aprendizagem, constatei que as equipas de enfermagem eram sempre coordenadas por um enfermeiro gestor, cuja forma de liderança variava consoante a tipologia do serviço, a composição da equipa, entre outros fatores. Esta diversidade permitiu-me integrar, gerir, priorizar e organizar a minha prática clínica de formas distintas, adaptando-me a diferentes modelos de gestão.

Refletindo sobre a intervenção do enfermeiro gestor, constatei que este profissional assegura a organização dos cuidados de enfermagem, garantindo, entre outros aspetos, a segurança das pessoas e a alocação adequada de recursos⁴⁰. De forma adicional, desempenha um papel central na gestão dos serviços, coordenando processos, otimizando o funcionamento das unidades de saúde e liderando a equipa de enfermagem⁴⁰. Nas suas competências, destaca-se ainda a responsabilidade de promover o desenvolvimento profissional da equipa que lidera⁴⁰. Assim, reconheço que de forma transversal a todos os estágios profissionais, tive a oportunidade de realizar pelo menos um turno com alguns destes enfermeiros gestores ou chefes de equipa (sendo EE ou um enfermeiro perito) que desempenhavam algumas das funções anunciadas anteriormente, o que me permitiu observar de perto diferentes estilos de liderança e estratégias de gestão e, conseqüentemente, aprimorar as minhas próprias competências na organização e priorização dos cuidados.

Destaco particularmente a experiência de um turno que realizei sob a supervisão do enfermeiro chefe de equipa no SU. Este profissional tem a responsabilidade de distribuir os restantes elementos da equipa pelos diferentes setores existentes, assegurando uma gestão eficiente dos cuidados prestados⁴¹. Para além da coordenação da equipa, o chefe de equipa desempenha várias funções essenciais para o bom funcionamento do serviço, destacando-se entre elas a verificação das condições e da disponibilidade de material, assim como a correta alocação de recursos humanos,

garantindo que o SU dispõe dos meios necessários para uma resposta eficaz⁴¹. Paralelamente, é responsável por organizar as pessoas que serão transferidas para internamento, mantendo contacto constante com o enfermeiro gestor de camas para otimizar a gestão das vagas disponíveis. Durante o turno que realizei com o mesmo, apesar de reconhecer que assumi uma postura maioritariamente de observadora, participei ativamente sempre que pertinente, partilhando a minha opinião e contribuindo para a tomada de decisão em determinadas situações. Tive ainda a oportunidade de apoiar diretamente a transferência de pessoas, bem como a alocação e organização do espaço para outros utentes internados, contribuindo para uma gestão mais eficiente das vagas e para o bom funcionamento do serviço. Esta situação possibilitou-me compreender a complexidade da função de gestão em ambiente de urgência, marcada por uma constante adaptação de liderança e gestão de recursos, pela necessidade de decisões rápidas e pela articulação constante com diferentes profissionais¹¹. Contribuí igualmente para o desenvolvimento de uma visão mais ampla dos cuidados, reforçando que a gestão está intimamente ligada á qualidade, segurança e continuidade da prática clínica, constituindo um fator significativo para o meu crescimento enquanto futura EE.

Porém, como supracitado, o domínio da gestão de cuidados envolve todos os enfermeiros envolvidos na prática clínica. Logo, o posto de triagem é também um local onde o enfermeiro do SU assume um papel fundamental na gestão e organização do serviço, função que observei ativamente e na qual participei na prestação de cuidados. Este desempenha um papel essencial na distribuição das pessoas pelas diferentes áreas do SU, garantindo que cada pessoa seja encaminhada para o local mais adequado, promovendo um atendimento mais eficiente e seguro⁴².

Ainda, o estágio realizado em UCI permitiu-me adotar um foco diferente, uma vez que os cuidados se organizam por atribuição de pessoas. A organização possibilitou que me dedicasse de forma mais aprofundada a cada pessoa sob minha responsabilidade, acompanhando de perto a sua evolução clínica, as intervenções a realizar e a articulação com a equipa multiprofissional. Esta experiência reforçou a importância da monitorização contínua, da capacidade de priorizar intervenções, assegurando de igual modo, a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Ademais, o estágio profissional no contexto de aprendizagem da UCIP dedicada a cuidados pós transplantação, pude integrar a EEMI, permitindo-me observar e compreender a gestão de cuidados fora do contexto tradicional da unidade. Como

mencionado anteriormente, a EEMI é uma equipa multidisciplinar, onde a resposta imediata dos enfermeiros em equipas de emergência intra-hospitalar permite identificar precocemente sinais de deterioração clínica, evitando a progressão para situações críticas^{43,44,45}. Esta evidencia a importância de uma intervenção estruturada e coordenada, onde pude participar na organização do cenário, adaptando os recursos disponíveis à situação e colaborando de igual modo com as equipas dos serviços envolvidos. Reconheço também que esta experiência me permitiu consolidar a minha confiança para atuar com clareza e eficácia em contextos imprevisíveis. Esta atuação fundamenta-se numa prática colaborativa, em que o enfermeiro facilita a articulação entre a equipa médica, a equipa de enfermagem das enfermarias e outros intervenientes^{43,44}. Ainda neste contexto, acompanhei a enfermeira responsável da EEMI, o que me proporcionou uma visão aprofundada do funcionamento desta equipa, participando na análise da eficácia das ativações da NEWS e na revisão de processos clínicos, garantindo a correta aplicação da escala e contribuindo para a melhoria contínua das práticas. Tive ainda a oportunidade de acompanhar a atuação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), proporcionando-me a possibilidade de compreender de que forma os princípios da gestão de cuidados e da intervenção em situações críticas se aplicam de forma distinta do meio intra-hospitalar. Participei em algumas intervenções, verificando que se trata de uma atuação num ambiente não controlado, exigindo adaptação às condições do cenário e uma tomada de decisão rápida, com frequentes momentos de observação das ações da equipa por parte de terceiros.

Assim, ao refletir sobre estas experiências, reconheço que mobilizar a teoria da vigilância de Lavin foi fundamental para compreender a função central do enfermeiro na deteção precoce de alterações clínicas, tanto em contexto intra-hospitalar como extra-hospitalar¹⁰. A vigilância, constituída por cinco pressupostos (interpretação do que observa, antecipação de possíveis complicações, avaliação do risco clínico, capacidade de resposta imediata e monitorização dos resultados das intervenções¹⁰), esteve presente em cada cenário que vivenciei evidenciando que independentemente do contexto de cuidados, o enfermeiro mantém-se como figura principal na vigilância da pessoa, promovendo a segurança, prevenindo falhas na resposta e assegurando cuidados eficazes¹⁰.

Em suma, a minha experiência ao longo de diversos cenários possibilitou-me desenvolver capacidades de priorização, articulação com equipas multiprofissionais,

tomada de decisão rápida e adaptação a contextos imprevisíveis, consolidando as minhas competências para atuar de forma eficaz enquanto futura EEEMC-PSC.

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, é evidenciado que este detém autoconhecimento e capacidade relacional, fundamentando a sua prática em conhecimento atualizado, assumindo-se como facilitador da aprendizagem, agente ativo na investigação e promotor de relações terapêuticas e multiprofissionais¹¹. Logo, tendo por base estas características, reconheço que o desenvolvimento e aquisição desta competência assumiu um carácter diversificado, iniciando-se em contexto académico, através das aulas que me proporcionaram a consolidação de conhecimentos essenciais não só para o meu crescimento pessoal, mas também para a minha prática profissional. Esta competência assume particular relevância, uma vez que integra duas vertentes importantes: o autoconhecimento e assertividade e o fundamento da prática clínica em evidência científica.

Neste sentido, ao aprofundar de seguida a análise das competências desenvolvidas, torna-se fundamental compreender em que consistem o autoconhecimento e a assertividade, uma vez que estes constituem a base para a construção de relações terapêuticas sólidas. O autoconhecimento permite reconhecer emoções, valores e limites individuais e de que forma estas afetam o nosso comportamento e as nossas decisões⁴⁶. De forma complementar, a assertividade possibilita expressá-los de forma clara e respeitosa, sem comprometer a relação com o Outro⁴⁶. Assim, torna-se evidente que a integração destas duas vertentes é essencial para a atuação do EE, uma vez que não só contribui para a qualidade da resposta profissional, mas também para o crescimento pessoal. Deste modo, destaco em particular uma situação que ocorreu no contexto de SU, que exigiu um elevado nível de gestão emocional da postura profissional. Durante um turno especialmente atarefado, e na continuação do episódio descrito no capítulo do domínio da Responsabilidade Ética e Legal, a mesma pessoa que apresentava comportamentos desadequados, acedeu aos meus pertences pessoais, que se encontravam sem supervisão, ingerindo água da minha garrafa. Esta circunstância criou desconforto e exigiu um esforço acrescido para gerir a minha frustração. De modo a lidar com a situação, recorri a uma breve pausa, focando-me na respiração como forma de promover o autocontrolo, o que me permitiu recentrar e assegurar uma abordagem posteriormente mais adequada e profissional. Abordei o senhor, falando calmamente, explicando que não

poderia mexer nas minhas coisas, e que se fosse necessário poderia solicitar água, tendo o mesmo consentido e compreendido a informação.

Reconheço que foi uma situação particularmente desafiadora, pois como mencionado na literatura, uma resposta emocional ocorre frequentemente antes de uma real percepção e ponderação sobre a situação⁴⁶. Embora esta reação imediata possa construir um mecanismo útil de alerta para aspetos que deveremos estar atentos, pode igualmente comprometer a forma como comunicamos, seja pela escolha das palavras ou pelo tom utilizado⁴⁶. Apesar da pressão e do stress sentidos no momento, considero que consegui manter uma postura mais racional e controlada, reconhecendo que, embora a racionalidade não determine as emoções vividas, pode orientar a forma como estas são geridas e manifestadas⁴⁶. Assim, a capacidade de regular sentimentos e emoções, em articulação com o recurso a estratégias de comunicação eficazes, foi determinante para garantir uma resposta profissional ajustada e promotora de uma relação terapêutica adequada^{11,46}.

Por outro lado, basear a minha prática em evidência científica, foi de igualmente fundamental na aquisição desta competência. Nos três contextos em que estive inserida, deparei-me com uma vasta diversidade de patologias complexas, o que exigiu uma aprendizagem contínua e o aprofundar de conhecimentos, não apenas sobre situações clínicas, mas relativamente a novas intervenções, protocolos específicos, *guidelines*, entre outros aspetos fundamentais da prática. Este facto foi positivo uma vez que promoveu o meu desenvolvimento profissional e pensamento crítico, recorrendo a evidência científica mais recente, demonstrando que a prática baseada na evidência, enquanto abordagem rigorosa e estruturada, assume-se como fundamental para garantir cuidados de saúde seguros e eficazes, promovendo melhores resultados para as pessoas e profissionais^{47,48}. Aliado a todo este percurso, e reconhecendo que a investigação em enfermagem constitui um pilar fundamental, incutido desde a licenciatura, elaborei, ao longo do MEMC, uma *scoping review*, em conjunto com colegas da turma, sobre as “Contribuições da *Bundle ABCDEF* nos cuidados à pessoa em situação crítica em unidade de cuidados intensivos” que foi submetida à revista *Critical Care Science*, encontrando-se em fase de revisão. A elaboração deste estudo permitiu-me compreender que investigar exige um equilíbrio constante entre a teoria e a prática, sendo um processo de construção dinâmica do conhecimento, que se fortalece com a análise crítica, a reflexão e a valorização de diferentes abordagens metodológica, sendo um elemento central para o desenvolvimento

da enfermagem e elevar a qualidade dos cuidados prestados⁴⁹. Igualmente refleti criticamente na e sobre a prática em algumas situações que serão anunciadas posteriormente, onde a utilização do Ciclo de Gibbs como guia e estruturação do meu pensamento foi crucial para analisar aprofundadamente as minhas ações, decisões e comportamentos, incentivando a autocrítica e o autoconhecimento, pilares que reconheço como fundamentais para o crescimento não só profissional como também pessoal^{48,50}.

Adicionalmente, e correspondendo à competência de “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos”^{11 (p. 4749)}, participei ativamente em múltiplos momentos formativos em contexto clínico. Destacam-se entre as diversas experiências, a formação realizada no âmbito da EEMI a um grupo de profissionais da consulta externa e a participação em algumas sessões de SBV dirigidas a estudantes das escolas da região da IH2. Assumi uma importante função como facilitadora na aprendizagem de pares e colegas, evidenciando a integração de novas aprendizagens na prática clínica e a promovendo uma cultura de desenvolvimento contínuo na prestação de cuidados à população.

O percurso académico e clínico foi determinante para atingir plenamente esta competência, permitindo consolidar o autoconhecimento, aplicar rigorosamente a evidência científica e atuar de forma reflexiva, promovendo relações terapêuticas e multiprofissionais de qualidade.

III.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O regulamento das Competências Específicas do EEEMC-PSC define as competências, critérios de avaliação e unidades de competência, assegurando a qualidade dos cuidados prestados¹². Tal como no capítulo anterior, apresentarei cada domínio das competências comuns, associando as atividades realizadas e as competências adquiridas ao longo do percurso formativo.

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

Esta competência, por ser a mais abrangente, possibilitou o seu desenvolvimento em vertentes totalmente diversificadas, acompanhando a complexidade e a singularidade de cada contexto da prática clínica. Assim, foi fundamental estabelecer como objetivo

específico para cada um dos estágios profissionais: desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à PSC e sua família. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEEMC-PSC, “entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”¹² (p. 19362), logo, tornou-se pertinente estabelecer este objetivo, uma vez que, apesar de ter desenvolvido a prática em três áreas clínicas distintas, identifiquei necessidades e cuidados comuns à PSC e à sua família. Ao longo deste capítulo irei apresentar de que forma consegui atingir este objetivo na sua plenitude.

Uma característica e componente essencial na prestação de cuidados à PSC consiste na capacidade de antecipar a sua instabilidade clínica, identificando precocemente sinais de alerta e potencial risco de falência orgânica, adaptando as intervenções às diferentes situações que surgem. Deste modo, reconheço que participei em inúmeros cenários que exigiram a mobilização de conhecimentos variados, de forma a responder eficazmente e rapidamente aos desafios apresentados. Contudo, como supracitado, a prestação de cuidados apresentou especificidades em cada contexto clínico, não só devido à própria finalidade de cada serviço, como também em função das prioridades e necessidades das pessoas.

No âmbito do SU contactei com diversas situações de emergência que me proporcionaram uma reflexão aprofundada da prática clínica. Destaco a ocorrência de uma paragem cardiorrespiratória (PCR), cuja abordagem multidisciplinar constituiu uma oportunidade de reflexão crítica acerca do papel do *team leader* e da dinâmica das restantes funções da equipa, encontrando-se descrita de forma detalhada no apêndice Y. Reconheço que foi um episódio que me alertou para a importância de uma atuação coordenada e estruturada em situações que requerem intervenções rápidas, imediatas e eficazes. A gestão eficiente da equipa, mesmo não assumindo o papel de *team leader*, permitiu-me verificar o impacto que uma liderança clara, com uma organização exemplar da equipa e uma comunicação assertiva e dirigida aos restantes elementos tem na segurança do doente e desfecho clínico da situação⁵¹. A literatura científica corrobora esta atuação, destacando que o *team leader* é responsável por assegurar que todos os procedimentos sejam executados no tempo e forma correta, monitorizando e apoiando o desempenho de cada membro da equipa⁵¹. Por outro lado, evidencia-se que a ausência de uma liderança, organização inadequada ou a inexistência de protocolos comprometem a

eficácia da resposta, aumentando o risco para a pessoa⁵¹. Assim, em contexto de PCR, é essencial que cada profissional tenha funções claramente definidas, sob a supervisão de um líder, de modo a garantir uma resposta eficiente, coordenada e segura⁵¹.

Este parâmetro contempla igualmente a capacidade de demonstrar conhecimentos teóricos e práticos no âmbito de trauma. Durante o MEMC tive oportunidade de realizar o curso do *International Trauma Life Support*⁵² (ITLS) (Anexo 2), que reconheço que foi fundamental para atuação em algumas situações vivenciadas. Um dos momentos mais marcantes ocorreu com a admissão de uma grávida de 22 semanas na sala de reanimação, na sequência de um acidente de viação com capotamento. Perante a gravidade da situação, foram acionadas diversas especialidades, garantindo uma abordagem multidisciplinar e coordenada. A equipa médica, seguindo os princípios do ITLS⁵², avaliou cuidadosamente potenciais lesões, enquanto pude colaborar na realização de outros procedimentos essenciais com vista à estabilização da pessoa.

Por outro lado, na UCI a antecipação da instabilidade clínica da PSC implica uma vigilância contínua, identificação precoce de sinais de deterioração e uma intervenção não só direcionada como eficiente. Esta prática não só reduz riscos, como baseia a prestação de cuidados centrados na pessoa, valorizando a sua singularidade, assegurando uma abordagem que integra competência técnica e humanização e contribuindo para a criação de um ambiente terapêutico⁹. Também na EEMI participei em intervenções que reforçaram a importância de reconhecer sinais de alerta atempadamente, respondendo de forma rápida organizada e adaptada às necessidades da pessoa, promovendo cuidados eficazes, seguros e centrados na dignidade humana.

As situações vivenciadas permitiram observar sinais precoces de deterioração e atuar de forma direcionada reconhecendo que esta competência vai para além da aplicação de protocolos, exigindo uma vigilância constante, análise crítica e tomada de decisão fundamentada. É neste sentido que a teoria da vigilância se revelou particularmente pertinente, sustentando a minha prática clínica ao longo de todos os contextos, alertando para a importância de monitorizar continuamente a PSC, intervindo de forma atempada¹⁰. Adicionalmente, a temática do presente relatório adquire especial relevância, ao demonstrar como esta competência se aplica transversalmente nos três contextos distintos, e ao reforçar o papel central do EEEMC-PSC na prestação de cuidados especializados e centrados na pessoa e na família.

Quanto à oportunidade de administração de protocolos terapêuticos complexos, reconhecendo que, ao integrar áreas de cuidados com as quais tive pouco contacto, pude contactar com terapêutica e procedimentos que me eram pouco familiares. Tanto no SU como nas UCI, participei na gestão e administração de fármacos de elevada complexidade, tais como sedoanalgesia, vasopressores, imunossuppressores e antídotos em situações de intoxicação medicamentosa voluntária. Colaborei também na execução de técnicas dialíticas e acompanhei a monitorização contínua da PSC, reforçando a compreensão da importância de uma administração segura e criteriosa da terapêutica. Estas experiências permitiram-me integrar os planos terapêuticos em articulação com a equipa médica, consolidando competências essenciais para a prestação de cuidados especializados em contextos de elevada complexidade.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, reconheço que é um sinal vital de especial relevância, que exige uma atenção constante em todos os contextos clínicos que a PSC se insere. Porém, a UCI representou para mim o contexto mais desafiante nesta vertente, devido à complexidade da avaliação da dor nesta população, frequentemente caracterizada por limitações na comunicação verbal e por manifestações subtis não só de desconforto físico como também emocional. Constatei que apesar do contributo das intervenções farmacológicas ser essencial, as estratégias não farmacológicas, tais como a massagem terapêutica, a promoção de um ambiente tranquilo e a presença e suporte da família, têm um impacto significativo no conforto e bem-estar da pessoa. Logo, este alívio da dor não se limita apenas a uma só estratégia. De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto é uma experiência multidimensional, que engloba não só o alívio imediato do desconforto físico, como também estados de tranquilidade e transcendência, vividos nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental⁵³. Assim, percebi que para além do contributo importante das estratégias farmacológicas, as intervenções não farmacológicas foram também fundamentais para responder às necessidades da pessoa, permitindo-me compreender que a gestão da dor é um processo dinâmico de promoção de conforto, focando-se não só no controlo de sintomas, mas também proporcionando uma experiência de bem-estar significativa⁵³.

Porém, o desconforto manifestado pela pessoa poderá não ser apenas físico, mas também de foro psicológico e/ou emocional. Esta dimensão reforça a importância do estabelecimento de uma comunicação interpessoal eficaz, associado a uma relação terapêutica sólida com a pessoa e a família/cuidador, permitindo não só responder às suas

necessidades clínicas, mas também assistir nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação de saúde¹². Destaco uma situação vivenciada na IH3, com o Sr. João (nome fictício), natural de Faro, que solicitou falar com a sua esposa. Contudo, a sua visita não era possível devido à distância geográfica, potenciando a sua frustração e acentuando progressivamente a sua angústia e sofrimento. Perante esta necessidade, identifiquei a importância da comunicação com o seu familiar, onde recorri posteriormente ao telemóvel da unidade para realizar o contacto com a esposa. Acompanhei a chamada telefónica, e gradualmente verificou-se uma melhoria do seu estado emocional, colaborando de forma mais ativa na prestação de cuidados. Infelizmente, viria a ser o último contacto entre ambos, uma vez que o estado clínico do Sr. João se agravou posteriormente, porém, a concretização desse momento revelou-se essencial para o seu bem-estar. É evidenciado que a presença da família, seja esta física ou virtual, contribui para um melhor prognóstico psicológico, promovendo o conforto da pessoa em contextos de maior instabilidade, como se observou no presente caso^{53,54,55}. Apesar de frequentemente invisível, a dor associada à parte emocional e/ou psicológica, pode contribuir para o agravamento da dor física e consequentemente comprometer a estabilidade clínica, exigindo reconhecimento e alívio por parte do enfermeiro^{12,56}.

Ainda no âmbito da comunicação e estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e sua família, a UCI constituiu o local onde mais aprimorei este critério pela exigência de uma adaptação contínua à tipologia e condição clínica da pessoa. Neste cenário, tive a oportunidade de aplicar técnicas de Comunicação Aumentativa e Alternativa⁵⁷, onde a interpretação da comunicação não verbal assumiu um papel primordial para assegurar uma interação eficaz e centrada nas necessidades da pessoa. Importa também salientar que foi o contexto onde verifiquei um envolvimento contínuo da família como parte integrante dos cuidados, sendo esta uma fonte essencial de informação, facilitando o contacto entre o familiar e a equipa sempre que possível. Uma situação significativa ocorreu após a extubação do Sr. António (nome fictício), que se manifestou bastante preocupado com a sua esposa, com diagnóstico de demência e se encontrava sozinha em casa. Após expor esta situação, em articulação com a equipa, participei na agilização do contacto com algum familiar de referência do Sr. António, possibilitando o esclarecer toda a situação, contribuindo para tranquilizar o Sr.

Ainda em contexto de UCI, pude participar na realização de consultas *follow-up*, habitualmente agendadas aproximadamente três meses após a alta da pessoa da UCI,

requerendo presença obrigatória da mesma e de um familiar ou cuidador. Foi uma experiência particularmente importante, uma vez que constitui um espaço de partilha, escuta ativa e avaliação do estado atual da pessoa. Esta tipologia de consulta pode melhorar significativamente os resultados a longo prazo e a qualidade de vida da PSC, bem como dos seus familiares⁵⁸.

Assinalo ainda a relevância desta competência no SU, onde a comunicação terapêutica não só com a pessoa, mas também com a sua família revelou-se fundamental na abordagem à PSC, permitindo não só esclarecer a situação clínica, mas também proporcionar suporte emocional num momento difícil. A forma como a informação foi transmitida em diversas situações influenciou a perceção e o envolvimento dos familiares nos cuidados, tornando evidente a diferença na abordagem entre o EE e o enfermeiro perito. Para uma análise mais aprofundada sobre este impacto, esta reflexão encontra-se desenvolvida no apêndice Z.

Para concluir, considero que tive a oportunidade de desenvolver e adquirir a presente competência em diferentes contextos clínicos e ramos de intervenção com sucesso. Permitiu-me sair da minha zona de conforto, fortalecendo capacidades técnicas, relacionais e comunicacionais, consolidando o meu crescimento enquanto EEEMC-PSC.

2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

A segunda competência do EEEMC-PSC representa uma dimensão de elevada exigência, marcada por critérios rigorosos e pela necessidade de uma operacionalização imediata e eficaz, requerendo uma preparação adequada e capacidade de decisão em momentos imprevisíveis. Reconheço que, pela exigência dos seus critérios e pela especificidade das situações que contempla, esta apresentou alguns obstáculos à sua concretização.

O primeiro contacto com esta competência ocorreu na componente teórica do MEMC, através dos conteúdos lecionados na unidade curricular de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, especificamente relacionados com enfermagem forense. Considero que foi uma abordagem não só nova, mas também bastante enriquecedora, que me permitiu compreender diversos conceitos e sensibilizar-me para aspetos da prática e realidade profissional que até ao momento teriam sido pouco explorados. Ainda nesta vertente, pude participar numa ação de formação nos Bombeiros

Sapadores de Lisboa – Descontaminação Nuclear, Radiológica, Biológica e Química que me proporcionou uma perspetiva diferente sobre uma área que desconhecia, mas igualmente relevante.

Relativamente à prática clínica, durante o estágio profissional no contexto do SU, presenciei diversas situações de emergência que foram extremamente enriquecedoras e me proporcionaram uma reflexão aprofundada sobre a prática clínica. Neste contexto pude realizar dois dias de observação na VMER, onde participei ativamente na abordagem a uma pessoa com trauma vertebro-medular. Aquando chegada ao local, as condições de segurança já tinham sido asseguradas pelas forças policiais e bombeiros. No local, foi aplicada a abordagem primária do ITLS, orientando a minha prestação de cuidados baseados nas mais recentes orientações científicas⁵². Apesar da atuação adequada, a pessoa foi posteriormente transportada pelos bombeiros no colchão de vácuo não insuflado, procedimento que não é recomendado. Esta situação evidenciou a importância da comunicação eficaz e da correta aplicação dos protocolos em todas as fases do atendimento ao trauma.

Quanto a situações de catástrofe, que são caracterizadas por um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” 59 (p. 1), não foi possível presenciar nenhuma situação em nenhum contexto clínico⁵⁹. No entanto, familiarizei-me com os planos de emergência e catástrofe de todas as instituições, tendo verificado que se encontram todos atualizados de acordo com a Orientação n.º 007/2010⁶⁰, tornando-me mais consciente da possível ocorrência desses eventos, que, felizmente, são raros. Além disso, no âmbito do SU, tive a oportunidade de conhecer o material disponível para estas situações, organizado de forma acessível em kits de catástrofe, facilitando a triagem de vítimas. Por outro lado, na UCI, pela complexidade das pessoas internadas, exige planos de contingência específicos e um treino regular dos profissionais de saúde⁶¹. Um recente exemplo que experienciei foi o apagão geral em Portugal no dia 28 de abril de 2025, onde me encontrava no estágio profissional da IH2. Embora não constitua diretamente uma catástrofe, tratou-se de uma situação que exigiu preparação imediata da equipa: verificámos o funcionamento dos insufladores manuais e ventiladores, o enfermeiro gestor contactou os responsáveis sobre a atuação dos geradores e ajustámos rapidamente os cuidados, garantindo a segurança dos doentes. Esta

preparação é fundamental, pois, segundo a OMS, uma resposta eficaz a situações de emergência e catástrofe exige planeamento antecipado, coordenação multissetorial e infraestruturas de saúde resilientes, garantindo que os profissionais disponham dos recursos adequados para intervir de forma rápida e organizada⁶².

Não contactei diretamente com nenhuma situação de crime ou apoio a vítimas de violência, porém consultei e tomei conhecimento dos procedimentos e normas presentes do SU, relativos à deteção de crimes, preservação de vestígios e ao encaminhamento adequado para as entidades competentes. Isto possibilitou-me compreender a importância de seguir protocolos rigorosos garantindo a segurança das vítimas, salvaguardando a preservação de vestígios e assegurando o encaminhamento adequado para as entidades competentes, evidenciando a atuação diferenciadora do EEEMC-PSC.

Apesar do contexto de aquisição desta competência, sinto que a desenvolvi gradualmente, consolidando a minha capacidade de atuação de forma consistente e bem-sucedida.

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

O desenvolvimento da competência relativa à prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos (RAM) revelou-se bastante desafiante ao longo dos diferentes contextos de estágio profissional, dada a exigência de respostas rápidas e ajustadas à complexidade da PSC. Cada local de estágio proporcionou experiências distintas, resultantes das especificidades de cada serviço, nomeadamente no que respeita às rotinas, diagnósticos prevalentes, instabilidade clínica e condições ambientais. Para consolidar estas aprendizagens, o contexto académico, nomeadamente na unidade curricular de Segurança do Doente e Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), proporcionou-me igualmente a aquisição de conhecimentos sobre esta problemática que vieram reforçar e fundamentar a minha prática clínica.

As IACS, definem-se por infeções que não estavam presentes ou em incubação quando a pessoa foi admitida e/ou no início da prestação de cuidados e representam uma preocupação crescente à segurança do doente, sendo responsáveis pelo aumento da morbidade, mortalidade e custos hospitalares⁶³. De acordo com um relatório elaborado

pela OMS referente ao ano de 2022, 15% das pessoas em países em desenvolvimento e 7% das pessoas em países desenvolvidos adquirem pelo menos uma IACS⁶³. Aprofundando esta problemática, o *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* evidencia igualmente no seu relatório de 2022-2023 sobre a prevalência das IACS e o uso de antimicrobianos em hospitais europeus, que 7% das pessoas hospitalizadas adquiriram pelo menos uma IACS⁶⁴. No caso de Portugal a prevalência atingiu os 9,9%, um valor significativamente superior à média europeia⁶⁴. De modo a colmatar este problema, em 2013 foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), integrado no PNSD, que tem como objetivo reduzir a prevalência e incidência das IACS, uniformizando estratégias de vigilância, formação e auditoria em todas as instituições de saúde⁶⁵. Apesar de serem dados de estudos de carácter mais abrangente, evidenciam a relevância de estratégias de prevenção e controlo da infeção, sobretudo em cenários de maior instabilidade clínica e consequentemente maior vulnerabilidade, como é o caso da PSC e/ou falência orgânica. Neste sentido, o EEEMC-PSC possui competências que lhe permitem intervir de forma diferenciada neste âmbito, promovendo práticas seguras sustentadas em evidência científica e contribuindo para a redução do impacto desta problemática crescente.

Como supramencionado, no âmbito académico esta problemática foi explorada de forma mais aprofundada através da elaboração de uma revisão da literatura, com colegas da turma, intitulada de “Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar”⁶⁶, tendo sido publicada na revista *Salutis Scientia*. Esta teve como objetivo identificar as contribuições das ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar, permitindo analisar estratégias inovadoras de prevenção e monitorização das IACS, complementando a prática clínica desenvolvida nos diferentes contextos de estágio, que serão explorados de seguida.

Primeiramente, o estágio profissional realizado no âmbito do SU, foi particularmente desafiante devido à sobrelotação, ritmo e organização do próprio serviço. Tal como mencionado na literatura o SU é caracterizado por ser um ambiente complexo, com um alto fluxo de pessoas e rotatividade constante, onde a proximidade entre as mesmas e os profissionais de saúde, aliada a precauções de isolamento frequentemente inadequadas, aumentam o risco de transmissão de infeções dificultando por vezes o cumprimento rigoroso da prevenção e controlo de infeção⁶⁷. Para além de todas estas características, sendo o SU o primeiro contacto com a pessoa, torna-se ainda mais

fundamental implementar estratégias rigorosas de controlo de infeção de forma precoce. Neste contexto, tive a oportunidade de consultar diversas normas e procedimentos, assim como aplicar e aprofundar conhecimentos adquiridos na elaboração da revisão da literatura anteriormente mencionada. Utilizei sistemas de informação de alerta de IACS, como o HEPIC, um *software* que permite monitorizar e controlar todo o processo de vigilância epidemiológica de IACS, detetando automaticamente a sua presença⁶⁸. Esta ferramenta possibilitou-me participar ativamente na tomada de decisões importantes de prevenção e controlo da infeção. Por exemplo, durante um turno com um elevado fluxo de pessoas, o sistema HEPIC alertou automaticamente para a presença de um microrganismo na análise de uma amostra de uma pessoa durante o registo informático, permitindo que a equipa médica fosse imediatamente informada, adotando simultaneamente medidas de contenção da infeção. Desta forma, participei na decisão de realocar a pessoa, garantindo o cumprimento das precauções de isolamento adequadas e reforçando a aplicação das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), fundamentais na prática clínica por integrarem medidas universais que visam prevenir a transmissão cruzada de microrganismos⁶⁹. O contacto com esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de estar continuamente alerta para situações de risco de infeção, especialmente num ambiente de elevada rotatividade, onde as precauções de controlo da infeção podem nem sempre ser rigorosamente aplicadas. Como futura EEEMC-PSC, esta vivência contribuiu para o meu crescimento profissional, fortalecendo a capacidade de identificar rapidamente situações de vulnerabilidade, implementar medidas de prevenção de forma eficaz e integrar o uso de tecnologias de monitorização com a aplicação rigorosa das PBCI, promovendo a segurança das pessoas e dos profissionais de saúde.

Por outro lado, a UCI caracteriza-se por receber pessoas internadas clinicamente instáveis e mais vulneráveis, submetidas frequentemente a procedimentos invasivos e com períodos de internamento mais prolongados, aumentando o risco de infeções nosocomiais. Segundo o ECDC, a prevalência das IACS nas UCI é de 20,5%, comparativamente a 6,4% registada em todas as outras especialidades combinadas, reforçando a importância da prevenção e controlo de infeções neste contexto, uma vez que as consequências para a pessoa poderão ser particularmente graves⁶⁴. Entre as infeções mais comuns e significativas destacam-se a pneumonia associada à ventilação (PAV), a infeção do trato urinário, sendo a IACS mais frequente e associada à presença de sonda vesical prolongada e a infeção da corrente sanguínea também relacionada com

a presença de cateteres venosos centrais⁶³. Assim, reconheço que ao longo dos estágios realizados nas duas UCI, procurei manter uma atenção contínua e rigorosa na prestação de cuidados preventivos de risco de infeção, antecipando potenciais situações de vulnerabilidade e ajustando a minha prática às necessidades específicas de cada pessoa.

Para além da implementação sistemática das PBCI e das precauções associadas aos diferentes tipo de isolamento, em ambas as unidades apliquei diariamente feixes de intervenções, dirigidos às infeções enunciadas anteriormente, com o objetivo de mitigar o esse mesmo risco de infeção. É evidenciado pela literatura que as *bundles* de intervenção, muito comuns na realidade da UCI, constituem um conjunto estruturado de práticas baseadas em evidência que quando aplicadas de forma adequada, potenciam melhores resultados na prevenção e controlo das IACS^{70,71,72}. Um importante exemplo do benefício destas *bundles* é no caso da PAV, que potencia a redução de complicações, menor duração de ventilação mecânica e consequente otimização da recuperação da PSC⁷¹. Logo, a sua aplicação sistemática está associada ao aumento da segurança do doente, à melhoria da qualidade dos cuidados e à redução da incidência e prevalência de IACS, contribuindo para melhores resultados clínicos e consequentemente para um menor impacto económico e social^{70,71,72}.

Adicionalmente, no estágio profissional que decorreu na UCIP especializada em cuidados pós transplantação, tive contacto com pessoas imunodeprimidas e consequentemente com maior risco de infeções nosocomiais^{63,64}. De acordo com os dados científicos disponíveis, a evidência indica uma prevalência de 28,3% de IACS no primeiro mês pós transplante, o que reforça, tal como preconizado pela PPCIRA, a importância de uma vigilância rigorosa e aplicação sistemática de medidas preventivas neste grupo vulnerável^{65,73}. Contactei com diversas pessoas que necessitavam de precauções de isolamento estritas, assegurando uma adesão criteriosa aos equipamentos de proteção individual, garantindo a proteção da pessoa, bem como a minha segurança e a da restante equipa⁶⁵. Ademais, procurei sensibilizar a equipa para a importância do cumprimento destas medidas, contribuindo para a promoção de uma cultura de segurança na unidade.

No âmbito desta temática, a RAM é também uma preocupação crescente a nível mundial e europeu, estando associada a mais de 35 000 mortes anuais⁷⁴. Em todos os locais de estágio profissional contactei diretamente na prestação de cuidados com diversos microrganismos multirresistentes, onde foi fundamental não só cumprir

rigorosamente as precauções e normas instituídas, como também realizar momentos de educação para a saúde com a pessoa e sua família, contribuindo para a prevenção e redução do impacto da RAM.

Em suma, o desenvolvimento desta competência, permitiu-me planear a minha prestação de cuidados, implementar e monitorizar medidas de prevenção e controlo de infeção e de RAM, adaptadas à PSC.

III.4. Competências de Mestre

No âmbito do MEMC, é também preconizada a aquisição de competências de mestre, conforme definido no Decreto-Lei n.º 74/2006, que estabelece o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior em Portugal⁷⁵. Estas competências não se limitam apenas ao domínio técnico-científico da enfermagem, mas incluem igualmente a capacidade de aprofundar e aplicar conhecimentos em contextos complexos, desenvolver o pensamento crítico e de integrar aprendizagens em situações novas. Logo, enquanto futura EE importa refletir de que forma estas competências foram adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo, não só na vertente académica, como na vertente de estágio profissional.

A atribuição do grau de mestre reúne a aquisição de um conjunto de competências, onde considero que a componente teórica, que constituiu o ponto de partida deste percurso, possibilitou consolidar conhecimentos mais específicos na área da PSC, explorando-os de forma mais aprofundada e com evidência científica mais atualizada. Estes conhecimentos contribuíram de igual modo para o desenvolvimento das minhas capacidades de investigação, evidenciado na elaboração e publicação artigos científicos, como a revisão de literatura sobre as “Ferramentas Digitais na Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar” apresentada no 2º seminário da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa (Anexo 3), e a *scoping review* anteriormente mencionada, apresentada no *Benchmarking* de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2024 (Anexo 4), que exigiram uma análise rigorosa, sistematizada e detalhada. Adicionalmente, participei também no 1º seminário da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, com a apresentação de uma “Análise Crítica do Artigo Científico: *Nurses’ Perspectives on Alternative Communication Strategies Use in Critical Care*” (Anexo 5), reforçando a minha experiência na comunicação e discussão científica. Tal como mencionado na literatura, a investigação é essencial para o avanço da enfermagem, uma vez que sustenta a prática clínica em evidência científica, promovendo uma reflexão e

análise crítica sobre as intervenções realizadas⁷⁶. Inclusive, possibilita uma maior consistência e rigor no conhecimento da profissão, traduzindo-se em benefícios concretos para as pessoas, prevenindo complicações, satisfazendo as suas necessidades humanas e promovendo o seu bem-estar⁷⁶.

A vertente prática é o elemento que finaliza em pleno a aquisição destes conhecimentos e competências. O estágio profissional culminou na atuação em diversos contextos com os quais não tinha experiência prévia, e me permitiram integrar conhecimentos, encontrando soluções para as limitações sentidas, aliando um constante raciocínio crítico. Destaco nesta componente o contacto direto e contínuo com equipas multidisciplinares, que contribuíram significativamente para a minha evolução, onde me proporcionaram momentos de partilha de aprendizagens e *brainstormings*, constituindo um importante pilar no desenvolvimento da minha autonomia, consolidando a minha identidade enquanto futura mestre e EE.

A atribuição do grau de mestre representa um compromisso acrescido com a profissão de enfermagem, onde reconheço que a componente teórica e prática contribuíram para a produção de conhecimento científico e especializado que terá um impacto futuro na promoção da qualidade de vida e do bem-estar da PSC.

IV. Considerações Finais

O percurso formativo do MEMC na área de Especialização de Enfermagem à PSC possibilitou a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de competências diferenciadas, que não só reforçam o sentido de responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem, como também promoveram um crescimento pessoal bastante enriquecedor. Desde o contexto acadêmico, até ao término dos estágios profissionais que foi possível aplicar na prática os conhecimentos adquiridos, aperfeiçoando-os diariamente ao experienciar situações novas e complexas. Durante este período, foram exploradas diferentes abordagens clínicas, reforçando a capacidade de tomada de decisão baseada em evidência e promovendo uma atuação mais reflexiva e crítica.

Os objetivos que me acompanharam ao longo de todo este percurso foram gradualmente alcançados e superados, refletindo-se nas múltiplas atividades implementadas. Em cada um dos contextos de estágio, estas intervenções proporcionaram ganhos significativos para a valorização da profissão de enfermagem, especificamente na área de especialidade mencionada e na melhoria dos cuidados prestados à população.

No SU, a aplicação da escala NEWS e a elaboração de instrumentos de apoio à prática clínica, como a lista de fármacos de emergência e recursos para dinamizar momentos de *debriefing*, não só demonstraram o impacto da intervenção do EE na detecção precoce da deterioração como também na uniformização e melhoria da prática de cuidados. De igual modo, na UCI, a apresentação e implementação da *bundle* ABCDEF representou um avanço estruturado e multidisciplinar na abordagem à PSC. A realização de momentos formativos, materiais de apoio e instrumentos de consulta rápida reforçaram a pertinência de práticas baseadas em evidência, tendo um impacto direto na prevenção de possíveis complicações. Na UCIP especializada em cuidados pós-transplantação, apesar do tema central se focar também na apresentação da *bundle* ABCDEF, a sua adaptação à realidade específica do serviço, aliada à valorização do papel autónomo do enfermeiro, promoveu cuidados mais consistentes, favorecendo a articulação com a equipa multidisciplinar.

As atividades desenvolvidas traduziram-se em contributos relevantes para a prática de enfermagem especializada, permitindo uniformizar procedimentos, reforçar a cultura de segurança e otimizar a capacidade de resposta por parte da equipa. Paralelamente, os momentos formativos realizados de forma unânime em todos os contextos, potenciaram o conhecimento das equipas envolvidas, estimulando a reflexão

crítica sobre a prática de cuidados e evidenciando que a enfermagem, ao assumir uma postura proativa na vigilância clínica, contribui para a prevenção de complicações e para a promoção da excelência na qualidade dos cuidados prestados. Estes ganhos em saúde repercutiram-se de forma transversal, promovendo resultados mais favoráveis para a PSC e contribuindo simultaneamente para o reconhecimento e valorização da profissão de enfermagem.

No entanto, a operacionalização do plano de projeto desenvolvido nos diversos estágios, foi marcado por algumas dificuldades e limitações. No SU, a amostra final de pessoas avaliadas pelas NEWS foi reduzida, dificultando a generalização dos resultados e posteriormente uma análise mais robusta da eficácia da aplicação da escala. Adicionalmente, o elevado fluxo de pessoas condicionou a aplicação sistemática da escala e a monitorização contínua das mesmas, comprometendo a recolha estruturada dos dados. Embora a literatura internacional reconheça a pertinência deste instrumento, a evidência disponível em Portugal, particularmente no contexto dos serviços de urgência, ainda é limitada, tornando mais difícil comparar resultados e fundamentar conclusões específicas. Em ambas as UCI, a concretização plena do plano de projeto foi limitada pelo tempo disponível, o que reduziu a oportunidade de observar diretamente alguns procedimentos essenciais da *bundle* ABCDEF, restringindo uma análise mais abrangente de determinados elementos.

De forma pessoal, este percurso revelou-se extremamente enriquecedor, permitindo-me evoluir enquanto profissional e ser humano. Apesar de reconhecer que exerço funções num serviço de internamento onde a prevalência de situações críticas não é frequente, considero que desenvolvi competências técnicas que se demonstraram úteis na minha prática diária e me permitiram enfrentar desafios e/ou intercorrências com maior segurança. Este caminho contribuiu também para o meu crescimento pessoal, aprimorando a minha capacidade de decisão, a consciência do impacto de cada intervenção na vida das pessoas e fortalecendo qualidades como empatia, resiliência e responsabilidade.

Esta temática é de elevada relevância para a área da Médico-Cirúrgica uma vez que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a promoção da segurança da PSC. Identificando oportunidades de melhoria no serviço onde exerço funções, pretendo aprofundar este tema a curto-prazo de forma a proporcionar contributos duradouros não só para as pessoas internadas, mas também para a própria equipa de

enfermagem, permitindo uma intervenção mais precoce e eficaz na prevenção de complicações. A médio e longo prazo prevê-se dar continuidade a este estudo através do desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua aliada a iniciativas de investigação neste âmbito, que promovam a uniformização de procedimentos e estimulem a reflexão crítica sobre a qualidade dos cuidados.

Terminar este percurso significativamente desafiante em diversas vertentes, reflete um sentimento de realização pessoal muito grande. A temática aprofundada, as estratégias implementadas em diferentes contextos e o contributo atual que a área abordada oferece à profissão de enfermagem, em particular aos EEEMC-PSC, constituem motivos de grande satisfação, reforçando o compromisso contínuo com a excelência dos cuidados.

V. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. [citado 2025 maio 13]. 108 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
2. Lebre A, Resendes A, Paiva A, 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 maio 13]. 65 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
3. Smith D, Cartwright M, Dyson J, Hartin J, Aitken LM. Selecting intervention content to target barriers and enablers of recognition and response to deteriorating patients: an online nominal group study. BMC Health Services Research [Internet]. 2022 [citado 2025 maio 13]; 22 (766): 1-17. Disponível em:10.1186/s12913-022-08128-6
4. Considine J, Fry M, Curtis K, Shaban RZ. Systems for recognition and response to deteriorating emergency department patients: a scoping review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021 [citado 2025 junho 1];29(1): 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00882-6>
5. Connell CJ, Endacott R, Cooper S. The prevalence and management of deteriorating patients in an Australian emergency department. Australas Emerg Care. 2021 [citado 2025 junho 1];24(2):112–120. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.07.008>
6. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS – Report of a working party. London: RCP, 2012 [citado 2025 junho 28]. Disponível em: https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/National%20Early%20Warning%20Score%20%28NEWS%29%20-%20Standardising%20the%20assessment%20of%20acute-illness%20severity%20in%20the%20NHS_0.pdf
7. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report

- of a working party. London: Royal College of Physicians; 2017 [citado 2025 junho 28]. Disponível em: https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkbbf/news2-final-report_0_0.pdf
8. Marra A, Ely E, Pandharipande P, Patel M. The ABCDEF *Bundle* in Critical Care. *Crit Care Clin* [Internet]. 2017 [citado 2025 junho 28];33(2):225-243. Disponível em: doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005
 9. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2006 [citado 2025 junho 28]; 56(5), 472–479. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
 10. Meyer G, Lavin MA. Vigilance: The essence of nursing. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2005 [citado 2025 junho 28];10(3). Disponível em: http://nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_6.htm
 11. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal: Diário da República 2.º série (6 de fevereiro de 2019). 26, pp: 4744 – 4750
 12. Ordem dos Enfermeiros. 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 em Diário da República, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho de 2018). 2018; pp. 19359-19370.
 13. World Health Organization. *Patient safety rights charter* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025 julho 23]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
 14. Royal College of Emergency Medicine. The Management of Emergency Department Crowding [internet]. London: RCEM – Service Design and Configuration Committee; 2024 [citado 2025 julho 23]. Disponível em: <https://79a10773.flowpaper.com/RCEMCrowdingGuidanceJan2024final/#page=1>
 15. Instituto Nacional de Estatística. Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2024) [Internet]. Estoril: Instituto Nacional de Estatística; [citado 2025 julho 23]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012867&contexto=bd&selTab=tab2

16. The Faculty of Intensive Care Medicine. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services. Intensive Care Society [Internet]. 2022 [citado 2025 julho 05]. Disponível em: <https://ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2022-07/GPICS%20V2.1%20%282%29.pdf>
17. Dia Mundial da Saúde. Dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de vida saudável [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 [citado 2025 julho 23]. 23 p. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=471121097&DESTAQUESmodo=2
18. Dia Mundial da Saúde. Quebras sem precedentes no número de atos assistenciais prestados em 2020 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2022 [citado 2025 julho 23]. 25 p. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=536782138&DESTAQUESmodo=2
19. Direção Geral de Saúde, editor. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente [Internet]. 2011 [citado 2025 julho 23]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
20. Frade-Mera MJ, Arias-Rivera S, Zaragoza-García, I, et al. The impact of ABCDE *bundle* implementation on patient outcomes: A nationwide cohort study. *Nursing in Critical Care* [Internet]. 2022 [citado 2025 março 09]; 27(6): pp 772-783. Disponível em: 10.1111/nicc.12740
21. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, paliativa, perioperatória e crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2017 [citado em julho 21]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
22. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company; 2009 [citado 2025 jan 22]. ISBN: 978-08261-25453.
23. Instituto Nacional de Estatística. Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2024) [Internet]. Estoril: Instituto

- Nacional de Estatística; [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012867&contexto=bd&selTab=tab2
24. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021: Demografia NUTS II [Internet]. Estoril: Instituto Nacional de Estatística; [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
25. Ferrito C, Nunes L, Ruivo MA. Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos [Internet]. 2010 [citado 2025 julho 02]; 15:1-37. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
26. Morales PG, Costa R, Moncada MJ. Strategies to ensure the critical patient safety. Enfermería Global [Internet]. 2024 [citado 2025 março 05]; 73: pp 514-527. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.579091>
27. Radwan NM, Mahmoud NE, Alfaifi AH, Alabdulkareem KI. Factors Associated with Prolonged Length of Stay in Intensive Care Unit: Systematic Review and Meta-analysis. Advances in Bioscience and Clinical Medicine [Internet]. 2021 [citado 2025 março 05]; 9(1): pp 30-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.7575/aiac.abcm.v.9n.1p.30>
28. Boehm LM, Pun BT, Stollings JL, et al. A Multisite Study of Nurse-Reported Perceptions and Practice of ABCDEF *Bundle* Components. Intensive and Critical Care Nursing [Internet]. 2020 [citado 2025 março 09]; 60: 102872. Disponível em: 10.1016/j.iccn.2020.102872
29. Serviço Nacional de Saúde: Unidade Local de Saúde Instituição Hospitalar 2. Objetivos e Indicadores: SMI 2024 [documento interno]
30. Caliskan K, Van Diepen M, de Jonge N. Care for transplant recipients in the ICU. *Intensive Care Med.* 2021 [citado 2025 julho 26];47(12):1444-1456. Doi:10.1007/s00134-021-06496-2
31. Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I Série-A, nº205: 2959-2962. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
32. Lei nº156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República (2015). Diário da República: I Série, nº181: 8077-8080. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

33. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition. New York: Oxford University Press; 2001. 413 p.
34. II Jornadas de Emergência Médica de Lisboa. Declaração de Lisboa sobre a Ética da Urgência Médica. Lisboa: 1990 [citado em julho 23]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_lisboa_etica_urgencia_medica.pdf
35. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Rev Bras Bioét. 2006 [citado 2025 junho 27];2(2):158-72. Disponível em: https://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Patrão_Neves_Sentidos_da_Vulnerabilidade.pdf
36. Lei nº 12/93 de 22 de abril de 1993. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Diário Da República n.º 94/1993, Série I-A, 1961–1963. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-1993-692651>
37. Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. Nova Iorque: Nações Unidas; 2017 [cited 2025 fev 10]. Disponível em: https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf
38. Oliveira GN, Nogueira LS, Cruz DALM. Effect of the national early warning score on monitoring the vital signs of patients in the emergency room. Rev Esc Enferm USP. 2022 [citado 2025 agosto 2];56(spe):e20210445. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0445en>
39. Asgarzadeh S, Ebadi A, Saberi Shahrabaki A, Safari S, Aghili SH, Farhang Ranjbar M, Sadeghi S. National Early Warning Score in predicting adverse outcomes for patients admitted to emergency department; a prognostic accuracy study. Arch Acad Emerg Med. 2024 [citado em 2025 setembro 1];12(1):e1. Disponível em: <https://doi.org/10.22037/aaem.v12i1.2155>
40. Regulamento nº101/2015 de 10 de março da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: II Série, nº48: 5948-5952. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
41. Coimbra N. Enfermagem de Urgência e Emergência. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2021. 456 p.

42. Costa FA. *Triagem de Manchester: Intervenção dos Enfermeiros*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde; 2020. 137 p.
43. Holtsmark C, Larsen MH, Steindal SA, Solberg MT. Critical care nurses' role in rapid response teams: A qualitative systematic review. *J Clin Nurs*. 2024 [citado 2025 junho 27];33(10):3831–3843. doi:10.1111/jocn.17196
44. Yuan X, Wan S, Chen Y, Qin W. Competency expectations of nurses in rapid response teams: an interview-based qualitative study. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2022 Jun [citado 2025 junho 28];11(6):2043–9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21037/apm-22-566>
45. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa nº15/DQS/DQCO de 22/06/2010: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Lisboa: Ministério da Saúde. [citado 2025 maio 12]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=16312>
46. Goleman D. *Inteligência Emocional* 29ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores. 2018. 368 p.
47. Pereira RP. Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas. In: Molin RS, editor. *Teoria e Prática de Enfermagem: da Atenção Básica à Alta Complexidade* [Internet]. Guarujá, SP: Editora Científica Digital; 2021 [citado 2025 fev 02]; pp 15-35. Disponível em: 10.37885/210303903
48. Pereira-Mendes, A. O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare* [Internet]. 2016 [citado 2025 jan 5]; 20(1). Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/7528>
49. Vilelas, J. *Investigação o processo de construção do conhecimento*. 3ª ed. Edições Sílabo. 2020. 512 p.
50. Gibbs, G. *Learning by Doing* [Internet]. 1ª ed. Oxford: Oxford Centre for Staff and Learning Development; 2013 [citado 2025 jan 5]. Disponível em: <http://www.brookes.ac.uk/services/ocsltd>
51. American Heart Association. *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. Estados Unidos da América: Orora Visual; 2020. 202 p.

52. Alson RL, Han K, Campbell JE. International Trauma Life Support for Emergency Care Providers. Ninth Edition. United States of America: Pearson; 2020. 402 p.
53. Martins AG, Sousa PP, Marques RM. Conforto: contributo teórico para a enfermagem. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2022 [citado 2025 set 4];27:e85214. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
54. Secunda KE, Kruser JM. Patient-centered and family-centered care in the intensive care unit. *Clin Chest Med*. 2022;43(3):539-550. DOI: 10.1016/j.ccm.2022.05.008.
55. Azoulay E, Vincent JL, Angus DC, et al. Recovery after critical illness: putting the puzzle together—a consensus of 29. *Crit Care*. 2017;21(1):296. DOI: 10.1186/s13054-017-1887-6.
56. Catana C. Os vários tipos de dor: dor física e dor psicológica. Guia de Recursos sobre a Dor. Sociedade Portuguesa da Literacia em Saúde. 57-78
57. International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) [Internet]. 2011 [citado 2025 abr 27]. Disponível em: <https://isaac-online.org/english/about-aac/>
58. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Recomendações para o seguimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos no doente e família [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 28]. Disponível em: https://www.spci.pt/media/grupos/Recomendacoes_modelo_de_seguimento_SPCI_CI_e_followup_doente_e_familia_SPCI_e_OM_2024.pdf
59. Diário da República, editor. Lei de Bases da Protecção Civil n.o 126/2006, Série I [Internet]. 2006. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
60. Direção Geral de Saúde, editor. Orientação n.o 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde [Internet]. 2010. [citado 2025 julho 13] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
61. Wax RS. Preparing the Intensive Care Unit for Disaster. *Critical Care Clinics* [Internet]. 2019 [citado 2025 abril 25]; 35 (2019): pp 551-562. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.008>
62. World Health Organization. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2019 [citado 2025

- fev 02]. ISBN 978-92-4-151618-1. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?sequence=1>
63. World Health Organization. Global report on infection prevention and control. 2023 [citada 2024 novembro 29]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456-eng.pdf?sequence=1>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated point prevalence survey: acute care hospitals. 2023 [citada 2024 novembro 29]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>
65. Diário da República, editor. Despacho no 10901/2022, de 2 de setembro, publicado no Diário da República, 2.a série, n.o 174 atualizado no Despacho no 6386/2023 - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. [Internet]. 2023 [citado 2025 fev 2]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6386-2023-214175433>
66. Costa A, Matias A, Matos J, Bajouco M, Sales L. Ferramentas digitais na prevenção e controlo da infeção hospitalar. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 23];17:37-49. Disponível em: <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoId=32693>
67. Liang SY, Riethman M, Fox J. Infection Prevention for the Emergency Department: Out of Reach or Standard of Care?. *Emergency Medicine Clinics of North America* [Internet]. 2018 [citado 2025 fev 02]; 36 (4): 873-887. Doi 10.1016/j.emc.2018.06.013
68. Oliveira MA. Estudo da Adoção de um Sistema de Prevenção Epidemiológica e Controlo de Infeções [dissertação de mestrado]. [Minho]: Universidade do Minho, Escola de Engenharia; 2017. 93 p.
69. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012: Precauções básicas de controlo de infeção (atualização 31/10/2013). Lisboa: DGS; 2013.
70. Wang L, Wang Z, Guo Y, Zhou W, Li M, Yuan L, et al. Effectiveness of catheter-associated urinary tract infection prevention bundles in intensive care units: a multicenter prospective cohort study. *BMC Infect Dis.* 2025 [citado em 2025 setembro 1];25:63. doi:10.1186/s12879-025-10638-7

71. Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação [Internet]. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2022 [citado 2025 mar 31]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneu_m_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
72. Sachan H, Manu J. Effectiveness of care bundles to prevent central line associated blood stream infection (CLABSI) in patient admitted in ICU: a systematic review. *Int J Sci Res.* 2022;11(6):1053-7. doi:10.21275/SR22616112904.
73. Vesco NL, Fragoso LVC, Beserra FM, Aguiar MIF, Alves NP, Bonates LAM. Infecções relacionadas à assistência à saúde e fatores associados no pós-operatório de transplante hepático. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e2150017. doi: 10.1590/0104-070720180002150017.
74. Conselho da União Europeia. Recomendação do Conselho sobre a intensificação das ações da UE para combater a resistência aos antimicrobianos no âmbito da abordagem Uma Só Saúde. *Jornal Oficial da União Europeia.* 2023 [citado em 2025 setembro 1];C220:1-20. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2023:220:FULL>
75. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, editor. Decreto-Lei n.o 65/2018 [Internet]. *Diário da República n.o 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 - 4182; 2018.* Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
76. Néné M, Sequeira C. *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática.* 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2022. 320 p.