



Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova de Gaia

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

Adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada
à ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos: uma *scoping*
review

Relatório Final de Ensino clínico

Paulo André Magalhães Teixeira da Silva

Vila Nova de Gaia, 2026



Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova de Gaia

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

Relatório Final de Ensino clínico apresentado com vista à obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação
Crítica, sob orientação da Professora Doutora Joana Teixeira e da
Professora Especialista Luísa Ferreira

Paulo André Magalhães Teixeira da Silva

Vila Nova de Gaia, 2026

“Ninguém ignora tudo.
Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire (1981)

AGRADECIMENTOS

À minha família, base e alicerce de tudo, agradeço pelo amor incondicional, pela paciência nas ausências e pelo apoio constante, mesmo nos momentos em que a exaustão ameaçava sobrepor-se à motivação. A vocês, que acreditaram no meu potencial mesmo quando duvidei de mim, deixo a minha mais sincera homenagem.

Aos colegas de percurso, que, com companheirismo, compartilharam experiências, angústias e conquistas, o meu agradecimento pela partilha generosa de saberes e pelo estímulo mútuo que tornaram a caminhada menos solitária e mais significativa.

Aos professores, orientadores e supervisores, expresso o meu profundo reconhecimento pela dedicação, pelo rigor e pelo compromisso com o ensino e a formação de qualidade. Os vossos ensinamentos transcendem o conteúdo técnico e deixam marcas de ética, profissionalismo e humanidade que levarei comigo ao longo de toda a minha trajetória.

Não posso deixar de referir o esforço particular que esta etapa exigiu de mim enquanto profissional da área da emergência, com jornada de trabalho intensa e acima de tudo, como pai de uma criança pequena. Gerir o tempo entre turnos exigentes, a vida familiar e as exigências do ensino clínico foi um exercício diário de resiliência, disciplina e sacrifício. Foram inúmeros os momentos em que o tempo parecia insuficiente, mas a perseverança prevaleceu, sustentada pelo propósito e pelo desejo de superação.

Por fim, dedico este trabalho também àqueles que, ainda que não mencionados individualmente, desempenharam um papel importante neste percurso com palavras de incentivo, gestos de compreensão ou simplesmente estando presentes quando mais precisei.

A mim que nunca duvidei, a todos e a cada um, o meu mais sincero obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

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

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APIC - *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*

BIA – Balão Intra-Aórtico

BIS – *Bispectral Index*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CEC – Circulação Extra-Corporal

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

CT – Cirurgia Cardiotorácica

CV – Cateter Vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

EC – Ensino Clínico

ECD – Exame Complementar de Diagnóstico

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

ESSJPVNG – Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IDSA - *Infectious Diseases Society of America*

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação

JBÍ – Joanna Briggs *Institute*

LA – Linha Arterial

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAVM – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito e Contexto

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré-Hospitalar

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping reviews*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCE – Supervisão Clínica de Enfermagem

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SHEA - *Society for Healthcare Epidemiology of America*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SUB – Serviço de Urgência Básica

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TSR – Técnica de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UDIC – Unidade de Diagnóstico e Intervenção Cardiovascular

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica Não-Invasiva

RESUMO

O presente relatório descreve e analisa criticamente o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O ensino clínico decorreu em contextos assistenciais de elevada complexidade clínica, designadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência, permitindo o desenvolvimento e a consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

O enquadramento teórico sustenta-se nos referenciais de desenvolvimento de competências de Benner e Le Boterf, articulados com os regulamentos profissionais e com os princípios da Prática Baseada na Evidência. Paralelamente, foi desenvolvida uma *scoping review*, orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute e pela mnemónica PCC, com o objetivo de identificar fatores associados à adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos.

Em termos metodológicos, o relatório assenta na prática clínica supervisionada, na análise reflexiva sistematizada e na integração de evidência científica atualizada, articulando a análise do percurso formativo com a componente investigativa.

Os resultados evidenciam o desenvolvimento do raciocínio clínico avançado, da capacidade de avaliação e gestão da instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, da liderança em situações emergentes, da promoção da segurança e qualidade dos cuidados e da humanização da intervenção, com envolvimento da pessoa e da sua família no processo assistencial.

Conclui-se que o percurso formativo contribuiu de forma significativa para a consolidação da identidade profissional enquanto Enfermeiro Especialista, reforçando a articulação entre teoria, prática e investigação e

promovendo uma prática clínica especializada, ética, segura e centrada na pessoa e na família.

Descritores: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados Intensivos; Enfermeiros Especialistas; Prática Clínica Baseada na Evidência.

ABSTRACT

This report describes and critically analyses the educational pathway developed within the Clinical Placement in Nursing Care for the Critically Ill Person, as part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing. The clinical placement took place in highly complex care settings, namely the Cardiac Intensive Care Unit, the Polyvalent Intensive Care Unit and the Emergency Department, allowing for the development and consolidation of the common and specific competencies of the Nurse Specialist.

The theoretical framework is based on the competency development models of Benner and Le Boterf, articulated with professional regulations and the principles of Evidence-Based Practice. In parallel, a *scoping review* was carried out, guided by the Joanna Briggs Institute methodology and the PCC mnemonic, with the aim of identifying factors associated with nurses' adherence to ventilator-associated pneumonia prevention *bundles* in intensive care units.

Methodologically, this report is grounded in supervised clinical practice, systematic critical-reflective analysis and the integration of up-to-date scientific evidence, combining the analysis of the educational pathway with the research component.

The findings highlight the development of advanced clinical reasoning, the ability to assess and manage haemodynamic, respiratory and neurological instability, leadership in emergency situations, the promotion of safety and quality of care, and the humanisation of care, with the involvement of the person and family in the care process.

It is concluded that this educational pathway significantly contributed to the consolidation of professional identity as a Nurse Specialist, strengthening the articulation between theory, practice and research, and promoting a specialised, ethical, safe and person- and family-centred clinical practice.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critically Ill Person; Intensive Care; Nurse Specialists; Evidence-Based Practice

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos gerais da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos	59
Tabela 2 - Objetivos específicos da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos....	60
Tabela 3 - Objetivos pessoais da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.....	61
Tabela 4 - Aquisição de competências da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos	63
Tabela 5 - Objetivos gerais do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência	64
Tabela 6 - Objetivos específicos do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência	65
Tabela 7 - Objetivos pessoais do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência	67
Tabela 8 - Aquisição de competências do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência	68
Tabela 9 - Estratégia de pesquisa aplicada nas bases de dados	95
Tabela 10 - Caracterização dos estudos incluídos na pesquisa	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, elaborado de acordo com as recomendações PRISMA-ScR	96
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	3
1. Cuidados à pessoa em situação crítica	5
2. Enquadramento formativo e desenvolvimento profissional no ensino clínico	6
3. Caracterização do Ensino Clínico	11
4. Caracterização dos contextos de ensino clínico	12
4.1. Cuidados Intensivos Cardíacos	13
4.2. Cuidados Intensivos	15
4.3. Serviço de Urgência.....	18
5. Desenvolvimento de competências	23
5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	24
5.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica	39
5.3. Competências conducentes ao grau de Mestre	46
6. Análise crítico-reflexiva do percurso	52
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	83
1. Resumo.....	85
2. Abstract.....	87
3. Enquadramento.....	89
4. Metodologia.....	92
5. Resultados.....	97
6. Discussão	101
7. Conclusões do estudo	107
Conclusões gerais	109
Referências	111

Anexos.....	118
--------------------	------------

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem assumem crescente complexidade técnica e científica, exigindo profissionais cada vez mais diferenciados e qualificados. A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe competências específicas da área de especialização e outras comuns, transversais aos diferentes contextos de cuidados, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, os cuidados especializados visam melhorar a qualidade de vida da pessoa, através da conceção, implementação e avaliação de intervenções ajustadas às suas necessidades, promovendo a deteção precoce, a estabilização e a recuperação em situações clínicas complexas. Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o foco centra-se na prestação de cuidados à pessoa em risco de falência, ou com falência instalada, de uma ou mais funções vitais, exigindo vigilância, monitorização e terapêutica diferenciadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A Prática Baseada na Evidência constitui um pilar essencial na promoção de cuidados seguros e de qualidade, sendo a investigação em enfermagem indispensável para o desenvolvimento da disciplina e para a sustentação da prática clínica no conhecimento científico atualizado. Como refere Nunes (2017, p. 112), a principal finalidade da investigação em enfermagem reside na produção de conhecimento que sustente a prática profissional.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma infeção nosocomial grave, frequente em pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos submetidas a ventilação mecânica invasiva (Alanazi & Alonazi, 2024; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). A sua ocorrência associa-se ao aumento da morbilidade, da mortalidade, da duração do internamento e dos custos hospitalares (CDC, 2024). Em contexto

de doença crítica, particularmente perante falência multiorgânica, a necessidade de suporte ventilatório aumenta o risco de infecções respiratórias adquiridas no hospital, nomeadamente pneumonia nosocomial (Alanazi & Alonazi, 2024; CDC, 2024).

A implementação sistemática dos *bundles* tem demonstrado benefícios na prevenção da PAVM, contribuindo para a redução da duração da ventilação mecânica, do tempo de internamento e da morbilidade associada, com impacto positivo na segurança e nos resultados em saúde da pessoa em situação crítica. Todavia, a sua eficácia depende de elevados níveis de adesão por parte das equipas. Persistem barreiras como a rotatividade dos profissionais, a escassez de recursos e a ausência de protocolos padronizados, que comprometem a sustentabilidade destas intervenções (Alanazi & Alonazi, 2024; Branco et al., 2020; Martinez-Reviejo et al., 2023; Al-Harthi et al., 2025; Mastrogianni et al., 2023). A identificação e compreensão dessas barreiras revelam-se, por isso, essenciais.

Atendendo à relevância do tema e à sua relação com as competências do Enfermeiro Especialista, foi realizada uma *scoping review* de natureza exploratória e descritiva, conduzida de acordo com a metodologia Do Instituto Joanna Briggs (JBI) (Aromataris & Munn, 2020) e com as recomendações do checklist PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

O presente relatório de ensino clínico apresenta o percurso formativo desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, articulando os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação com a prática clínica supervisionada.

O documento organiza-se em duas partes principais: a primeira dedicada à caracterização dos contextos de ensino clínico e à análise do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista; a segunda reservada à componente de investigação. Termina com as considerações finais, referências bibliográficas e anexos.

PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. Cuidados à pessoa em situação crítica

Os cuidados à pessoa em situação crítica exigem do enfermeiro não apenas domínio técnico mas também capacidade de tomada de decisão em contextos de incerteza, articulação interprofissional e gestão do risco clínico, competências que foram progressivamente consolidadas ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família/cuidador exigem uma observação, colheita e análise contínua, sistemática e sistematizada de dados, com vista ao conhecimento permanente da situação clínica, à previsão e deteção precoce de complicações e à implementação de intervenções precisas, adequadas, eficientes e oportunas (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, desenvolve competências nos cuidados à pessoa com falência orgânica, na dinamização da resposta a situações emergentes e na prevenção e controlo da infeção, dimensões que constituíram o referencial estruturante da prática desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico.

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e à sua família requer dos enfermeiros uma articulação entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Sá, 2015). Neste contexto, a prática do enfermeiro especialista exige uma presença constante, vigilante e humanizada, em que a proximidade no cuidado, aliada à capacidade de avaliação, decisão e intervenção em tempo útil, se revela essencial, particularmente em ambientes como a UCI, marcados pela elevada vulnerabilidade da pessoa, pela rutura com o meio familiar e pela dependência de cuidados.

2. Enquadramento formativo e desenvolvimento profissional no ensino clínico

A Unidade Curricular de Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, constituindo um contexto privilegiado para a consolidação e desenvolvimento de competências especializadas.

No domínio da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o ensino clínico assume particular relevância atendendo à complexidade dos contextos assistenciais, à elevada diferenciação técnico-científica e à necessidade de tomada de decisão em tempo útil. Mais do que um espaço de treino de procedimentos, configura-se como um processo de desenvolvimento profissional avançado, alinhado com os referenciais da profissão e com os princípios da prática baseada na evidência.

Ao longo deste percurso, foram mobilizadas competências relacionadas com a avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, a antecipação e gestão de complicações, a implementação de protocolos terapêuticos complexos, a vigilância contínua, a promoção da segurança dos cuidados, a comunicação eficaz com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar, bem como o exercício da liderança clínica em contextos de elevada instabilidade e exigência assistencial.

A supervisão pedagógica e a orientação clínica revelaram-se fundamentais para a integração progressiva nos contextos de ensino clínico, permitindo o desenvolvimento do raciocínio clínico e a consolidação de uma prática reflexiva, ética e cientificamente sustentada.

Deste modo, o ensino clínico ultrapassa a mera aquisição de competências técnicas, afirmando-se como um processo de maturação profissional. Contribui, assim, para a construção de uma identidade profissional especializada e para a prestação de cuidados centrados na pessoa, humanizados, seguros e de elevada qualidade.

Finalidade

O ensino clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica constitui um momento nuclear no percurso formativo conducente ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao proporcionar o desenvolvimento e a consolidação de competências avançadas em contexto real de prestação de cuidados. A sua finalidade centra-se na capacitação para uma intervenção autónoma, crítica e eticamente fundamentada, dirigida à pessoa e família em situação crítica e/ou falência orgânica, em contextos caracterizados por elevada complexidade clínica, instabilidade e risco acrescido (Ordem dos Enfermeiros, 2018a, 2019).

Neste âmbito, o ensino clínico visa promover o desenvolvimento de competências avançadas na avaliação clínica e na gestão de situações complexas, sustentando uma intervenção eficaz em contextos de emergência, exceção e catástrofe, em conformidade com o perfil de competências definido pela OE.

Para além da dimensão técnico-científica, o ensino clínico assume igualmente uma dimensão identitária e reflexiva, ao permitir a integração progressiva de conhecimentos, competências e atitudes numa lógica de desenvolvimento profissional contínuo.

Deste modo, a finalidade do ensino clínico ultrapassa a mera aquisição de competências técnicas, configurando-se como um processo formativo abrangente, orientado para a excelência clínica, a responsabilidade ética e a consolidação de uma prática especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Referencial de competências do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento do ensino clínico foi orientado por referenciais normativos e formativos que sustentam o exercício especializado em enfermagem, com destaque para o Regulamento n.º 140/2019, relativo às competências comuns do Enfermeiro Especialista, e para o Regulamento n.º 429/2018, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em

Situação Crítica. Estes referenciais enquadram dimensões essenciais do exercício profissional especializado, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e a capacidade de resposta diferenciada perante situações de elevada complexidade, instabilidade clínica e risco de falência orgânica.

Em articulação com os objetivos do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, este quadro orientador permitiu analisar o percurso formativo numa perspetiva integrada, que ultrapassa a dimensão técnico-procedimental, valorizando o desenvolvimento do raciocínio clínico, a tomada de decisão fundamentada, a comunicação terapêutica, a capacidade de análise crítica e a mobilização de evidência científica na prática clínica.

Assim, os referenciais de competências constituíram um suporte estruturante para a análise desenvolvida ao longo do relatório, orientando a interpretação das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de ensino clínico e permitindo evidenciar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e conducentes ao grau de Mestre.

Motivações pessoais e académicas

O percurso profissional desenvolvido ao longo dos anos constituiu um fundamento determinante para a opção pela especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. Desde 1996, o exercício de funções como bombeiro proporcionou contacto contínuo com situações de urgência, emergência e sofrimento humano, exigindo capacidade de resposta em contextos de elevada exigência técnica e emocional. Posteriormente, com a obtenção do título de enfermeiro, em 2009, este percurso foi aprofundado no contexto da emergência pré-hospitalar, nomeadamente em articulação com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Ao longo deste trajeto, a intervenção em múltiplas situações críticas evidenciou a importância da rapidez de atuação, o conhecimento técnico-científico e a tomada de decisão na segurança e sobrevivência da

pessoa em situação aguda. Paralelamente à prática assistencial, o desempenho de funções na área da docência, formação, coordenação e gestão em emergência médica e apoio a eventos, reforça a pertinência desta especialização, não apenas enquanto valorização profissional, mas também como suporte à qualificação do ensino e da formação desenvolvidos.

Importa ainda salientar que o INEM desenvolveu, em 2007, o projeto das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, com o objetivo de reforçar a resposta em emergência médica pré-hospitalar em contextos com constrangimentos de recursos. Estas ambulâncias, tripuladas por um enfermeiro e por um técnico de emergência pré-hospitalar, permitem assegurar uma resposta diferenciada perante situações críticas com potencial compromisso das funções vitais (INEM, 2023). A experiência acumulada nestes contextos consolidou uma clara orientação vocacional para os cuidados à pessoa em situação crítica. Neste sentido, a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica configura-se como uma opção coerente com o percurso profissional e académico, representando um aprofundamento técnico-científico e um compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a segurança da pessoa doente e com o aperfeiçoamento permanente das competências clínicas, humanas e éticas.

A frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, e em particular da Unidade Curricular de Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constituiu uma oportunidade relevante para articular a experiência profissional previamente adquirida com o conhecimento científico mais atualizado.

Enquanto profissional com experiência no contexto pré-hospitalar, reconhece-se o impacto da formação avançada na qualidade e segurança dos cuidados prestados. A articulação entre os contextos extra-hospitalar e hospitalar assume particular relevância na continuidade assistencial da pessoa em situação crítica, pelo que esta especialização contribui para uma intervenção mais integrada, qualificada e centrada na pessoa. Assim, a motivação para a realização deste ensino clínico assenta no interesse pelos cuidados à pessoa em situação crítica, no compromisso com o

desenvolvimento profissional contínuo e na intenção de contribuir para a melhoria da prática clínica, da formação e da qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, o ensino clínico representa mais do que uma etapa curricular, constituindo um marco significativo no percurso profissional, ao reforçar a identidade enquanto enfermeiro e consolidar competências especializadas orientadas para uma intervenção responsável, humanizada, segura e cientificamente fundamentada.

3. Caracterização do Ensino Clínico

A Unidade Curricular de Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, correspondendo ao 2.º semestre do 1.º ano e aos dois semestres do 2.º ano do 2.º ciclo de estudos.

O Ensino Clínico constitui um contexto estruturante para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, promovendo uma intervenção progressivamente mais autónoma, crítica e fundamentada na prestação de cuidados à pessoa e à família em situação crítica e/ou falência orgânica. O ensino clínico decorre em instituições hospitalares, sob supervisão pedagógica de um docente da instituição de ensino e orientação clínica de um enfermeiro especialista, favorecendo o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais, éticas e organizacionais, em articulação com equipas multidisciplinares.

A componente clínica compreende 450 horas de prática em contexto clínico, 20 horas de seminários e 40 horas de orientação tutorial. Esta organização pedagógica permite articular a experiência prática com o acompanhamento pedagógico e reflexão crítica, promovendo o desenvolvimento sustentado de competências especializadas. Os seminários e os momentos de orientação tutorial possibilitam a análise de situações clínicas vivenciadas, aprofundar conteúdos da especialidade, clarificar objetivos de aprendizagem e sustentar a prática em fundamentos científicos, éticos e deontológicos.

Deste modo, o Ensino Clínico constitui um espaço privilegiado de articulação entre formação académica, prática supervisionada e construção da identidade profissional.

4. Caracterização dos contextos de ensino clínico

O ensino clínico foi desenvolvido em diferentes contextos assistenciais num Hospital de referência com valências médico-cirúrgicas diferenciadas, selecionado pela sua relevância para a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A diversidade destes contextos permitiu integrar realidades clínicas distintas, mas complementares, favorecendo uma compreensão mais abrangente do percurso assistencial da pessoa em situação crítica ao longo da cadeia de cuidados. A realização do ensino clínico em serviços de cuidados intensivos e de urgência proporcionou contacto com ambientes de complexidade clínica, exigindo vigilância contínua, antecipação de complicações e tomada de decisão em tempo útil. Estes contextos favoreceram o desenvolvimento do raciocínio clínico, da priorização, da gestão do risco e da mobilização integrada de conhecimentos técnico-científicos, éticos e relacionais.

Os contextos de cuidados intensivos permitiram aprofundar competências relacionadas com a monitorização avançada, o suporte de funções vitais, a gestão de protocolos complexos, a prevenção e controlo da infeção e a articulação com a família. Por sua vez, o serviço de urgência possibilitou consolidar competências na abordagem inicial à pessoa em situação aguda, na capacidade de priorização clínica, na resposta rápida a situações emergentes e na articulação entre diferentes áreas de cuidados. A experiência em contextos distintos, mas articulados, contribuiu para uma visão integrada do percurso da pessoa em situação crítica, evidenciando a importância da continuidade assistencial, da comunicação eficaz entre equipas e da articulação interprofissional para a qualidade e segurança dos cuidados.

Neste enquadramento, a caracterização dos contextos de ensino clínico permite compreender de que modo as especificidades organizacionais, assistenciais e funcionais de cada serviço influenciaram o processo de

aprendizagem e o desenvolvimento das competências especializadas. Seguidamente, apresentam-se os diferentes contextos clínicos nos quais decorreu o ensino clínico, evidenciando-se os seus contributos para o percurso formativo realizado.

Ensino clínico 2º semestre

4.1. *Cuidados Intensivos Cardíacos*

A Cardiologia é uma especialidade médica marcada por patologia clínica específica e diversificada, por uma crescente componente invasiva e pela exigência de conhecimentos altamente especializados. Apoia-se em múltiplas técnicas de diagnóstico e integra áreas de subespecialização reconhecidas, nomeadamente a Cardiologia de Intervenção e a Eletrofisiologia Cardíaca.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), os avanços no diagnóstico e tratamento das doenças cardíacas, designadamente através da ecocardiografia, das técnicas angiográficas e da evolução terapêutica farmacológica e intervencionista, permitiram uma melhoria significativa dos resultados em saúde, com redução da morbilidade e da mortalidade. As doenças cardiovasculares continuam, contudo, a constituir uma das principais causas de morte na Europa, incluindo em Portugal, destacando-se a doença isquémica do coração, nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio, e a doença cerebrovascular.

Os Cuidados Intensivos Cardíacos correspondem a unidades hospitalares dedicadas à vigilância, ao diagnóstico e ao tratamento intensivo de pessoas com patologia cardiovascular aguda e crítica, frequentemente com falência de órgãos vitais. Destinam-se a pessoas doentes com situações potencialmente reversíveis, como choque cardiogénico, enfarte agudo do miocárdio ou arritmias complexas, que necessitam de monitorização contínua, intervenção médica especializada e suporte avançado de funções vitais. De acordo com a classificação da Sociedade Europeia de Cardiologia, estas unidades podem organizar-se em diferentes níveis de complexidade, sendo as unidades de nível III aquelas que apresentam maior diferenciação técnico-

científica e capacidade de resposta a situações críticas complexas (Bonnefoy-Cudraz et al., 2018; ACSS, 2024).

O primeiro ensino clínico decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC). Esta tem como missão prestar cuidados diferenciados à pessoa com patologia cardíaca, assegurando a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados, bem como promover a segurança, a qualidade e a atualização técnico-científica dos profissionais. Ao nível assistencial, a UCIC presta cuidados à pessoa com patologia cardíaca que necessita de vigilância contínua e, em alguns casos, suporte avançado de órgãos, recorrendo a dispositivos de assistência ventricular, ECMO, suporte ventilatório e técnicas de substituição renal, correspondendo a uma unidade de nível III. Integra uma unidade intermédia de cardiologia, de nível II, destinada à vigilância e monitorização contínuas da pessoa com patologia cardíaca de menor gravidade. Recebe pessoas doentes provenientes do Serviço de Urgência, do internamento, da Consulta de Cardiologia bem como de outras instituições hospitalares, constituindo ainda um centro de referência para o tratamento da cardiopatia estrutural. A unidade dispõe de vários postos funcionais, incluindo unidades de isolamento, a central de enfermagem funciona em sistema aberto, complementado por videovigilância, favorecendo monitorização contínua e proximidade assistencial.

Relativamente à casuística do serviço, as patologias mais frequentes incluem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, edema agudo do pulmão, miocardite, pericardite, doença valvular e choque cardiogénico com falência multiorgânica. Em média, o tempo de internamento situa-se entre 24 e 48 horas, refletindo a natureza aguda, dinâmica e intensiva dos cuidados prestados.

No que se refere aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por vários enfermeiros, dos quais cerca de um terço detêm especialidade em enfermagem, incluindo 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um enfermeiro de reabilitação, com diferenciação na área cardíaca. Integra ainda médicos especialistas em cardiologia, internos de diferentes especialidades, técnicas auxiliares de

saúde e uma assistente técnica administrativa. Em termos de rácios, a Unidade Intermédia funciona com um enfermeiro para três pessoas doentes, enquanto na UCIC o rácio é de um enfermeiro para duas pessoas doentes. A distribuição dos enfermeiros por turno é organizada pelo enfermeiro gestor, que designa o enfermeiro coordenador de turno, habitualmente um enfermeiro especialista, procurando assegurar uma composição equilibrada da equipa, numa lógica compatível com os estádios de progressão descritos por Benner (2001).

Ainda previamente ao contacto direto com a unidade de ensino clínico, foi possível realizar um turno de observação em Consulta de Cardiologia, dedicada à prestação de cuidados em consulta externa e à realização de exames de diagnóstico não invasivos da doença cardiovascular.

A integração neste contexto de ensino clínico revelou-se particularmente relevante pelo elevado grau de diferenciação técnica e pela complexidade dos cuidados prestados à pessoa com patologia cardiovascular aguda e crítica. A diversidade dos quadros clínicos, a necessidade de monitorização contínua e a articulação com diferentes unidades funcionais do Departamento de Cardiologia tornaram este contexto especialmente enriquecedor para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Do ponto de vista crítico-reflexivo, este ensino clínico permitiu reconhecer a importância da vigilância sistemática, da antecipação de complicações e da articulação entre tecnologia, raciocínio clínico e humanização dos cuidados, num contexto em que a instabilidade clínica exige intervenções rápidas, seguras e cientificamente fundamentadas.

Ensino clínico 3º semestre 1º momento

4.2. *Cuidados Intensivos*

O segundo contexto de ensino clínico decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), unidade vocacionada para a prestação de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica, com falência orgânica iminente ou instalada, e necessidade de vigilância contínua, monitorização avançada e

terapêutica altamente diferenciada. Este contexto assume particular relevância no percurso formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, dada a complexidade clínica das situações assistidas, a elevada exigência técnico-científica e a necessidade de tomada de decisão em tempo útil.

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2024), a medicina intensiva tem assumido crescente relevância organizacional e assistencial, tendo a experiência pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) evidenciado a necessidade de reforçar e atualizar as recomendações técnicas, estruturais e funcionais destas unidades. Os serviços de medicina intensiva destinam-se à monitorização e tratamento de pessoas em estado crítico, mas potencialmente recuperáveis, cuja sobrevivência depende frequentemente de suporte avançado de funções vitais em situações de falência iminente ou estabelecida. De acordo com a Rede de Referenciação de Medicina Intensiva, os cuidados intensivos organizam-se em três níveis de diferenciação (I, II e III), sendo as unidades de nível III aquelas que asseguram a resposta mais diferenciada à pessoa em situação crítica, com capacidade de monitorização contínua e suporte avançado de funções vitais (ACSS, 2016). A articulação entre unidades de cuidados intensivos e intermédios assume relevância na gestão eficiente de recursos e na adequação da resposta às necessidades clínicas.

Trabalhos como os de Macedo et al. (2016) destacam a utilidade da escala Nursing Activities Score (NAS) na avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. A utilização de instrumentos desta natureza permite relacionar a intensidade dos cuidados necessários com a adequação dos recursos disponíveis, reforçando a importância de uma gestão sustentada das dotações seguras em enfermagem.

O SMI é uma unidade de prestação de cuidados diferenciados na área da pessoa em situação crítica. Entende-se por doente crítico aquele que “apresenta a sua vida 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” (OE, 2011, p. 8665). Segundo a

classificação do Ministério da Saúde, o SMI corresponde a uma unidade de nível III, com equipa médica e de enfermagem funcionalmente dedicadas, presença física permanente de intensivista, acesso a meios diferenciados de monitorização, diagnóstico e terapêutica, medidas de controlo contínuo da qualidade e programa de ensino e treino em cuidados intensivos.

Do ponto de vista estrutural, o serviço encontra-se organizado em alas com unidades individualizadas, incluindo quartos com antecâmara e sistema pressurizado, assegurando vigilância central e observação contínua das pessoas doentes, bem como circuitos rigorosos de acesso, higiene e desinfeção. Cada unidade dispõe de monitores, ventiladores, sistemas de perfusão e sistemas informáticos de apoio ao registo clínico, à gestão de consumos e à articulação com a farmácia.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e assistentes técnicos. No grupo de enfermagem, o serviço integra um enfermeiro gestor, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com mestrado integrado, bem como profissionais com formação pós-graduada em diferentes áreas, o que evidencia uma cultura profissional marcada pela qualificação, diferenciação e investimento contínuo no desenvolvimento formativo. O médico intensivista encontra-se em permanência física, sendo os cuidados de enfermagem assegurados por cerca de 20 enfermeiros por turno, com rácio máximo de duas pessoas doentes por enfermeiro. A equipa organiza-se em equipas de trabalho, cada uma com um coordenador, existindo ainda uma equipa de Enfermagem de Reabilitação, com presença de enfermeiros especialistas nesta área no turno da manhã.

Relativamente às dotações seguras em enfermagem, o serviço dispunha, em 2025, de recursos humanos suficientes para assegurar a prestação de cuidados, mantendo-se um rácio enfermeiro/doente de 1:2. A análise destes dados, articulada com a utilização de instrumentos como a NAS, evidencia a preocupação do serviço com a adequação dos recursos de enfermagem à complexidade e à intensidade dos cuidados prestados.

Outro aspeto relevante neste contexto é a forte dinâmica formativa instituída no serviço, abrangendo a equipa de enfermagem, a equipa médica

e os técnicos auxiliares de saúde. Esta cultura de aprendizagem contínua constitui um contributo importante para a atualização técnico-científica, a padronização de boas práticas e a consolidação de uma intervenção interdisciplinar mais consistente e segura. De especial importância para este percurso formativo foi também o contacto com projetos e programas de melhoria em curso no serviço, entre os quais o Programa STOP Infecção 2.0 da DGS, o projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da segurança do doente, com dupla verificação na preparação da terapêutica e lista de verificação de segurança na transição de cuidados, e o projeto de candidatura à acreditação da idoneidade formativa pela OE. Estes projetos evidenciam o investimento do serviço na prevenção e controlo da infeção, na segurança do doente, na continuidade assistencial, na valorização da supervisão clínica e na qualidade formativa.

Do ponto de vista crítico-reflexivo, a integração neste contexto revelou-se particularmente enriquecedora, não apenas pela complexidade técnico-científica dos cuidados prestados, mas também pelo contacto com uma estrutura organizacional fortemente orientada para a segurança, qualidade e formação contínua. A experiência no SMI permitiu aprofundar competências relacionadas com a vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica, a gestão da instabilidade clínica, a prevenção de complicações, a articulação interprofissional e a tomada de decisão fundamentada. Simultaneamente, possibilitou compreender de forma mais clara a relação entre qualidade estrutural, adequação das dotações seguras em enfermagem, cultura de melhoria contínua e excelência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e à sua família.

Ensino clínico 3º semestre | 2º momento

4.3. Serviço de Urgência

De acordo com o SNS (2019), os serviços de urgência hospitalar constituem unidades de ação médica integradas em equipas multidisciplinares e multiprofissionais, cuja missão é assegurar a prestação de cuidados em situações classificadas como urgentes ou emergentes. Organizam-se de

forma progressiva e diferenciada, com níveis variáveis de recursos humanos e técnicos ajustados à complexidade das situações clínicas, classificando-se em Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Urgência Básica.

No plano conceptual, a urgência corresponde a uma situação clínica de instalação súbita, de gravidade variável, com risco de evolução para falência de funções vitais, exigindo avaliação e intervenção em curto espaço de tempo, enquanto a emergência implica compromisso instalado ou iminente de uma ou mais funções vitais, requerendo resposta imediata (DGS, 2001). Os serviços de urgência integram o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), articulando a resposta pré-hospitalar e hospitalar com o objetivo de assegurar continuidade, eficiência e qualidade dos cuidados. Trata-se de contextos particularmente exigentes, marcados por elevada rotatividade, necessidade de priorização clínica contínua, gestão simultânea de situações de gravidade variável e tomada de decisão em tempo útil. Apesar da sua relevância assistencial, mantém-se a utilização inadequada destes serviços por parte de pessoas com situações não urgentes, o que contribui para a sobrecarga das equipas, o aumento dos tempos de espera e a diminuição da eficiência global da resposta.

O Serviço de Urgência constitui uma das principais estruturas hospitalares de resposta imediata a situações agudas. Integrado no SNS, assume uma função estratégica na rede hospitalar, abrangendo uma área populacional extremamente abrangente. A sua localização geográfica confere-lhe particular importância regional.

Este serviço integra-se numa Urgência Polivalente, o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência no Serviço Nacional de Saúde, vocacionado para o atendimento de pessoas doentes críticas e de elevada complexidade clínica, com recursos humanos, técnicos e valências especializadas. Dispõe de um Serviço de Medicina Intensiva, reforçando a capacidade de resposta à pessoa em situação crítica e a articulação com o Serviço de Urgência.

Em termos de procura assistencial, o Serviço de Urgência enfrenta elevada pressão organizacional. De acordo com documentos institucionais deste Hospital, uma proporção relevante dos episódios de urgência corresponde a situações de menor prioridade clínica, o que aumenta a exigência na gestão de fluxos assistenciais, na priorização clínica e na adequação dos recursos disponíveis, em conformidade com a organização dos serviços de urgência definida no SNS (DR, 2006).

Em síntese, o serviço deste Hospital representa um pilar estruturante da resposta hospitalar de emergência, conjugando capacidade técnica, recursos humanos especializados e articulação interinstitucional. As melhorias introduzidas ao nível da infraestrutura e da organização reforçam o seu papel estratégico na prestação de cuidados urgentes e emergentes com qualidade e segurança.

Relativamente ao processo de integração de enfermeiros, este é da responsabilidade do Enfermeiro Gestor, cabendo-lhe seleccionar o profissional que acompanhará o novo elemento ao longo do processo de integração, designado como Enfermeiro Integrador. De acordo com o manual de integração, este profissional deve reunir critérios pessoais e profissionais adequados, designadamente responsabilidade, conhecimentos técnico-científicos, capacidade de planeamento e competências relacionais compatíveis com o acompanhamento de novos elementos. Durante o período de integração, o novo elemento deverá cumprir, sempre que possível, o horário do Enfermeiro Integrador, de forma a favorecer a continuidade do acompanhamento e a progressão sustentada da aprendizagem. Quando tal não seja possível, o processo deverá ser assegurado por outro enfermeiro da equipa com perfil adequado. Esta organização evidencia a importância atribuída pelo serviço ao acolhimento profissional, à transmissão estruturada de conhecimentos e à segurança do processo de inserção em contexto clínico diferenciado.

Do ponto de vista formativo, a realização do ensino clínico em Serviço de Urgência evidenciou-se particularmente significativa, não apenas pelo contacto com situações clínicas agudas e emergentes, mas também pela

proximidade funcional com a experiência prévia enquanto enfermeiro de Suporte Imediato de Vida. A atuação neste âmbito envolve contacto frequente com patologias tempo-dependentes, doentes ventilados, politraumatizados, situações de paragem cardiorrespiratória e necessidade de estabilização em sala de emergência, realidades que também marcam a atividade do enfermeiro em contexto de emergência pré-hospitalar. A paragem cardiorrespiratória constitui uma das principais causas de morte na Europa. No contexto da emergência pré-hospitalar, as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida asseguram cuidados diferenciados às vítimas em situação crítica, funcionando em articulação com meios de maior diferenciação, nomeadamente equipas com capacidade para Suporte Avançado de Vida (Gräsner et al., 2021; INEM, 2021).

Deste modo, a experiência no Serviço de Urgência permitiu consolidar e aprofundar competências particularmente relevantes para a prática enquanto enfermeiro SIV, nomeadamente a avaliação sistematizada e rápida da pessoa em situação crítica, a priorização clínica, a interpretação eletrocardiográfica, a implementação de protocolos de atuação, a articulação em contexto de vias verdes e a continuidade assistencial entre os contextos pré-hospitalar e hospitalar. De acordo com Oliveira (2011), o enfermeiro SIV mobiliza competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas ajustadas à complexidade do contexto pré-hospitalar. Neste enquadramento, assume especial relevância a Competência Acrescida em Emergência Extra-Hospitalar, regulamentada pela OE (2018b), na medida em que valoriza conhecimentos, capacidades e atitudes específicas para a tomada de decisão em contexto de emergência, para a atuação diferenciada em cenários de elevada exigência e para a prestação de cuidados seguros e fundamentados.

Do ponto de vista crítico-reflexivo, o ensino clínico em Serviço de Urgência constituiu um contexto particularmente relevante para reforçar uma prática mais diferenciada, fundamentada e articulada com as exigências da emergência médica pré-hospitalar. A experiência permitiu aprofundar o raciocínio clínico em situações tempo-dependentes, consolidar a capacidade de priorização e decisão em contexto de instabilidade e reconhecer a

importância da articulação entre contextos assistenciais para a continuidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

5. Desenvolvimento de competências

Quando se aborda o desenvolvimento de competências em enfermagem, emergem inevitavelmente conceitos como integração, mobilização de recursos e articulação entre saber, saber-fazer e saber-ser, numa perspetiva dinâmica e contextual da ação profissional (Le Boterf, 2005). Neste enquadramento, a competência não se reduz à execução técnica de tarefas nem ao desempenho meramente observável, resultando, antes, da capacidade de integrar conhecimentos, capacidades, atitudes e juízo clínico perante a singularidade de cada situação, mobilizando-os de forma pertinente, segura e eficaz.

A profissão de enfermagem exige competências científicas, técnicas, éticas e humanas que asseguram a qualidade dos cuidados prestados, tornando essencial a existência de percursos formativos estruturados, coerentes e pedagogicamente sustentados. Segundo Benner (2001), a aquisição e desenvolvimento de competências torna-se mais consistente quando assentes em bases pedagógicas sólidas e em processos de aprendizagem experiencial, nos quais a prática, a reflexão e o confronto com situações reais assumem um papel determinante. No seu trabalho *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*, a autora descreve o desenvolvimento das competências clínicas através de cinco estádios progressivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito; defendendo que o enfermeiro evolui à medida que articula o conhecimento teórico com a experiência vivida, adquirindo maior capacidade de análise, priorização, tomada de decisão e resposta perante situações complexas e imprevisíveis.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento profissional em enfermagem não constitui um processo linear, nem exclusivamente dependente do tempo de exercício, mas antes um percurso progressivo de integração entre conhecimento, experiência e reflexão crítica. Para Benner (2001), o enfermeiro especialista deve evidenciar conhecimentos técnicos, capacidade de decisão, comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade, criatividade, espírito crítico e conduta ética. De forma convergente, Le Boterf (2005) entende a competência como uma construção contextualizada, resultante da

mobilização articulada de múltiplos recursos pessoais e profissionais, numa lógica holística da ação. Foi neste enquadramento conceptual que se desenvolveu o presente percurso de ensino clínico, ao longo do qual a vivência em contextos clínicos distintos, mas complementares, permitiu consolidar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, bem como competências conducentes ao grau de Mestre. A diversidade e complexidade das situações experienciadas favoreceram a articulação entre conhecimento científico, prática supervisionada e reflexão crítica sistematizada, possibilitando uma evolução progressiva no domínio técnico-científico, ético, relacional, organizacional e investigativo.

A análise que se segue encontra-se estruturada em três dimensões complementares. Num primeiro momento, apresentam-se as competências comuns do enfermeiro especialista, evidenciando-se a forma como estas foram mobilizadas nos diferentes contextos de ensino clínico. Seguidamente, abordam-se as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, demonstrando a sua relação com as experiências clínicas vivenciadas. Por fim, procede-se à análise das competências conducentes ao grau de Mestre, procurando explicitar a articulação entre prática clínica, investigação, pensamento crítico e desenvolvimento autónomo do conhecimento.

Importa referir que esta análise se sustenta nas experiências descritas e sistematizadas nas tabelas de objetivos e de aquisição de competências, as quais funcionam como suporte organizador do percurso desenvolvido. Deste modo, a reflexão apresentada não se limita à enumeração das atividades realizadas, procurando, antes, demonstrar de que forma essas experiências contribuíram para a consolidação progressiva das competências exigidas ao enfermeiro especialista e ao mestre em enfermagem.

5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista constituem um eixo transversal ao exercício especializado em enfermagem,

independentemente da área de atuação, integrando dimensões essenciais como a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No contexto do presente ensino clínico, estas competências foram mobilizadas de forma integrada e progressiva, em estreita relação com as situações clínicas vivenciadas, com os objetivos definidos para cada contexto e com a reflexão sistematizada do percurso desenvolvido.

A sua análise permite evidenciar não apenas a capacidade de prestação de cuidados tecnicamente diferenciados, mas também a consolidação de uma prática profissional ética, segura, crítica, reflexiva e orientada para a qualidade. Neste sentido, os domínios que se apresentam de seguida devem ser compreendidos como dimensões interdependentes, cuja expressão prática se materializou através das experiências descritas nas tabelas orientadoras do ensino clínico e das oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelos diferentes contextos assistenciais.

5.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui uma dimensão estruturante do exercício do enfermeiro especialista, traduzindo-se numa prática eticamente orientada, legalmente sustentada e centrada na segurança, no rigor e na qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Ao longo do ensino clínico, esta competência foi mobilizada de forma transversal nos diferentes contextos clínicos, particularmente perante situações de elevada complexidade, instabilidade e vulnerabilidade, nas quais a intervenção exigiu não apenas conhecimento técnico-científico, mas também discernimento ético, prudência clínica e responsabilização profissional. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica implicou a observância rigorosa dos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, sobretudo em contextos em que a gravidade clínica, a limitação funcional da pessoa ou a urgência da intervenção tornavam a atuação particularmente exigente. Neste âmbito, a responsabilidade profissional manifesta-se na vigilância sistemática da pessoa em situação

crítica, na adequação das intervenções ao seu estado clínico, no cumprimento de normas e protocolos institucionais e na utilização segura de dispositivos, técnicas e terapêuticas complexas, em consonância com os limites da competência profissional e com os referenciais ético-legais da profissão (OE, 2019).

A dimensão ética desta competência tornou-se particularmente evidente na relação com a pessoa e a família, nomeadamente na necessidade de comunicar informação clínica de forma clara, prudente e ajustada ao contexto. A transmissão adequada de informação à família, respeitando os princípios da bioética, constitui uma dimensão essencial de uma abordagem humanizada, mesmo em contextos adversos e de elevada complexidade clínica (Mentzelopoulos et al., 2018), conforme evidenciado nos objetivos relacionados com a humanização dos cuidados e a comunicação terapêutica com a pessoa e família (Tabela 5). Do mesmo modo, o respeito pela confidencialidade, privacidade e proteção da informação clínica assumiu relevância constante, particularmente em contextos de elevada rotatividade assistencial e intensa circulação de informação entre equipas. A aplicação de metodologias estruturadas de comunicação, como a ISBAR, contribuiu para uma transmissão mais segura, sistematizada e profissional da informação clínica, reforçando a continuidade dos cuidados e a segurança da pessoa doente.

A prática desenvolvida permitiu ainda reconhecer que a responsabilidade profissional do enfermeiro especialista não se limita à execução correta de procedimentos, abrangendo também a capacidade de refletir criticamente sobre a ação, reconhecer limites, solicitar apoio quando necessário e atuar de forma ética perante dilemas ou situações de maior complexidade. Nesta perspetiva, a reflexão crítica sistemática sobre as experiências vivenciadas revela-se essencial para consolidar uma prática mais consciente, fundamentada e alinhada com os valores da profissão (Benner, 2001; Le Boterf, 2005).

Globalmente, a vivência em contextos de urgência e cuidados intensivos permitiu consolidar a competência de responsabilidade profissional, ética e legal, ao exigir uma intervenção tecnicamente

diferenciada, eticamente sustentada e legalmente enquadrada, centrada na pessoa e na família.

5.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui uma competência essencial do enfermeiro especialista, traduzindo-se na capacidade de analisar criticamente a prática, identificar oportunidades de melhoria e promover intervenções orientadas para a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados prestados. Esta competência implica o desenvolvimento de práticas de qualidade, a dinamização de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e a participação em processos de monitorização, avaliação e melhoria contínua, contribuindo para a excelência do exercício profissional e para a segurança da pessoa cuidada (OE, 2019).

Ao longo do ensino clínico, esta competência foi mobilizada através da reflexão sistemática sobre a prática, da observação crítica da organização dos cuidados e da valorização de instrumentos que permitem monitorizar a intensidade assistencial e adequar a resposta às necessidades clínicas da pessoa em situação crítica. Neste contexto, a utilização da escala NAS revela-se particularmente relevante, por permitir avaliar a carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos e contribuir para uma leitura mais objetiva da complexidade assistencial e das necessidades de recursos humanos (Macedo et al., 2016).

A reflexão sobre a prática, aliada à utilização de ferramentas como a escala NAS, contribuiu para monitorizar a carga de trabalho e para a identificação de necessidades de adequação de recursos humanos. Em contextos como o Serviço de Medicina Intensiva, o rácio de 1 enfermeiro para 2 pessoas doentes constitui uma referência organizacional importante, exigindo capacidade de priorização, gestão segura dos cuidados e adaptação contínua às exigências do contexto clínico. (Ver objetivo específico n.º 3 da Tabela 6 e competência adquirida n.º 5 da Tabela 8). Esta realidade permitiu compreender que a qualidade dos cuidados não depende exclusivamente da

competência técnica individual, mas também da adequação das dotações seguras em enfermagem, da gestão equilibrada da carga de trabalho e da existência de condições organizacionais que favoreçam uma resposta clínica segura e sustentada.

Paralelamente, a integração em serviços com projetos de segurança do doente, prevenção e controlo da infeção, dupla verificação da terapêutica e utilização de listas de verificação permitiu reforçar a compreensão da qualidade como um processo contínuo, transversal e partilhado entre profissionais e equipas. Por conseguinte, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados foi sendo consolidada não apenas pela adesão a práticas instituídas, mas também pela capacidade de refletir criticamente sobre o seu impacto na segurança, continuidade assistencial e excelência dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica (ver Tabela 5 e competências adquiridas da Tabela 8 relacionadas com segurança, qualidade e prevenção da infeção).

5.1.3. Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados constitui uma competência central do enfermeiro especialista, traduzindo-se na capacidade de planejar, priorizar, coordenar e avaliar intervenções de enfermagem em função das necessidades da pessoa, da complexidade clínica e dos recursos disponíveis. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, esta competência implica a gestão dos cuidados com otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, a adaptação da liderança e dos recursos às situações e ao contexto e a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Ao longo do ensino clínico, esta competência foi mobilizada em contextos marcados por elevada intensidade assistencial, instabilidade clínica e necessidade de resposta rápida e diferenciada. A articulação com a equipa multidisciplinar, a adaptação aos diferentes turnos e a coordenação de intervenções em contextos de elevada exigência técnica evidenciaram a capacidade de gerir cuidados em ambientes complexos, nos quais a

organização, a priorização e a articulação das intervenções assumem particular relevância. O planeamento de cuidados a pessoas com múltiplos dispositivos e necessidade de vigilância contínua constituiu um exemplo concreto da necessidade de integrar informação clínica diversa, antecipar complicações e adequar intervenções à evolução do estado clínico, conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com a gestão, organização e monitorização de cuidados à pessoa em situação crítica (Tabelas 1, 2 e 8).

A gestão dos cuidados revelou-se particularmente exigente perante situações em que a pessoa em situação crítica apresentava múltiplas necessidades em simultâneo, exigindo articulação entre monitorização, terapêutica, vigilância de dispositivos invasivos, comunicação com a equipa e adaptação permanente do plano de cuidados. Nestes contextos, tornou-se evidente que gerir cuidados não se limita à distribuição de tarefas, antes implica capacidade de decisão, definição de prioridades, coordenação da resposta assistencial e responsabilização pela continuidade e segurança dos cuidados prestados, conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com gestão, coordenação e monitorização de cuidados à pessoa em situação crítica (Tabelas 1, 2 e 8).

A colaboração com o enfermeiro tutor permitiu igualmente compreender dinâmicas de liderança clínica, gestão de recursos humanos e materiais e organização do serviço, contribuindo para uma perceção mais concreta da dimensão de gestão do papel do enfermeiro especialista. Embora a exigência dos cuidados diretos nem sempre tenha permitido aprofundar de forma alargada esta vertente, foi possível reconhecer a sua importância no funcionamento dos serviços, na adequação da resposta assistencial e na qualidade global dos cuidados prestados (ver objetivo específico relacionado com liderança e organização dos cuidados da Tabela 6 e competência adquirida relativa à gestão e coordenação de cuidados da Tabela 8).

Globalmente, a experiência desenvolvida permitiu consolidar a competência de gestão dos cuidados, ao evidenciar a importância da articulação entre planeamento, priorização, coordenação e avaliação contínua das intervenções de enfermagem. Esta competência revelou-se fundamental

para assegurar cuidados seguros, organizados e centrados na pessoa em situação crítica, em consonância com os referenciais do enfermeiro especialista e com as exigências dos contextos clínicos experienciados.

5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

5.1.4.1. Promoção do Desenvolvimento Profissional

Ao longo do ensino clínico, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais constituiu uma dimensão transversal ao percurso, expressando-se através da atualização científica contínua, da participação em iniciativas formativas, da partilha de conhecimento com as equipas e da reflexão sistemática sobre a prática. Para além da aprendizagem decorrente da experiência clínica direta, procurou-se o envolvimento em oportunidades formais e informais de formação e atualização, incluindo congressos, jornadas, seminários, *webinars*, formação em serviço, docência, organização de atividades formativas e produção científica. Estas iniciativas contribuíram para consolidar competências de comunicação técnico-científica, pensamento crítico, disseminação do conhecimento e desenvolvimento profissional contínuo. As principais atividades formativas, científicas e de partilha do conhecimento desenvolvidas ao longo deste percurso encontram-se sistematizadas no Anexo I (ver objetivo pessoal relacionado com desenvolvimento profissional e atualização científica da Tabela 3 e competência adquirida relativa ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais e disseminação do conhecimento da Tabela 4).

A participação em atividades de natureza científica e formativa, bem como a produção e disseminação de conhecimento em contexto profissional, contribuíram para consolidar esta competência, ao favorecerem a articulação entre prática clínica, desenvolvimento profissional e pensamento crítico. Neste domínio, foram particularmente relevantes as iniciativas relacionadas com a prática baseada na evidência, a formação em áreas específicas da pessoa em situação crítica, a valorização da comunicação técnico-científica como instrumento de melhoria contínua dos cuidados e a participação em atividades

de docência e formação de pares (ver objetivo pessoal relacionado com desenvolvimento profissional e atualização científica da Tabela 3 e competência adquirida relativa à prática baseada na evidência, comunicação técnico-científica e disseminação do conhecimento da Tabela 4).

No contexto específico do ensino clínico, foi ministrada uma sessão de formação interna sobre síndrome coronário agudo, disritmias e insuficiência cardíaca, complementada com a partilha de experiências em contexto extra-hospitalar. Esta intervenção teve como finalidade reduzir o desconhecimento da equipa relativamente ao papel do Enfermeiro SIV, promovendo simultaneamente a integração entre contextos assistenciais e aprofundando a compreensão da articulação entre o meio pré-hospitalar e hospitalar. A procura contínua por atualização foi também sustentada por pesquisa dirigida, leitura crítica da literatura e mobilização da prática baseada na evidência. (ver objetivo pessoal relacionado com formação e partilha do conhecimento da Tabela 3 e competência adquirida relativa à comunicação técnico-científica, prática baseada na evidência e disseminação do conhecimento da Tabela 4).

Globalmente, estas iniciativas permitiram consolidar a competência de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao evidenciarem uma postura proativa na procura de conhecimento, uma participação ativa na sua disseminação e uma preocupação constante com a atualização científica e com a melhoria da prática clínica.

5.1.4.2. Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE): enquadramento e importância

A supervisão clínica em enfermagem assume, no contexto profissional português, um enquadramento normativo próprio. A OE, através do Regulamento n.º 366/2018, posteriormente alterado pelo Regulamento n.º 722/2020, define a supervisão clínica como um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre supervisor clínico e supervisionado, orientado para a estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas, promovendo a decisão autónoma, a proteção da pessoa, a

segurança e a qualidade dos cuidados. Esta definição posiciona a SCE como uma estratégia estruturante da prática profissional, com relevância pedagógica, clínica e organizacional (OE, 2018, 2020).

Neste sentido, a SCE pode ser entendida como um processo orientado para o desenvolvimento profissional contínuo, favorecendo a integração entre conhecimento teórico e prática clínica, a reflexão crítica sobre a ação e a consolidação progressiva da autonomia profissional. O seu enquadramento normativo pela OE, aliado à evidência produzida por autores como Zonneveld et al. (2024), Ryu et al. (2025) e Jarden et al. (2025), confirma a sua relevância para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros para o suporte à prática em contextos complexos e para a melhoria da qualidade dos cuidados. A definição clássica apresentada por Butterworth e Faugier (1992) continua congruente com esta perspetiva, ao enquadrar a supervisão clínica como um processo interpessoal, formativo, planeado e estruturado, centrado na aprendizagem em contexto real de prática.

A literatura mais recente tem vindo a reforçar esta importância. Zonneveld et al. (2024), numa revisão sistemática sobre a experiência de supervisão clínica de enfermeiros em prática avançada ou em transição para essa prática, demonstraram que estruturas de supervisão bem organizadas proporcionam um espaço seguro para a partilha de preocupações profissionais, o desenvolvimento da identidade profissional avançada, a redução do isolamento profissional e do *burnout*. Também Ryu et al. (2025), numa *scoping review* sobre os fatores que influenciam a implementação da supervisão clínica em enfermagem, evidenciam que a eficácia deste processo depende de múltiplos elementos organizacionais e relacionais, incluindo o apoio institucional, a disponibilidade de supervisores, a cultura organizacional, o tempo protegido e o reconhecimento da supervisão como parte integrante do trabalho clínico. Por sua vez, Jarden et al. (2025), ao explorarem a relação entre supervisão clínica e resiliência em enfermeiros, concluíram que a evidência disponível é ainda limitada, mas consistente com a noção de que a supervisão clínica pode apoiar a resiliência profissional, o enfrentamento da exigência emocional e a adaptação a contextos de elevada pressão assistencial.

No âmbito do presente ensino clínico, importa clarificar que não foram desempenhadas funções de supervisão clínica, mas a integração num processo de acompanhamento estruturado, contínuo e intencional, desenvolvido em contexto real de prática clínica, através da ação dos enfermeiros tutores e dos dispositivos de integração existentes nos serviços. Este acompanhamento concretizou-se por meio da observação direta, da orientação personalizada, da partilha de experiência, do feedback imediato e da integração progressiva nas dinâmicas assistenciais, constituindo-se como elemento central no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Embora as tabelas de objetivos e competências não utilizem explicitamente a designação de supervisão clínica em enfermagem, as experiências nelas registadas evidenciam, de forma indireta, a existência de um processo de acompanhamento tutorial e aprendizagem supervisionada em contexto clínico real. A colaboração com o enfermeiro tutor, a participação em atividades de auditoria, gestão do risco, reuniões clínicas, utilização dos sistemas de informação, articulação com a equipa multidisciplinar, bem como o contacto com processos de integração e organização dos serviços, traduziram oportunidades consistentes de aprendizagem progressiva e sustentada. Estas experiências demonstram que o desenvolvimento das competências não ocorreu de forma isolada, mas apoiado por uma dinâmica de orientação, acompanhamento e reflexão sobre a prática, conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com integração progressiva, desenvolvimento profissional e aprendizagem supervisionada descritos ao longo das Tabelas 3, 4, 7 e 8.

Assente nos princípios da supervisão clínica, este acompanhamento favoreceu a consolidação e aquisição progressiva de competências, desenvolvidas de forma sustentada a partir da prática refletida e da experiência vivenciada nos diferentes contextos de ensino clínico. Neste percurso, destacaram-se, entre outras, competências relacionadas com a gestão do trabalho de forma colaborativa e segura, a utilização dos sistemas de informação na prática de enfermagem, a comunicação interprofissional, a reflexão crítica sobre a prática e o fortalecimento de capacidades de liderança

e gestão, fundamentais ao exercício do Enfermeiro Especialista. Estas dimensões encontram-se refletidas nas atividades e iniciativas registadas nas tabelas, nomeadamente nas áreas da qualidade, organização dos cuidados, formação, auditoria e trabalho em equipa, dimensões amplamente refletidas nas atividades, objetivos e competências descritos ao longo das Tabelas 3, 4, 7 e 8.

Neste sentido, a experiência no âmbito do Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi marcada por um processo de acompanhamento estruturado, progressivo e intencional, alinhado com os objetivos definidos no relatório de ensino clínico e com o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. O processo formativo supervisionado revelou benefícios claros para o desenvolvimento profissional e para a aquisição das competências evidenciadas ao longo do ensino clínico.

a) Integração das Atividades Supervisionadas

As atividades supervisionadas desenvolvidas ao longo do ensino clínico, sistematizadas nas tabelas de objetivos e de aquisição de competências, constituem um suporte estruturante para a análise do percurso formativo realizado. Mais do que enumerar atividades, estas tabelas permitem evidenciar a relação entre os contextos clínicos vivenciados, as intervenções desenvolvidas e as competências progressivamente consolidadas, nomeadamente no domínio da autonomia, da gestão do trabalho, da articulação com a equipa, da utilização dos sistemas de informação e do desenvolvimento de competências de liderança e organização dos cuidados.

b) Utilização de métodos de gestão do trabalho seguros e colaborativos

A progressiva capacitação para a utilização do método de trabalho individual, associada ao desenvolvimento da autonomia na planificação, organização e priorização dos cuidados, evidencia uma evolução consistente ao longo do ensino clínico, interpretável criticamente à luz do modelo de

desenvolvimento de competências de Benner. Neste percurso, observou-se a transição de uma atuação inicialmente mais dependente de orientação para um desempenho progressivamente mais autônomo, sustentado na responsabilidade profissional, na tomada de decisão fundamentada e na capacidade de adaptação às exigências do contexto clínico.

A adoção de um modelo de acompanhamento que estimula a autonomia, sem descuidar o apoio, a orientação e a articulação em momentos de maior exigência clínica, como situações de emergência, sobrecarga assistencial ou interrupções imprevistas, revelou-se essencial para garantir um equilíbrio entre atuação autônoma e trabalho colaborativo. Esta abordagem contribuiu para a segurança dos cuidados, para a continuidade assistencial e para a minimização do risco de erro, reforçando uma prática centrada na pessoa e orientada para a qualidade dos cuidados prestados.

A capacidade demonstrada de adaptação ao trabalho individual e ao trabalho em equipa, nomeadamente em contexto de turnos rotativos e na gestão de unidades, recursos e prioridades assistenciais, traduziu-se no desenvolvimento de competências ao nível da organização, coordenação e eficiência dos cuidados. Estas práticas encontram-se alinhadas com o referencial da OE, que reconhece a gestão dos cuidados como uma competência central do enfermeiro especialista, implicando a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, bem como a adaptação da liderança e dos recursos às situações e ao contexto (OE, 2019). Acresce que, nas tabelas de ensino clínico, a gestão de cuidados e a liderança em contextos complexos surgem descritas como dimensões relevantes do percurso, incluindo a articulação com a equipa clínica, a utilização de protocolos instituídos e a adequação da liderança e dos recursos às situações concretas, reforçando a coerência desta análise com o trabalho desenvolvido (ver objetivo específico relacionado com gestão e organização dos cuidados da Tabela 6 e competências adquiridas relativas à liderança, coordenação e gestão de recursos da Tabela 8).

A utilização sistemática e consciente dos sistemas de informação de apoio à prática de enfermagem, nomeadamente na avaliação, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e reavaliação dos

cuidados, evidencia um contacto efetivo e progressivamente competente com estas ferramentas. As reflexões orientadas pelo supervisor, centradas na relevância dos sistemas de informação para a continuidade dos cuidados, para a legalidade do ato profissional e para a monitorização da carga de trabalho, designadamente através da escala *Nursing Activities Score* (NAS), revelaram-se determinantes para o desenvolvimento e consolidação desta competência.

No relatório de ensino clínico, esta dimensão é aprofundada através da utilização do NAS como indicador da carga de trabalho em enfermagem, possibilitando uma análise crítica das dotações seguras e da adequação dos recursos disponíveis às exigências assistenciais. A versão portuguesa do NAS encontra-se validada para o contexto nacional, permitindo uma avaliação mais segura da carga de trabalho em unidades de cuidados intensivos. Esta análise evidenciou ser particularmente pertinente no contexto do SMI, onde surgiam situações de atribuição de doentes classificados nos níveis II e III, mas com exigências assistenciais elevadas por turno. De igual modo, no Serviço de Urgência, observaram-se contextos de elevada pressão assistencial e exigência organizacional, com impacto na gestão de prioridades, na distribuição dos recursos e na resposta em tempo útil às necessidades das pessoas cuidadas, dimensões refletidas nos objetivos e competências relacionados com gestão de cuidados, utilização dos sistemas de informação e adequação de recursos presentes nas Tabelas 5, 6 e 8.

Esta competência engloba ainda a capacidade de recolher, interpretar e analisar relevantes para os cuidados de enfermagem respondendo às exigências de uma prática cientificamente sustentada e legalmente enquadrada. Assim, o contacto com os sistemas de informação não se limitou ao registo formal da atividade assistencial, antes constituiu um instrumento de apoio à decisão clínica, à monitorização da qualidade, à continuidade assistencial e à responsabilização profissional. A sua utilização consciente e fundamentada contribuiu, assim, para uma prática mais segura, mais organizada e mais alinhada com os pressupostos da enfermagem especializada (OE, 2019; OE, 2019b), dimensão refletida nos objetivos e

competências relacionados com utilização dos sistemas de informação e gestão dos cuidados presentes nas Tabelas 6 e 8.

c) Desenvolver competências de liderança, gestão e organização do trabalho e das equipas

As atividades supervisionadas incluíram momentos de observação, discussão e reflexão aprofundada sobre as funções do enfermeiro coordenador e do responsável de turno, evidenciando o papel do líder clínico na gestão de conflitos, na administração de recursos humanos e materiais e na articulação com as chefias e com a equipa multidisciplinar. Ao longo do ensino clínico, houve oportunidade de observar, analisar e refletir sobre situações complexas e imprevistas, com o apoio do supervisor e/ou do responsável de turno, o que contribuiu para o desenvolvimento do pensamento estratégico, da capacidade de priorização e da compreensão da liderança enquanto competência essencial do enfermeiro especialista, dimensão amplamente refletida nas competências relacionadas com gestão, coordenação e liderança clínica presentes nas Tabelas 6 e 8.

Importa, contudo, reconhecer que o exercício prático das funções de gestão inerentes ao enfermeiro especialista não foi possível de forma tão consistente e aprofundada quanto seria desejável, em virtude das especificidades organizacionais do serviço e das limitações inerentes ao contexto de ensino clínico. Ainda assim, a observação crítica e a reflexão orientada sobre os processos de gestão constituíram momentos relevantes de aprendizagem e consolidação conceptual destas competências, permitindo compreender, de forma mais aprofundada, a importância da liderança clínica na organização do trabalho, na gestão de prioridades e na adequação da resposta assistencial às necessidades concretas da pessoa em situação crítica.

Esta dimensão encontra-se articulada com a fundamentação teórica do relatório, que destaca a importância do enfermeiro especialista enquanto gestor de cuidados, promotor da qualidade e interveniente relevante na segurança clínica. As competências de liderança foram igualmente

exercitadas em contextos de passagem de turno, recorrendo à técnica ISBAR, permitindo a prática de uma comunicação clara, objetiva e estruturada, adequada à complexidade das situações clínicas e essencial para a coordenação segura da equipa de cuidados. Deste modo, ainda que a vivência na dimensão de gestão tenha ocorrido sobretudo por observação e reflexão orientada, foi possível desenvolver uma compreensão mais sólida do papel do enfermeiro especialista na liderança, organização do trabalho e na gestão segura dos cuidados, em consonância com o referencial da OE, que reconhece a gestão dos cuidados e a adaptação da liderança e dos recursos ao contexto como dimensões centrais da prática especializada (OE, 2019), conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com liderança clínica, comunicação estruturada e coordenação segura dos cuidados descritos nas Tabelas 6 e 8.

d) Considerações Finais

A prática supervisionada, integrando momentos de treino técnico, observação orientada e reflexão crítica, evidencia uma evolução significativa na aquisição de competências avançadas, nomeadamente no planeamento autónomo e seguro dos cuidados, na integração em equipa com colaboração eficaz, na utilização consciente e fundamentada dos sistemas de informação e na compreensão do papel do enfermeiro especialista na liderança e organização do contexto clínico. Estas dimensões foram sendo progressivamente consolidadas ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico, em articulação com os objetivos definidos e com as experiências registadas nas tabelas de acompanhamento.

A estrutura e a qualidade do acompanhamento recebido permitiram o desenvolvimento de um pensamento clínico mais maduro e de uma atuação profissional progressivamente mais ajustada ao contexto dos diferentes campos de ensino clínico, marcados por elevada exigência técnica, dinamismos assistenciais e necessidade de resposta diferenciada. Esta experiência contribuiu de forma clara para a construção de uma prática mais

segura, fundamentada e autônoma, bem como para a consolidação progressiva do perfil de enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, dimensão amplamente refletida nos objetivos e competências desenvolvidos ao longo das Tabelas 6 e 8.

Como fecho do domínio das competências comuns, considera-se que o percurso desenvolvido ao longo do ensino clínico permitiu consolidar uma prática profissional eticamente sustentada, orientada para a qualidade, organizada e assente na aprendizagem contínua. É a partir desta base comum que, de forma lógica, se analisam de seguida as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, cuja expressão se materializa na prestação de cuidados altamente diferenciados em contextos complexos.

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

Investigação e Prática Baseada na Evidência (dimensão transversal)

A investigação e a prática baseada na evidência assumiram um papel transversal no desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, constituindo um suporte essencial à tomada de decisão clínica, à fundamentação das intervenções e à promoção de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Em contextos marcados por instabilidade clínica, elevada complexidade assistencial e recurso frequente a tecnologias diferenciadas, a mobilização da evidência científica revelou-se determinante para sustentar a vigilância, antecipar complicações, adequar intervenções e promover a continuidade e segurança dos cuidados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), o exercício especializado exige a integração de conhecimento científico atualizado,

mobilizado de forma crítica, reflexiva e contextualizada, em articulação com o julgamento clínico e com as necessidades concretas da pessoa cuidada. Neste sentido, a prática baseada na evidência não deve ser entendida como acessória à prestação de cuidados, mas como uma dimensão estruturante da intervenção especializada, particularmente relevante em contextos de maior exigência técnica, organizacional e relacional.

Ao longo do ensino clínico, a fundamentação teórica orientou de forma consistente a tomada de decisão clínica, nomeadamente na vigilância, interpretação e manuseamento de tecnologias de suporte avançado e de sistemas de monitorização utilizados em contexto de cuidados intensivos e emergência. A compreensão dos princípios fisiopatológicos subjacentes, articulada com a consulta de evidência científica, a observação supervisionada da prática e a reflexão crítica sobre as situações vivenciadas, permitiu desenvolver uma intervenção mais segura, fundamentada e ajustada à complexidade dos contextos clínicos experienciados. A prática baseada na evidência revelou-se igualmente relevante na organização da comunicação clínica e da continuidade assistencial, sendo a utilização da metodologia ISBAR nas passagens de turno um exemplo concreto da incorporação de instrumentos estruturados na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

Paralelamente, a reflexão crítica contínua sobre as situações vivenciadas permitiu integrar a experiência prática com referenciais conceptuais relevantes para o desenvolvimento profissional. Os contributos de Benner (2001) e de Le Boterf (2005) constituíram suportes importantes para interpretar o percurso realizado, evidenciando a articulação entre saber, saber-fazer e saber-ser na abordagem à pessoa em situação crítica, em que a decisão clínica exige conhecimento técnico-científico, capacidade de ação eficaz, pensamento crítico, responsabilidade ética e sensibilidade relacional.

Assim, a integração da investigação e da prática baseada na evidência ao longo do ensino clínico contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, ao reforçar uma postura profissional mais crítica, reflexiva, autónoma e cientificamente fundamentada.

Esta dimensão mostrou ser determinante para sustentar a qualidade dos cuidados prestados e para consolidar uma identidade profissional alinhada com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros e com as exigências contemporâneas da enfermagem especializada em contextos de elevada complexidade clínica, dimensões amplamente refletidas nos objetivos gerais e pessoais relacionados com qualidade dos cuidados, prática baseada na evidência e desenvolvimento profissional presentes nas Tabelas 1, 3, 5 e 7.

5.2.1. Prestação de Cuidados à Pessoa/Família em Situação Crítica

As patologias abordadas no SMI e no SU permitiram o desenvolvimento de competências específicas na abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica, nomeadamente através da aplicação do método ABCDE e da atuação em situações de Suporte Avançado de Vida, assegurando a manutenção segura da via aérea avançada, a utilização de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, o reconhecimento e interpretação de arritmias cardíacas e a estabilização e otimização hemodinâmica.

Neste âmbito, prestei cuidados especializados a pessoas em situação crítica com insuficiência cardíaca, síndrome coronário agudo, incluindo enfarte agudo do miocárdio, arritmias complexas, doença coronária ligeira a grave, situações pós-cirúrgicas, traumatismo crânio-encefálico, trauma torácico, politrauma e trauma vertebro-medular. As intervenções desenvolvidas incluíram monitorização contínua invasiva e não invasiva, administração de terapêutica farmacológica complexa, utilização e vigilância de dispositivos invasivos, como linha arterial, cateter venoso central, pacemaker provisório e dispositivos de assistência circulatória, bem como o manuseamento de drenos, a mobilização e a imobilização da pessoa em situação crítica. Incluíram ainda a aplicação dos *bundles* orientados para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e das infeções associadas aos cuidados de saúde, em articulação com a vigilância clínica e a segurança dos cuidados, dimensões amplamente refletidas nos objetivos e competências relacionados com prestação de cuidados diferenciados, monitorização

avançada, prevenção da infecção e segurança da pessoa em situação crítica descritos ao longo das Tabelas 1, 2, 4, 5, 6 e 8.

Prestei também cuidados a pessoas doentes com disfunção renal aguda submetidos a técnicas de substituição renal, designadamente hemofiltração contínua com anticoagulação regional por citrato e com heparina, assegurando a monitorização rigorosa dos eletrólitos, do equilíbrio ácido-base e dos níveis de cálcio, promovendo a segurança e a eficácia terapêutica, sustentadas numa avaliação clínica contínua e na reflexão crítica sobre a prática, tal como documentado nas competências relacionadas com vigilância diferenciada, técnicas de substituição renal e gestão da instabilidade clínica presentes nas Tabelas 6 e 8.

Neste contexto, importa ainda salientar o exercício das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, particularmente na antecipação da instabilidade clínica, na implementação de intervenções especializadas promotoras da segurança, na comunicação terapêutica com a pessoa e família/cuidadores e no investimento contínuo na atualização científica, formativa e na partilha de conhecimento. Estas dimensões foram mobilizadas em articulação com a prática clínica descrita, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a prevenção e controlo da infeção e para o fortalecimento de uma prática clinicamente fundamentada. Esta leitura encontra-se em consonância com os objetivos e competências relacionados com segurança dos cuidados, prevenção da infeção, comunicação terapêutica e gestão da instabilidade clínica descritos nas Tabelas 6 e 8.

5.2.2. Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe

Com base na experiência acumulada no INEM e nas situações vivenciadas em contexto intra e extra-hospitalar, foi possível responder de forma eficaz a eventos críticos e a situações de instabilidade clínica súbita, através da identificação precoce de sinais de deterioração em pessoas com elevado risco de morte, assegurando monitorização contínua e intervenção adequada até ao tratamento definitivo. Neste âmbito, desenvolvi

competências na execução de intervenções avançadas, nomeadamente desfibrilhação e cardioversão, controlo de hemorragias e prevenção do choque hemorrágico. A capacidade de estabelecer prioridades e de tomar decisões rápidas foi frequentemente mobilizada, permitindo compreender este percurso, à luz do modelo de Benner, como revelador de um desempenho progressivamente mais proficiente neste contexto. Importa referir que, durante o período de ensino clínico, não foram experienciadas situações de exceção ou de catástrofe, o que constitui uma limitação do percurso experiencial neste domínio específico, conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com gestão da instabilidade clínica, intervenção em situações emergentes, tomada de decisão e atuação diferenciada descritos nas Tabelas 6, 7 e 8.

5.2.3. Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos

A vigilância rigorosa dos dispositivos invasivos, a observação dos protocolos de isolamento e a participação ativa nas rotinas de controlo de infeção contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento desta competência específica. Ao longo do ensino clínico, foram aplicados *bundles* de prevenção e controlo de infeção instituídos, incluindo a realização de exames complementares de diagnóstico, como a colheita de zaragatoas, de forma técnica, segura e rastreável, com recurso ao uso adequado de equipamento de proteção individual e respeito pelos princípios éticos e de confidencialidade, em articulação com a equipa de controlo de infeção.

Sempre que indicado, foram implementadas precauções de contacto, reforçando o papel do enfermeiro especialista na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde e na adesão às normas institucionais orientadas para a segurança do doente. A gestão da terapêutica antibiótica manteve-se alinhada com as práticas institucionais e com os referenciais profissionais, contribuindo para uma intervenção mais segura, fundamentada e consistente.

Foi ainda possível acompanhar processos de auditoria no âmbito do programa STOP Infecção e desenvolver uma *scoping review* relacionada com os fatores associados à adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos. Estas experiências reforçaram a compreensão da prevenção e controlo da infeção não apenas como um conjunto de procedimentos técnicos, mas como uma dimensão estratégica da governação clínica, da monitorização de indicadores e da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, em articulação com as competências relacionadas com prevenção e controlo da infeção, auditoria clínica, prática baseada na evidência e segurança da pessoa em situação crítica descritas nas Tabelas 4 e 8.

Gestão da Comunicação Terapêutica

Em vários momentos do ensino clínico, sobretudo junto de pessoas ventiladas ou com limitação da comunicação verbal, a comunicação não-verbal assumiu particular relevância, exigindo atenção acrescida à expressão facial, ao olhar, aos gestos, à postura e aos sinais de desconforto, ansiedade ou dor. Nestes contextos, a adaptação da comunicação à condição clínica da pessoa revelou-se essencial para promover segurança, confiança e humanização dos cuidados. Do mesmo modo, a utilização de linguagem clara, adequada à realidade da pessoa e da família, bem como a transmissão objetiva de informação durante as visitas e no planeamento de alta, contribuíram para fortalecer o vínculo terapêutico e favorecer uma relação de cuidado mais próximo e significativa. A dificuldade de contacto com familiares, por vezes condicionada pela gravidade clínica, pelas limitações do contexto assistencial ou pela reduzida disponibilidade temporal das equipas, foi sendo mitigada através de estratégias informativas, empáticas e ajustadas à situação concreta. A escuta ativa, a disponibilidade para esclarecer dúvidas, a adequação da informação ao nível de compreensão dos interlocutores e a preocupação em manter uma postura ética e prudente constituíram elementos centrais na gestão da comunicação com a pessoa e a família/cuidador. Esta competência mostrou-se particularmente relevante em contextos de maior instabilidade clínica e emocional, nos quais a comunicação assume não

apenas uma função informativa, mas também relacional, terapêutica e organizadora do processo de cuidar, em consonância com os objetivos e competências relacionados com comunicação terapêutica, humanização dos cuidados e relação com a pessoa/família descritos nas Tabelas 2, 4, 6 e 8.

Ao longo do ensino clínico, a reflexão clínica, quer individualmente quer em contexto de equipa, assumiu igualmente um papel importante na consolidação desta competência, permitindo reavaliar criticamente a adequação das estratégias comunicacionais utilizadas e a sua influência na qualidade dos cuidados prestados. Este percurso reforçou a compreensão da importância da utilização de linguagem clara, estruturada e coerente, bem como da importância dos sistemas de registo e de classificação em enfermagem enquanto suporte à continuidade, consistência e segurança dos cuidados. Neste sentido, a gestão da comunicação terapêutica revelou-se uma dimensão essencial da prática especializada, contribuindo para cuidados mais seguros, humanizados e centrados na pessoa e na família, conforme evidenciado nas competências relacionadas com comunicação terapêutica, reflexão crítica, continuidade assistencial e segurança dos cuidados descritas nas Tabelas 4 e 8.

A reflexão clínica contínua, associada à experiência prática, ao acompanhamento estruturado ao longo do ensino clínico e à experiência profissional previamente adquirida, revelou-se fundamental para a consolidação destas competências. Neste enquadramento, os contributos de Benner (2001) permitiram interpretar o desenvolvimento profissional como um processo progressivo, construído na articulação entre conhecimento teórico e experiência clínica, enquanto Le Boterf (2005) possibilitou compreender a competência como mobilização integrada de saberes, capacidades e atitudes em contexto real de prática. À luz destes referenciais, o percurso realizado evidenciou uma evolução consistente na capacidade de agir de forma pertinente perante situações complexas, de definir prioridades, de antecipar riscos e de adequar intervenções à instabilidade e imprevisibilidade características da pessoa em situação crítica.

Importa ainda reconhecer que a experiência profissional anterior, particularmente no contexto pré-hospitalar, constituiu um suporte relevante

para este desenvolvimento, favorecendo uma atuação mais segura, célere e ajustada em situações emergentes, bem como uma maior confiança na definição de prioridades e na tomada de decisão em contextos de elevada exigência clínica.

Neste sentido, o percurso desenvolvido durante o ensino clínico, articulado com a experiência profissional anteriormente adquirida, pode ser interpretado, à luz do modelo de Benner, como revelador de um desempenho progressivamente mais proficiente, particularmente nos contextos de maior exigência assistencial e resposta emergente.

Para além da dimensão técnico-científica, este percurso reforçou igualmente a importância da comunicação terapêutica, da reflexão ética, da humanização dos cuidados, da prevenção da infeção, da prática baseada na evidência e da articulação entre equipas e contextos assistenciais. A consolidação destas dimensões contribuiu para uma compreensão mais ampla e integrada do papel do enfermeiro especialista, não apenas como prestador de cuidados altamente diferenciados, mas também como profissional capaz de liderar processos, sustentar decisões clínicas complexas e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados.

Globalmente, considera-se que os objetivos delineados para o ensino clínico foram amplamente atingidos, permitindo não só o desenvolvimento das competências previstas no plano formativo e nos referenciais profissionais, mas também uma evolução pessoal e profissional sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e no compromisso com a excelência clínica. É a partir desta base que se torna possível avançar, de forma coerente, para a análise do ponto seguinte, articulando os objetivos e competências desenvolvidos ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico e sistematizados nas Tabelas 1, 2, 4, 5, 6 e 8.

5.3. Competências conducentes ao grau de Mestre

As competências conducentes ao grau de Mestre não se esgotam no domínio conceptual ou académico, materializando-se antes na capacidade de

mobilizar conhecimento avançado em contextos clínicos complexos, aplicar saberes em situações novas ou imprevisíveis, formular juízos sustentados, integrar evidência científica na tomada de decisão, comunicar de forma clara e desenvolver aprendizagem autónoma ao longo da vida. Neste sentido, a análise desta dimensão exige uma articulação explícita entre o enquadramento legal do grau de Mestre e as experiências concretamente vividas ao longo do percurso formativo, quer em contexto clínico, quer nas atividades de natureza científica, investigativa e pedagógicas desenvolvidas em paralelo (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

O grau de Mestre, conforme definido no regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, pressupõe o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo, a capacidade de os aplicar em contextos novos e complexos, a formulação de juízos em situações de informação limitada, a comunicação clara de conclusões e raciocínios a públicos diferenciados e a aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Neste sentido, o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, evidencia a consolidação progressiva dessas competências, articulando de forma integrada as dimensões científica, clínica, ética e reflexiva da prática especializada.

O percurso desenvolvido no âmbito do mestrado permitiu evidenciar estas competências em diferentes planos. Em primeiro lugar, a experiência clínica em contextos de elevada complexidade assistencial exigiu a aplicação de conhecimentos aprofundados a situações novas e imprevisíveis, nomeadamente na avaliação integral da pessoa em situação crítica, na interpretação de dados clínicos complexos, na priorização de intervenções e na adaptação contínua dos cuidados à evolução do estado clínico.

Em segundo lugar, o envolvimento em atividades de investigação, revisão da literatura, produção científica e desenvolvimento de trabalhos científicos, incluindo a publicação de artigos científicos e a realização de uma *scoping review* relacionada com os fatores associados à adesão dos

enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos, contribuiu para consolidar a capacidade de análise crítica, integração de evidência científica e formulação de juízos fundamentados.

Por fim, a participação em iniciativas de formação, comunicação científica e partilha de conhecimento permitiu demonstrar competências de comunicação, disseminação do saber e aprendizagem autónoma, dimensões essenciais ao grau de Mestre. Estas competências encontram-se em consonância com os objetivos e competências relacionados com desenvolvimento científico, prática baseada na evidência, comunicação técnico-científica e atuação diferenciada descritos nas Tabelas 1, 2, 4, 5, 6 e 8.

Estas experiências evidenciam a capacidade de integrar informação científica atualizada, mesmo quando a evidência é limitada, emergente ou em permanente construção, sustentando decisões clínicas fundamentadas e eticamente responsáveis. As competências de prática baseada na evidência são reconhecidas como essenciais para que os profissionais de saúde prestem cuidados de qualidade e sustentem a tomada de decisão clínica na melhor evidência disponível (Saunders et al., 2019).

Em contexto clínico, o percurso foi marcado pela consolidação de competências especializadas na avaliação integral da pessoa em situação crítica, nomeadamente através da utilização de abordagens sistematizadas de avaliação, da interpretação contínua de parâmetros clínicos e hemodinâmicos e da vigilância de tecnologias de suporte avançado. A mobilização destes referenciais permitiu uma abordagem holística da pessoa, integrando dimensões físicas, emocionais e relacionais, e sustentando a formulação de intervenções ajustadas à complexidade da situação clínica. Este processo traduziu a capacidade de aplicar conhecimento teórico à prática, articulando saber científico e julgamento clínico em contextos de elevada exigência assistencial, em consonância com os objetivos e competências relacionados com avaliação sistematizada, vigilância clínica, utilização de tecnologias de suporte avançado e prestação de cuidados especializados descritos nas Tabelas 2, 4, 6 e 8.

A prática profissional, particularmente em contextos de emergência e cuidados intensivos, exigiu a tomada de decisões em cenários de informação incompleta, instabilidade súbita e necessidade de resposta célere. Nestes contextos, a capacidade de desenvolver soluções fundamentadas, ponderando implicações éticas, clínicas e organizacionais, evidencia maturidade profissional e responsabilidade acrescida, dimensões intrínsecas às competências conducentes ao grau de Mestre. A autonomia desenvolvida não se traduziu apenas na atuação independente, mas também na capacidade de antecipação, priorização, liderança clínica e responsabilização pelos resultados das decisões.

O processo de tutoria em ensino clínico revelou-se igualmente estruturante no desenvolvimento destas competências. A evidência demonstra que a mentoria e o acompanhamento em contexto clínico dependem de relações de apoio, orientação pedagógica e condições organizacionais adequadas, favorecendo a articulação entre teoria e prática e a consolidação da identidade profissional (Jokelainen et al., 2011). A interação com equipas multiprofissionais reforçou, por sua vez, competências de comunicação, colaboração interprofissional e adaptação a contextos complexos, essenciais tanto para a prática especializada como para a consolidação do perfil de mestre.

A competência de comunicação, outra dimensão central do grau de Mestre, foi desenvolvida através da apresentação e discussão de trabalhos académicos em contextos dirigidos a especialistas e não especialistas, bem como pela dinamização, participação e partilha de conhecimento em iniciativas formativas. A capacidade de transmitir conclusões de forma clara, estruturada e fundamentada evidencia não apenas domínio científico, mas também maturidade crítica, responsabilidade pedagógica e capacidade de adaptação do discurso ao interlocutor. Do mesmo modo, a comunicação terapêutica desenvolvida em contexto clínico, particularmente junto da pessoa em situação crítica e da sua família/cuidador, contribuiu para consolidar uma prática especializada centrada na pessoa, humanizada e relacionalmente competente, conforme evidenciado nos objetivos e competências relacionados com comunicação terapêutica, comunicação técnico-científica,

partilha de conhecimento e relação com a pessoa/família descritos nas Tabelas 2, 4, 6 e 8.

A aprendizagem ao longo da vida assumiu-se como eixo transversal de todo o percurso. A realização de projetos de autoformação, a frequência de congressos, jornadas, seminários e formações especializadas, bem como a participação ativa na organização, coordenação, lecionação e dinamização de iniciativas formativas, refletem uma postura autónoma, crítica, autónoma e autorregulada, essencial à manutenção da excelência clínica e ao desenvolvimento contínuo da profissão, em consonância com o perfil de competências associado ao grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018). Paralelamente, o contacto com auditorias clínicas, projetos de melhoria contínua da qualidade e atividades relacionadas com a prevenção e controlo da infeção reforçou a compreensão da prática profissional como espaço de aprendizagem permanente, monitorização crítica e responsabilidade partilhada na governação clínica, em consonância com os objetivos e competências relacionados com desenvolvimento profissional contínuo, formação, melhoria da qualidade, auditoria clínica e prática baseada na evidência descritos nas Tabelas 3, 4, 7 e 8.

Globalmente, o percurso formativo descrito materializa as competências conducentes ao grau de Mestre, evidenciando aprofundamento científico, capacidade de análise crítica, autonomia clínica, responsabilidade ética, comunicação eficaz e compromisso com a aprendizagem permanente. A articulação entre investigação, prática clínica e reflexão crítica consolidou uma identidade profissional alinhada com as exigências legais do grau de Mestre e com os referenciais da prática especializada em enfermagem.

Assim, o desenvolvimento alcançado não representa apenas a conclusão de um ciclo académico, mas a consolidação de uma prática especializada, ética e baseada na evidência, orientada para a qualidade e segurança dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Saunders et al., 2019), conforme evidenciado ao longo dos objetivos e competências desenvolvidos nos diferentes contextos de ensino clínico.

6. Análise crítico-reflexiva do percurso

A realização do ensino clínico em contextos de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência assumiu particular relevância no percurso, não apenas pelo desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, mas também pela sua estreita articulação com a prática profissional enquanto enfermeiro de Suporte Imediato de Vida. A experiência acumulada em contexto de emergência pré-hospitalar constituiu uma base importante para a integração nestes cenários clínicos, uma vez que muitas das situações observadas e geridas em contexto hospitalar correspondem a realidades frequentemente encontradas no terreno, nomeadamente paragem cardiorrespiratória, politrauma, compromisso ventilatório, choque e outras patologias tempo-dependentes.

Neste sentido, o ensino clínico permitiu consolidar, aprofundar e ressignificar criticamente competências previamente mobilizadas no contexto pré-hospitalar. A abordagem à pessoa em situação crítica, a necessidade de decisão em tempo útil, a gestão da instabilidade clínica, a priorização de intervenções e a articulação entre equipas são dimensões comuns aos dois contextos, ainda que assumam níveis distintos de complexidade e profundidade. Se, em meio pré-hospitalar, a intervenção se centra frequentemente na abordagem inicial, na estabilização e na referenciação, em contexto hospitalar foi possível compreender com maior profundidade e continuidade esse percurso assistencial, incluindo a monitorização avançada, a diferenciação terapêutica, a gestão de complicações e a reavaliação sistemática da resposta clínica.

A experiência em Cuidados Intensivos revelou-se particularmente importante para aprofundar conhecimentos relacionados com suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica, prevenção de complicações associadas à pessoa em situação crítica e gestão de protocolos complexos, aspetos que reforçam a capacidade de leitura clínica e antecipação de necessidades também em contexto SIV. Por sua vez, o ensino clínico em

Serviço de Urgência possibilitou consolidar competências de priorização, resposta rápida e articulação entre contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, tornando mais evidente a importância da continuidade de cuidados ao longo da cadeia de emergência.

Importa ainda referir que a prática enquanto enfermeiro SIV exige competências técnico-científicas, relacionais, éticas e deontológicas particularmente exigentes, num contexto marcado pela imprevisibilidade, limitação de recursos e necessidade de atuação protocolada. Neste domínio, o percurso de ensino clínico contribui para reforçar a fundamentação da prática, ampliar a capacidade de decisão crítica e promover uma intervenção mais segura, diferenciada e sustentada em evidência científica.

Assim, a experiência hospitalar não representou apenas um complemento ao percurso prévio, mas configurou-se como um elemento estruturante de consolidação e valorização profissional, ao permitir uma compreensão mais integrada da pessoa em situação crítica e do seu percurso assistencial, desde o contexto pré-hospitalar até aos cuidados diferenciados hospitalares.

Neste percurso, a articulação entre os contextos hospitalar e pré-hospitalar revelou-se igualmente relevante à luz da Competência Acrescida em Emergência Extra-Hospitalar, ao reforçar capacidades de avaliação, decisão, priorização e intervenção especializada em situações de elevada complexidade e exigência clínica.

Em síntese, a articulação entre a experiência pré-hospitalar e os contextos de ensino clínico desenvolvidos constituiu um dos aspetos mais significativos deste percurso formativo. Esta complementaridade favoreceu uma visão mais abrangente, crítica e integrada dos cuidados à pessoa em situação crítica, reforçando a minha identidade profissional e contribuindo para uma prática mais competente, reflexiva e centrada na continuidade e qualidade dos cuidados.

No âmbito do presente relatório, foram elaboradas e analisadas tabelas com o objetivo de mapear as competências desenvolvidas ao longo do ensino clínico. Estas tabelas foram estruturadas em quatro eixos principais:

objetivos gerais, objetivos específicos, objetivos pessoais e competências adquiridas. Em cada um destes domínios, procedeu-se ao preenchimento de colunas dedicadas ao cumprimento dos objetivos ou competências demonstradas, à data, ao serviço e à respetiva fundamentação, com base nos documentos orientadores da Ordem dos Enfermeiros, bem como à identificação das competências adquiridas de acordo com a prática supervisionada em contexto real. As tabelas incluem ainda a correspondência entre os objetivos definidos no plano individual de ensino clínico e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, particularmente na área da pessoa em situação crítica (Ver Tabelas 1 a 8).

A análise que se segue tem como finalidade refletir sobre o grau de concretização dos objetivos delineados, evidenciar a articulação entre os referenciais teóricos e a prática desenvolvida e discutir criticamente o impacto destas aprendizagens na consolidação do perfil profissional pretendido.

Nas tabelas dos objetivos gerais encontram-se refletidos os pilares formativos que orientaram a atuação enquanto enfermeiro em formação especializada, nomeadamente no domínio do pensamento crítico, da tomada de decisão clínica fundamentada e da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contextos de elevada complexidade assistencial. A fundamentação recorreu ao Regulamento n.º 140/2019, relativo às competências comuns do Enfermeiro Especialista, e ao Regulamento n.º 429/2018, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, articulando-se com as competências nucleares da especialidade descritas nas Tabelas 1 e 5.

Relativamente aos objetivos específicos definidos para o ensino clínico, a sua operacionalização permitiu uma análise estruturada e reflexiva das competências desenvolvidas no âmbito da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. As tabelas-síntese evidenciam a evolução das aprendizagens associadas à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão e liderança dos cuidados em contextos de elevada complexidade, bem como ao desenvolvimento de

competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador em situação crítica e a vivenciar processos complexos de doença (Tabelas 2 e 6).

Neste percurso, destacam-se competências como o manuseamento de dispositivos de monitorização invasiva, o suporte ventilatório, a gestão segura da terapêutica e a resposta a situações emergentes, integradas numa prática fundamentada, vigilante e centrada na pessoa. A maximização das intervenções dirigidas à prevenção e controlo da infeção, incluindo a promoção de práticas seguras relacionadas com a utilização de antimicrobianos, constituiu igualmente um eixo central da intervenção, refletindo a importância da tomada de decisão em tempo útil e sustentada na evidência científica. Estes objetivos foram desenvolvidos em contexto real de prática clínica, sob supervisão direta e em articulação com a equipa multidisciplinar, favorecendo o desenvolvimento progressivo da autonomia clínica, a consolidação de boas práticas e o fortalecimento dos atributos profissionais inerentes ao exercício especializado, conforme descrito nas Tabelas 2, 4, 6 e 8.

As tabelas referentes aos objetivos pessoais evidenciaram metas individuais definidas a partir do percurso formativo e profissional prévio, das necessidades de aprendizagem identificadas e das expectativas pessoais relativamente ao ensino clínico. Estes objetivos, apesar do seu caráter individualizado, foram sustentados nos referenciais éticos, legais e científicos da profissão, permitindo orientar o desenvolvimento de competências específicas e a consolidação de uma prática segura e fundamentada.

Neste âmbito, destacaram-se objetivos relacionados com a aquisição e aprofundamento de competências técnicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto pré-hospitalar, nos cuidados à pessoa ventilada, na prevenção de infeções associadas à ventilação mecânica invasiva, na prestação de cuidados à pessoa com patologia cardíaca e traumática, na aplicação de *bundles* associados à prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, na gestão segura da terapêutica e na intervenção eficaz perante situações imprevistas, incluindo contextos de reanimação intra-hospitalar. Foram igualmente

valorizadas competências relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa submetida a circulação extracorporeal, bem como o desenvolvimento de capacidades de adaptação e tomada de decisão em contextos de elevada exigência assistencial.

Paralelamente, foram também privilegiados objetivos centrados na atuação ética, na garantia da confidencialidade e privacidade, na promoção de um ambiente seguro e no trabalho em equipa, com vista à prevenção de complicações na pessoa em situação crítica. Estes objetivos contribuíram significativamente para o reforço da integração na equipa, o domínio progressivo de equipamentos específicos e o desenvolvimento da comunicação clínica em contextos de elevada complexidade, tal como evidenciado nas Tabelas 3 e 7.

As tabelas de aquisições de competências permitiram evidenciar as competências consolidadas ao longo do ensino clínico, com base nos objetivos definidos e nas intervenções desenvolvidas em contexto de prática clínica, progressivamente validadas pelos enfermeiros orientadores através das avaliações intermédia e final. Destacam-se, neste âmbito, competências relacionadas com o cuidar da pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, a atuação eficaz em situações de emergência, exceção e catástrofe, bem como a implementação de intervenções dirigidas à prevenção e controlo da infeção e à promoção de práticas seguras na utilização de antimicrobianos. A integração consistente dos conhecimentos científicos e técnico-científicos na prática diária revelou-se fundamental para uma atuação segura, crítica e fundamentada, contribuindo igualmente para o desenvolvimento profissional e para o exercício da reflexão crítica, elemento central da prática especializada, conforme descrito nas Tabelas 4 e 8.

A elaboração destas tabelas assumiu, assim, um papel relevante na autoavaliação, permitindo uma análise estruturada da correspondência entre os objetivos delineados, os referenciais de competência da enfermagem especializada e a prática clínica vivenciada ao longo do ensino clínico. O cruzamento entre os dados registados e a experiência prática constituiu uma base sólida para a consolidação do perfil profissional enquanto futuro enfermeiro especialista.

As tabelas permitem também compreender que a mobilização sistemática e intencional das competências trabalhadas ao longo do ensino clínico se traduziu na aquisição consolidada de competências técnicas, cognitivas, relacionais, éticas e humanas, fundamentais ao exercício da enfermagem especializada à pessoa em situação crítica. A integração entre conhecimentos teórico-práticos, raciocínio clínico e evidência científica permitiu uma atuação fundamentada na vigilância contínua, na avaliação dinâmica e na antecipação de complicações, bem como na execução segura de intervenções terapêuticas avançadas e procedimentos complexos em cuidados intensivos.

A análise sistemática dos dados clínicos, aliada à identificação precoce de sinais de deterioração, sustentou a tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade, assegurando respostas céleres e adequadas à instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica. Paralelamente, o envolvimento da pessoa e da família no plano de cuidados, a comunicação terapêutica eficaz e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos reforçaram uma prática centrada na dignidade, integridade e valores da pessoa, tal como evidenciado nas competências desenvolvidas nas áreas da vigilância clínica, comunicação terapêutica e atuação ética presentes nas Tabelas 2, 4, 6 e 8.

O desenvolvimento de competências na área da governação clínica, nomeadamente na gestão do risco, prevenção e controlo da infeção, utilização da evidência científica na prática e participação em processos de melhoria contínua, contribuiu para a consolidação de uma atuação proativa na promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Destaca-se ainda o fortalecimento de competências relacionadas com trabalho em equipa, liderança, organização e gestão de recursos, permitindo coordenar cuidados, otimizar respostas assistenciais e assegurar a continuidade e humanização dos cuidados. Este percurso evidenciou um perfil profissional progressivamente mais competente, crítico, ético e alinhado com as exigências da enfermagem especializada, em articulação com os objetivos e competências desenvolvidos ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico e sistematizados nas Tabelas 1 a 8.

Tabela 1 - Objetivos gerais da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Competências trabalhadas
G E R A I S	Aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso	X			junho	Durante o estágio de dois dias nas unidades de diagnóstico e consulta, foi possível aplicar conhecimentos teóricos da área médico-cirúrgica do doente crítico, adquiridos ao longo da formação. No decurso das atividades, foram colocadas diversas questões clínicas, às quais respondi com base na evidência científica e nos conteúdos programáticos previamente estudados.	Mobilização de conhecimentos teórico-práticos em contexto clínico; integração de raciocínio clínico e evidência científica na intervenção especializada; execução fundamentada de procedimentos de enfermagem em cuidados intensivos.
	Promover a tomada de decisão crítica	X			julho	Ao longo do estágio na UCIC, foram observadas múltiplas situações que exigiram uma tomada de decisão célere e fundamentada, com base na avaliação clínica contínua, integrando princípios ético-deontológicos e normas institucionais.	Mobilização de competências avançadas na identificação de alterações agudas e no planeamento de intervenções diferenciadas, adequadas à instabilidade da pessoa em situação crítica.
	Promover o raciocínio clínico	X			julho	O raciocínio clínico foi exercitado em contexto de vigilância intensiva, onde se analisaram tendências evolutivas de parâmetros vitais e laboratoriais, sustentando decisões terapêuticas em parceria com a equipa multidisciplinar.	Análise sistemática e contínua dos dados clínicos, permitindo a antecipação de complicações e a implementação precoce de estratégias terapêuticas.
	Humanização dos cuidados	X			julho	Foi promovida a humanização na prática assistencial através da escuta ativa, respeito pela individualidade da pessoa doente e envolvimento da família nos cuidados, assegurando privacidade, conforto e dignidade.	Respeitar a dignidade, integridade e valores da pessoa e família, em articulação com a equipa multidisciplinar, e integrando princípios éticos e deontológicos.
	Atuação eficaz em situações de elevada complexidade e instabilidade	X			julho	Doentes com diagnóstico de EAM extenso (com rutura ventricular), BAV completos, IC avançada, em Choque; Ventilados mecanicamente, com Sedo-analgesia, Nutrição Entérica, Pacemaker provisório, sob terapêutica com heparina, amins vasopressoras e múltiplas perfusões incluindo antibioterapia, Linha Arterial (LA), Cateter Venoso central (CVC), Sonda Vesical, <i>Impella</i> , sob Técnica de Substituição Renal (TSR).	Vigilância clínica, na resposta célere à instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, e na comunicação terapêutica com a pessoa e família, reforçando a humanização dos cuidados

Legenda: **C** - Cumprido; **NC** - Não Cumprido; **NA** - Não Aplicável

Tabela 2 - Objetivos específicos da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Competências trabalhadas
E s p e c í f i c o s	Prestar cuidados à pessoa/família em situação crítica em contextos de cuidados específicos	X			julho	Durante o estágio na UCIC, foi prestada assistência contínua a pessoas em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica, ventilação invasiva e necessidade de vigilância intensiva, em colaboração estreita com a equipa de saúde.	Identificação precoce de sinais de deterioração; implementação de intervenções terapêuticas avançadas; mobilização de conhecimentos especializados em suporte ao doente crítico; envolvimento da família no plano de cuidados.
	Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica	X			julho	Realizei administração de terapêutica vasoativa e sedoanalgesia com monitorização rigorosa, seguindo protocolos institucionais, assegurando segurança e eficácia terapêutica.	Domínio na administração de terapêutica complexa; identificar precocemente complicações; atuar em conformidade com os protocolos terapêuticos vigentes e em articulação com a equipa multidisciplinar.
	Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar à pessoa em situação crítica	X			julho	Em doentes críticos ventilados e não ventilados, apliquei medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor e promoção do conforto, respeitando necessidades físicas, emocionais e espirituais.	Aplicar conhecimentos em dor aguda e crónica; identifica sinais fisiológicos e comportamentais de sofrimento; atua com empatia e adequação terapêutica, promovendo o bem-estar global da pessoa em situação crítica.
	Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica em contextos de cuidados específicos	X			julho	Foram prestados cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica e falência orgânica, em articulação contínua com os familiares e a equipa clínica.	Competências na vigilância contínua, avaliação dinâmica e implementação de cuidados diferenciados; envolve a família no processo de cuidados e tomada de decisão; garantir segurança e humanização.
	Identificar os focos de instabilidade na pessoa/família em situação crítica	X			julho	Identificação precoce de sinais de deterioração; implementação de intervenções terapêuticas avançadas; mobilização de conhecimentos especializados em suporte ao doente crítico; envolvimento da família no plano de cuidados.	Consolidar competências técnico-científicas, reforçando a articulação entre teoria e prática em contexto de cuidados intensivos promovendo intervenções fundamentadas na evidência científica e orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.
	Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família	X			julho	Estabeleci comunicação eficaz com doentes conscientes e suas famílias, adaptando estratégias nos casos de barreiras comunicacionais (ex. intubação), promovendo vínculo terapêutico.	Escuta ativa, empatia e adaptação comunicacional; fortalecer a relação terapêutica com a pessoa/família em contexto de alta complexidade clínica.
	Participar em processos de melhoria contínua para a prevenção e controlo de IACS e de políticas de segurança nas instituições de saúde	X			junho	Participei em auditorias internas de segurança e higiene, bem como em reuniões clínicas com partilha de casos e revisão de procedimentos em prol da melhoria contínua da qualidade.	Colaborar em processos de auditoria e melhoria contínua; utilizar evidência na prática; demonstrar iniciativa na promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Legenda: **C** - Cumprido; **NC** - Não Cumprido; **NA** - Não Aplicável

Tabela 3 - Objetivos pessoais da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Observações
P E S S O A I S	Adquirir competências técnicas e conhecimentos para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica em contexto Pré-hospitalar	X			julho	Atuação ABCDE. Atuação em situação de algoritmo de SAV. Reconhecimento de arritmias.	Desenvolvi competências técnicas em monitorização, suporte ventilatório e administração terapêutica; apliquei conhecimento teórico-científico na abordagem da pessoa em situação crítica; atuei com segurança e rigor técnico.
	Prestar cuidados ao doente ventilado e prevenir infeções associadas à Ventilação Mecânica Invasiva	X			julho	Prestei cuidados ao doente ventilado, aplicados Feixes de Intervenção da PAVM. Realizada reflexão crítica sobre a situação.	Doente com diagnóstico de EAM extenso (com rutura ventricular), Ventilado em Modo Controlado por Pressão, com Sedo-analgesia e Nutrição Entérica.
	Prestar cuidados ao doente com Insuficiência Cardíaca, Arritmias e Doença Coronária	X			julho	Prestei cuidados especializados a doentes críticos com Insuficiência Cardíaca, Síndrome Coronário Agudo (ex.: enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST - STEMI), arritmias complexas como fibrilhação auricular e ventricular, bloqueios auriculo-ventriculares e doença coronária ligeira a severa com e sem indicação de tratamento cirúrgico. Assegurei a monitorização contínua, otimização hemodinâmica e intervenção precoce, promovendo segurança e estabilidade clínica. Compreendi através de questionamento e reflexão a fisiopatologia do doente (IC e DC) e o tratamento. Explicados os diversos cuidados ao doente. Analisei e interpretei arritmias cardíacas supraventriculares e ventriculares e foi discutido o sistema de condução elétrico.	Foi fundamental a pesquisa e aprendizagem " <i>in loco</i> " sobre as diversas interações relativas aos diversos cuidados como a gestão terapêutica (aminas vasopressivas ou outros) específica de doentes em unidades deste tipo.
	Prestar cuidados ao doente com patologia valvular (pré, intra e pós-operatório)	X			julho	Prestei cuidados ao doente pós substituição de válvula aórtica por uma válvula mecânica com hipociagulação, pacemaker epicárdico e ferida cirúrgica. Cuidados ao doente pós Implante Transcateter de Válvula Aórtica (TAVI). Aplicado feixe de intervenção da ILC no pré, intra e pós procedimento.	Prestei cuidados especializados em pós-operatório valvular; realizei vigilância hemodinâmica e respiratória; atuei de forma precoce na deteção de complicações; promovi estabilidade e conforto do doente.
	Prestar cuidados ao doente crítico e prevenir infeções (PBCI) com base nos Feixes de Intervenção (ILC, PAVM, CV)	X			junho	Prestei cuidados ao doente crítico com foco na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, aplicando os Feixes de Intervenção (<i>bundles</i>) para PBCI: realizei cuidados rigorosos ao cateter venoso central (CVC), assegurei técnica asséptica e todos os pressupostos na realização e manutenção da ventilação mecânica (PAVM) e do Local Cirúrgico (ILC) e promovi práticas seguras no manuseio e manutenção do cateter vesical (CV). Observei e colaborei na colocação de CVC, na montagem do circuito de hemofiltração com heparina e com citrato assim como na suspensão e manutenção ou otimização do catéter veno-venoso (CVV).	Estas intervenções basearam-se em evidência científica, reduzindo assim complicações e promovendo um ambiente seguro.
	Prestar cuidados ao doente com necessidade de Técnicas de Substituição Renal (TSR)	X			julho	Doente com diagnóstico de EAM extenso (com rutura ventricular), Ventilado, com Sedo-analgesia, Nutrição Entérica, Pacemaker provisório, sob terapêutica com heparina, aminas vasopressoras e múltiplas perfusões, Linha Arterial (LA), Cateter Venoso central (CVC) de 5 vias, <i>Impella</i> , sob Técnica de Substituição Renal (TSR). Prestei cuidados ao doente crítico com disfunção renal aguda submetido a hemofiltração contínua com citrato, indicada pela instabilidade hemodinâmica e elevado risco hemorrágico. A anticoagulação regional com citrato permite maior segurança, minimizando o risco de hemorragia. Monitorizei rigorosamente os níveis de cálcio, eletrólitos e equilíbrio ácido-base, garantindo a eficácia e segurança do tratamento. Realizei ainda TSR com perfusão de heparina e solução de reposição.	Demonstrei competências em cuidados ao doente ventilado; garanti permeabilidade das vias aéreas; colaborei na monitorização dos parâmetros ventilatórios; assegurei conforto e segurança do doente.

Tabela 3 - Objetivos pessoais da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (continuação)

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Observações
P E S S O A S	Prestar cuidados ao doente com necessidade de suporte mecânico de circulação extra-corporal (por exemplo, ECMO)	X			julho	Prestei cuidados ao doente com dispositivos de assistência ventricular (<i>Impella</i> Balão Intra-aórtico (BIA) e Circulação Extra-Corporal (CEC) compreendido o funcionamento, cuidados com os locais de inserção e prevenção de complicações.	Realizei leitura e interpretação de parâmetros hemodinâmicos; identifiquei alterações precoces; atuei com base em protocolos institucionais e em articulação com a equipa médica.
	Gerir a administração terapêutica	X			junho	Utilizei o Sclenic para preparar e registar terapêutica prescrita, com práticas seguras e garantindo que se tratava do doente certo, hora certa, medicamento certo, dose certa e via certa.	Administrei terapêutica com segurança, respeitando o protocolo dos 9 certos; registo em suporte eletrónico; monitorizei efeitos esperados e adversos.
	Intervir perante situações imprevistas (por exemplo SAV)	X			julho	Doente com diagnóstico de EAM extenso (com rutura ventricular), Ventilado, com Sedo-analgesia, Nutrição Entérica, Pacemaker provisório, sob terapêutica com heparina, amins vasopressoras e múltiplas perfusões, Linha Arterial (LA), Cateter Venoso central (CVC) de 5 vias, <i>Impella</i> , sob Técnica de Substituição Renal (TSR). Inicia protocolo de infusão de <i>Levosimendano</i> com efeito secundário de Taquicardia Ventricular sem Pulso com necessidade de SAV, incluindo administração de fármacos e desfibrilhação). Doente com pacemaker provisório com falha de captura onde foi possível perceber o motivo e prevenir complicações.	Demonstrei capacidade de resposta rápida em situações críticas; atuei segundo o algoritmo ABCDE e suporte avançado de vida; assegurei coordenação e comunicação com a equipa em contexto de urgência.
	Intervir com base nas competências do Enfermeiro Especialista, Ética, Confidencialidade, Privacidade e ambiente seguro	X			junho	No âmbito dos Cuidados Intensivos Cardíacos, intervi em vários doentes doentes com instabilidade hemodinâmica e necessidade de múltiplos cuidados, aplicando as competências clínicas do Enfermeiro Especialista. Foi mandatório garantir a privacidade com o encerramento da unidade, atuar com ética e rigor técnico e assegurando sempre a confidencialidade da informação. Coordenei, sob supervisão, a equipa de forma eficaz, promovendo um ambiente seguro e humanizado associado às necessidades do doente, garantindo respeito e empatia, durante os cuidados de higiene e conforto e preparação para exames. Foram realizados procedimentos ou técnicas garantindo sempre o consentimento do doente. Prevenidas sempre as complicações nomeadamente sobre queda, úlcera de pressão e infeção.	Em nenhum momento as informações são partilhadas fora do âmbito da equipa cumprindo os pressupostos éticos e deontológicos.
	Intervir com princípio de trabalho em equipa e cooperação	X			junho	Intervenção em doentes críticos em colaboração com a equipa multidisciplinar, articulando cuidados de forma eficiente. Com base nas competências do Enfermeiro Especialista, assumi um papel ativo na coordenação e na tomada de decisão partilhada, promovendo uma atuação ética, segura e centrada na pessoa. Refleti sobre a importância do trabalho em equipa e auscultação da passagem de turno de todos os doentes.	O trabalho em equipa foi fundamental para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados.
	Prevenir complicações à Pessoa em Situação Crítica	X			julho	Foi necessário, em todos os doentes, manter um "olhar clínico" para prevenir complicações respiratórias, hemodinâmicas, arritmias, hemorrágicas, infecciosas, sobre queda, úlcera de pressão, delirium, insónia, dor aguda, ansiedade e erros de administração terapêutica.	Acrescentam-se aqui competências na área da gestão de risco e o controle de infeção.

Legenda: C - Cumprido; NC - Não Cumprido; NA - Não Aplicável

Tabela 4 - Aquisição de competências da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

	Competência	D	ND	NA	Data	Fundamentação	Competências adquiridas
A Q U I S I C Ã O	Cuidar da Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica	D			julho	Identificação precoce de instabilidade clínica, em doentes com alto risco de morte e com monitorização contínua até o tratamento definitivo. Prestação de cuidados técnicos de alta complexidade como VM, TSR, <i>Impella</i> , CVC, LA, drogas vasoativas e com alto risco hemorrágico, manutenção de aparelhos de alta fidelidade de monitorização e tratamento ao doente crítico. Gestão da dor e do bem-estar em doentes com necessidade contínua ou pontual de analgesia e de acordo com a sua estabilidade hemodinâmica e respiratória. Estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e a família/cuidador. Intervenção em situação de morte.	Adquiridas competência técnica, cognitiva, relacional, ética consolidada e humana.
	Atuar em situações de emergência, exceção e catástrofe	D			julho	Identificação precoce de instabilidade clínica, em doentes com alto risco de morte e com monitorização contínua até o tratamento definitivo. Desfibrilhação e cardioversão, controle de hemorragias e prevenção de choque hemorrágico. Não foi experienciada nenhuma situação de execução e catástrofe.	Adquiridas competência técnica, cognitiva, de trabalho em equipa.
	Promover prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos	D			julho	Aplicação de medidas preventivas de controlo de infeção e cumprimento dos Feixes de Intervenção, realização de ECD's como por exemplo a colheita de zaragatoas de forma técnica e segura, assegurando a rastreabilidade, utilizando EPI adequado, respeitando a ética, confidencialidade e promovendo um ambiente seguro, em articulação com o controlo de infeção. Implementadas precauções de contacto quando indicado, reforçando o papel do enfermeiro especialista na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Supervisão e avaliação da adesão às normas institucionais.	Adquiridas competências na área da gestão de risco e o controlo de infeção
	Integrar os conhecimentos científicos e técnicos	D			julho	Em cada situação clínica, apliquei os conhecimentos científicos adquiridos durante a formação, combinando teoria com prática assistencial, sustentando a tomada de decisão.	Adquiridas competência técnica, ética e cognitiva.
	Promover o seu desenvolvimento profissional e reflexão crítica	D			julho	Além de todas as intervenções e cuidados experienciados apresentei na equipa, sob supervisão da orientadora, temas discutidos em aula (Síndrome Coronário Agudo, Arritmias e Insuficiência Cardíaca) fazendo a ponte com as situações clínicas em que intervi, discutindo também as competências do Enfermeiro Especialista e a necessidade de um conhecimento atual e amplo, por forma a prevenir complicações derivadas da complexidade de intervenções e tratamentos realizados neste tipo de doentes (por ex.: risco hemorrágico, risco de arritmias, interações terapêuticas, utilização de dispositivos elétricos e mecânicos, etc.).	Adquiridas competência técnica, pedagógica, ética e cognitiva.

Legenda: D - Demonstrada; NC - Não Demonstrada; NA - Não Aplicável

Tabela 5 - Objetivos gerais do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Descrição	Competências trabalhadas
G E R A I S	Aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso	X				Durante o estágio e nos vários locais alocado (Intensivos, áreas amarela e laranja, sala de emergência, etc.), foi possível aplicar conhecimentos teóricos da área médico-cirúrgica da pessoa em situação crítica, adquiridos ao longo da formação. No decurso das atividades, foram colocadas diversas questões clínicas desafiantes, às quais respondi com base na evidência científica e nos conteúdos programáticos previamente estudados.	Mobilização de conhecimentos teórico-práticos em contexto clínico; integração de raciocínio clínico e evidência científica na intervenção especializada; execução fundamentada de procedimentos de enfermagem em cuidados intensivos.
	Promover a tomada de decisão crítica	X				Ao longo do estágio, foram observadas múltiplas situações que exigiram uma tomada de decisão célere e fundamentada, com base na avaliação clínica contínua, integrando princípios ético-deontológicos e normas institucionais.	Mobilização de competências avançadas na identificação de alterações agudas e no planeamento de intervenções diferenciadas, adequadas à instabilidade da pessoa em situação crítica.
	Promover o raciocínio clínico	X			Set. a Dez.	O raciocínio clínico foi exercitado em contexto de vigilância intensiva (no SMIP com doentes críticos de elevada complexidade), gestão de vários doentes em simultâneo (nas áreas e sala de emergência do SU), onde se analisaram tendências evolutivas de parâmetros vitais e laboratoriais, sustentando decisões terapêuticas em parceria com a equipa multidisciplinar.	Análise sistemática e contínua dos dados clínicos, permitindo a antecipação de complicações e a implementação precoce de estratégias terapêuticas ou outras.
	Humanização dos cuidados	X				Foi promovida a humanização na prática assistencial através da escuta ativa, respeito pela individualidade da pessoa doente e envolvimento da família nos cuidados, assegurando privacidade, conforto e dignidade. Foi possível permitir ao doente e sua família oportunidades de partilha, tempo, informação, medidas de conforto, comunicação, etc. Foi fundamental a possibilidade de acompanhar doentes e família na urgência e na Triagem.	Respeitar a dignidade, integridade e valores da pessoa e família, em articulação com a equipa multidisciplinar, e integrando princípios éticos e deontológicos.
	Atuação eficaz em situações de elevada complexidade e instabilidade	X				Foram prestados cuidados a vários doentes críticos, por ex.:Politrauma, Anafilaxia, Pós-cirúrgicos complicados, Sepsis, Enfarte Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca, Choque, doentes Ventilados mecanicamente, Sedo-analgesia multimodal, Nutrição Entérica, Pacemaker, sob terapêutica com heparina, amins vasopressoras e múltiplas perfusões incluindo antibioterapia, Linha Arterial (LA), Cateter Venoso central (CVC), Sonda Vesical, sob Técnica de Substituição Renal (TSR), etc.	Vigilância clínica, na resposta célere à instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, e na comunicação terapêutica com a pessoa e família, reforçando a humanização dos cuidados; registos clínicos adequados e atempados; trabalho em equipa.

Legenda: **C** - Cumprido; **NC** - Não Cumprido; **NA** - Não Aplicável

Tabela 6 - Objetivos específicos do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Competências trabalhadas
E s p e c i f i c o s	Responsabilidade profissional, ética e legal	X				O Código Deontológico do Enfermeiro, constitui-se como principal elemento norteador nesta competência, apresentando um conjunto de "deveres" relativos ao exercício profissional (OE, 2005). Durante o estágio foram prestados cuidados a pessoas em situação crítica, com instabilidade hemodinâmica, ventilação invasiva e necessidade de vigilância intensiva, em colaboração estreita com a equipa de saúde. A colaboração na Triage permitiu, além da promoção do raciocínio clínico e priorização e cuidados, envolver a família, gerir conflitos e tomar decisões baseadas em princípios éticos e legais. Pautei a minha prática com respeito pelos direitos humanos, garantindo a confidencialidade e segurança da informação, respeitando a escolha e a autodeterminação, os valores e as crenças individuais. Na prestação de cuidados incentivei a autonomia, o esclarecimento de dúvidas para a obtenção de consentimento, respeitando, sempre, a privacidade dos intervenientes.	Identificação precoce de sinais de deterioração; implementação de intervenções terapêuticas avançadas; mobilização de conhecimentos especializados em suporte ao doente crítico; envolvimento da família no plano de cuidados. Integração de princípios éticos e deontológicos na tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade
	Melhoria contínua da qualidade	X			Set. a Dez.	Conforme enunciado no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, divulgado pela OE, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal, reforçando a importância da produção baseada em evidência que constitua guias de boas práticas, contribuindo para a melhoria contínua do exercício profissional (2001), os Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em EMC procurando nortear o exercício da profissão e a construção de um referencial para a prática especializada (OE, 2017), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 que se baseia na experiência e avaliação do PNSD 2015-2020, com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos [...] sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho 9390/2021, p.97). Procurei ativamente a atualização de conhecimento face a normas mais recentes ou evidência mais forte. Intei-rei-me dos documentos que regem a criação destes grupos de trabalho, bem como dos que com ele se relacionam, tentando que esta pesquisa me permitisse a mobilização de conhecimentos na prática e sustentasse as minhas decisões. Colaborei nas iniciativas dinamizada pelo serviço. Participei em auditorias internas de segurança e higiene, grupos de trabalho, avaliações do SIADAP, bem como em reuniões clínicas com partilha de casos e revisão de procedimentos em prol da melhoria contínua da qualidade, formações em serviço e reuniões de coordenação de equipa. Acompanhei enfermeiros responsáveis de equipa na Coordenação, Qualidade e Gestão de Risco.	Colaborar em processos de auditoria e melhoria contínua; utilizar evidência na prática; demonstrar iniciativa na promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Assumir um papel proativo na promoção e sustentação de iniciativas estratégicas institucionais no âmbito da governação clínica. Implementar práticas baseadas na qualidade, colaborando na conceção, execução e monitorização de programas de melhoria contínua
	Gestão de cuidados e Liderança em Contextos Complexos	X				O enfermeiro líder clínico foi criado por diversas partes interessadas comprometidas com a visão de que os enfermeiros, educados e organizados em modelos de atendimento de linha de frente específicos, têm a capacidade de efetuar melhorias abrangentes na qualidade e segurança do atendimento. (Bender et al. 2019). Segundo OE (2017), os critérios de escolha dos responsáveis de turno devem ser claros permitindo uma gestão equilibrada e a atribuição desta função deve ser a um enfermeiro com especialidade dado o seu conhecimento e competências, e, caso não exista, deverá ser o enfermeiro de cuidados gerais com competência para a função. O enfermeiro líder clínico apresenta, um conhecimento mais sólido no benefício de cuidados de saúde, qualidade, segurança e estatística e da equipa que lidera. Foram prestados cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica, ventilação mecânica e falência orgânica, em articulação contínua com os familiares e a equipa clínica. Realizei administração de terapêutica vasoativa e sedoanalgesia com monitorização rigorosa, seguindo protocolos institucionais, assegurando segurança e eficácia terapêutica. Foram utilizados equipamentos de vigilância e monitorização no doente crítico, equipamentos, materiais e protocolos instituídos internamente e em articulação com os vários elementos das diversas especialidades, em contexto de cuidados intensivos, urgência e emergência. É expectável que o estágio concretize uma gestão de cuidados adequada, em vista à segurança e qualidade das tarefas delegadas e resultante de uma eficaz gestão dos cuidados de enfermagem e da otimização de resposta da equipa, assim como de uma adequação da liderança e da gestão dos recursos aos contextos e situações concretos, sem perder de vista a qualidade dos cuidados.	Competências na vigilância contínua, avaliação dinâmica e implementação de cuidados diferenciados; envolver a família no processo de cuidados e tomada de decisão; garantir segurança e humanização. Domínio na administração de terapêutica complexa; identificar precocemente complicações; atuar em conformidade com os protocolos terapêuticos vigentes e em articulação com a equipa multidisciplinar. Coordenar os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e promovendo a articulação interdisciplinar. Adaptar estilos de liderança e estratégias de gestão de recursos às exigências contextuais, assegurando a qualidade e continuidade dos cuidados. Demonstrar capacidade de organização e planeamento do trabalho, assegurando a eficiência e eficácia das intervenções.

Tabela 6. - Objetivos específicos do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência (continuação)

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Fundamentação	Competências trabalhadas
E s p e c i f i c o s	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais no âmbito do cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica	X				Cabe ao EEMMC a prestação de cuidados à pessoa, e família/cuidadores, a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crônica, antecipando a instabilidade que poderá surgir, pela identificação de vulnerabilidade através da mobilização de conhecimentos, concebendo e implementando um plano de intervenção especializada promotora da segurança (Regulamento nº 429/2018). Foi possível a identificação precoce de sinais de deterioração, implementação de intervenções terapêuticas avançadas, mobilização de conhecimentos especializados em suporte ao doente crítico e envolvimento da família no plano de cuidados. Estabeleci comunicação eficaz com doentes conscientes e suas famílias, adaptando estratégias nos casos de barreiras comunicacionais (ex. intubação), promovendo vínculo terapêutico. Com base na necessidade de incremento e variabilidade dos conhecimentos necessários procurei ativamente outras oportunidades de formação específica, que frequentei ou ministrei, como por exemplo: Webinars: "Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica", "Catástrofe"; Congressos, Jornadas; Comunicação oral associada à Higiene Oral em doentes intubados; Participação nas formações em serviço; Organização e coordenação de um Workshop de Suporte Avançado de Vida, destinados a todos os alunos e profissionais de Enfermagem, incluído no evento Dia do Enfermeiro do Instituto Piaget; Realização de Formação à Distância do INEM; Submissão de um artigo de revisão à Direção de Enfermagem do Instituto Nacional de Emergência Médica intitulado "Análise da atividade da ambulância Suporte Imediato de Vida de Porto/Gondomar nos doentes incluídos na Via Verde Coronária" para submissão em revista, aceite pela Direção; Submissão de um artigo de revisão; Ministrei uma sessão de formação interna sobre Trauma no Doente Crítico e partilhei experiências em contexto extra-hospitalar, etc. Esta partilha visou reduzir o desconhecimento da equipa sobre o papel do Enfermeiro SIV, fortalecendo a integração entre contextos assistenciais. A constante procura por atualização foi complementada por pesquisa dirigida, leitura crítica e prática baseada na evidência, especialmente útil quando recursos formativos presenciais estavam limitados devido à curta duração do estágio.	Consolidar competências técnico-científicas, reforçando a articulação entre teoria e prática em contexto de cuidados intensivos promovendo intervenções fundamentadas na evidência científica e orientadas para a segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. Desenvolver autoconhecimento e assertividade, promovendo a autorregulação emocional e a comunicação eficaz. Sustenta a sua prática clínica especializada em evidência científica atualizada e pertinente. Prestar cuidados diferenciados à pessoa em situação emergente, antecipando sinais de instabilidade e risco de falência orgânica. Executar e monitorizar protocolos terapêuticos complexos, assegurando a sua adequação e segurança. Realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou com falência orgânica, otimizando as respostas terapêuticas. Estabelecer e manter uma comunicação interpessoal eficaz, sustentando a relação terapêutica com a pessoa, família e/ou cuidador em contextos de elevada complexidade clínica. Recolher, interpretar e registar dados clínicos de forma sistemática, fundamentando o processo de tomada de decisão. Promover escuta ativa, empatia e adaptação comunicacional; fortalecer a relação terapêutica com a pessoa/família em contexto de alta complexidade clínica.
	Maximização das intervenções na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica	X			Set. a Dez.	O EEMMC demonstra conhecimentos na área de prevenção e controlo de infeção, identifica as necessidades da sua instituição, implementa estratégias e atualiza-as face à melhor evidência disponível. Divulga e forma as equipas, incitando a adesão dos restantes profissionais. Este especialista lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo, demonstrando conhecimentos e competências que levam os pares a reconhecê-lo como uma referência e elemento formador e implementador de medidas e alterações (Regulamento nº 429/2018). A evolução do conhecimento tem permitido o aumento da sobrevida de doentes, contudo verifica-se que estes se tornam mais vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos serviços de saúde, "sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes" (DGS, 2007, p.6). Ao longo do estágio foi-me dada oportunidade de participar em alguns campos de intervenção deste grupo de trabalho, ouvindo a minha opinião no debate de ideias e contando com a minha colaboração para as estratégias em desenvolvimento. O apoio contínuo do enfermeiro tutor na discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas, permitiu-me aprofundar conhecimentos e construir-me como Enfermeiro Especialista. Foi possível aplicar, trabalhar e discutir as várias PBCI's como: colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013). Ainda a intervenção e acompanhamento de avaliações e auditorias com base nos feixes de intervenção da ITU, da PAI, do ILC e do CVC.	Definir e implementar estratégias proativas de prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, alinhadas com as diretrizes institucionais. Assegurar o cumprimento rigoroso dos procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos. Aplicar conhecimentos avançados em prevenção e controlo de infeção, monitorizando práticas, avaliando medidas implementadas e promovendo a adesão às normas nacionais e institucionais.
	Atributos profissionais gerais	X				São certificadas competências clínicas especializadas, ao ser atribuído o título de EE pela OE, na verificação de competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas diferentes áreas de especialização em enfermagem (OE, 2019), competências estas, enunciadas em distintos regulamentos de cada especialidade em enfermagem, as quais se pretendem complementadas pelas transversais, competências comuns do EE, aplicáveis nos diferentes contextos de prestação de cuidados e com regulamento próprio. Esta clara destinação de perfis objetiva "um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados." (Regulamento n.º 140/2019, pág. 4745). Foi fundamental a integração nos serviços e equipa multidisciplinar, demonstrando conhecimento, segurança e domínio no âmbito da prestação de cuidados à PSC, principalmente no SU e SE, locais que se assemelham à realidade que me insiro como enfermeiro atualmente.	Atuar com respeito pelo utente/família. Estabelecer uma relação empática com a pessoa e família. Integração na equipa/comunicação interdisciplinar. Apresentar estratégias ajustadas para gestão do stress. Demonstrar iniciativa e proatividade. Comunicar com educação e delicadeza. Evidenciar uma postura de assertividade. Treinar competências como liderança, gestão de cuidados e recursos, comunicação, pensamento crítico, avaliação e tomada de decisão clínica, e um forte domínio de conhecimentos especializados. Ter uma abordagem ética, promover a melhoria contínua da qualidade, e trabalhar para um currículo com comprovada experiência e relevância profissional na área de especialidade.

Legenda: C - Cumprido; NC - Não Cumprido; NA - Não Aplicável

Tabela 7 - Objetivos pessoais do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência

	Objetivos	C	NC	NA	Data	Experiências	Observações
P E S S O A S	Adquirir competências técnicas e conhecimentos para a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica em contexto Pré-hospitalar	X				Atuação ABCDE; Atuação em situação de algoritmo de SAV; Manutenção segura da via aérea avançada; Uso de Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiva; Reconhecimento de arritmias; Estabilização hemodinâmica; Administração de fármacos; Manutenção de cateteres periféricos e centrais; Avaliação clínica.	Desenvolvi competências técnicas em monitorização, suporte ventilatório e administração terapêutica; apliquei conhecimento teórico-científico na abordagem da pessoa em situação crítica; atuei com segurança e rigor técnico.
	Prestar cuidados ao doente ventilado e prevenir infeções associadas à Ventilação Mecânica Invasiva	X				Prestei cuidados ao doente ventilado mecanicamente, aplicados Feixes de Intervenção da PAVM. Realizada reflexão crítica sobre a situação.	Vários doentes Ventilados, sob Sedo-analgesia e Nutrição Entérica.
	Prestar cuidados ao doente do foro cardíaco	X				Prestei cuidados especializados a doentes críticos com Insuficiência Cardíaca, Síndrome Coronário Agudo (ex.: enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST - STEMI), arritmias complexas como fibrilhação auricular e ventricular, bloqueios aurículo-ventriculares e doença coronária ligeira a severa com e sem indicação de tratamento cirúrgico. Assegurei a monitorização contínua, otimização hemodinâmica e intervenção precoce, promovendo segurança e estabilidade clínica. Compreendi através de questionamento e reflexão a fisiopatologia do doente (IC e DC) e o tratamento. Explicados os diversos cuidados ao doente. Analisei e interpretei arritmias cardíacas supraventriculares e ventriculares e foi discutido o sistema de condução elétrico.	Foi fundamental a pesquisa e aprendizagem " <i>in loco</i> " sobre as diversas interações relativas aos diversos cuidados como a gestão terapêutica (aminas vasopressivas ou outros) específica de doentes em unidades deste tipo.
	Prestar cuidados ao doente do foro Traumático (TCE, TVM, Trauma Torácico, Politrauma)	X			Set. a Dez.	Prestei cuidados ao doente pós-cirúrgico, TCE, Trauma torácico, Politrauma e TVM; Foi possível vigilância de monitorização invasiva e não invasiva com cateter PIC, BIS, entre outros, assim como manuseamento de drenos e mobilização/imobilização de doentes.	Prestei cuidados especializados, realizei vigilância hemodinâmica e respiratória; atuei de forma precoce na deteção de complicações; promovi estabilidade e conforto do doente.
	Prestar cuidados ao doente crítico e prevenir infeções (PBCI) com base nos Feixes de Intervenção (ILC, PAVM, CV)	X				Prestei cuidados ao doente crítico com foco na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, aplicando os Feixes de Intervenção (<i>bundles</i>) para PBCI: realizei cuidados rigorosos ao cateter venoso central (CVC), assegurei técnica asséptica e todos os pressupostos na realização e manutenção da ventilação mecânica (PAVM) e do Local Cirúrgico (ILC) e promovi práticas seguras no manuseio e manutenção do cateter vesical (CV). Observei e colaborei na colocação de CVC, na montagem do circuito de hemofiltração com heparina e com citrato assim como na suspensão e manutenção ou otimização do catéter veno-veno (CVV).	Estas intervenções basearam-se em evidência científica, reduzindo assim complicações e promovendo um ambiente seguro.
	Prestar cuidados ao doente com necessidade de circulação extra-corporal, por ex.: ECMO	X				Doente com diagnóstico de EAM extenso (com ruptura ventricular), Ventilado, com Sedo-analgesia, Nutrição Entérica, Pacemaker provisório, sob terapêutica com heparina, amins vasopressoras e múltiplas perfusões, Linha Arterial (LA), Cateter Venoso central (CVC) de 5 vias, <i>Impella</i> , sob Técnica de Substituição Renal (TSR). Prestei cuidados ao doente crítico com disfunção renal aguda submetido a hemofiltração contínua com citrato, indicada pela instabilidade hemodinâmica e elevado risco hemorrágico. A anticoagulação regional com citrato permite maior segurança, minimizando o risco de hemorragia. Monitorizei rigorosamente os níveis de cálcio, eletrólitos e equilíbrio ácido-base, garantindo a eficácia e segurança do tratamento. Realizei ainda TSR com perfusão de heparina e solução de reposição.	Demonstrei competências em cuidados ao doente sob TSR, colaborei na monitorização dos parâmetros; assegurei conforto e segurança do doente.

Tabela 8 - Aquisição de competências do Serviço de Medicina Intensiva e do Serviço de Urgência

	Competência	D	ND	NA	Data	Fundamentação	Competências adquiridas
A Q U I S I Ç Ã O	Cuidar da Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica	X				Identificação precoce de instabilidade clínica, em doentes com alto risco de morte e com monitorização contínua até o tratamento definitivo. Prestação de cuidados técnicos de alta complexidade como VM, TSR, <i>Impella</i> , CVC, LA, drogas vasoativas e com alto risco hemorrágico, manutenção de aparelhos de alta fidelidade de monitorização e tratamento ao doente crítico. Gestão da dor e do bem-estar em doentes com necessidade contínua ou pontual de analgesia e de acordo com a sua estabilidade hemodinâmica e respiratória. Estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e a família/cuidador. Intervenção em situação de morte.	Adquiridas competência técnica, cognitiva, relacional, ética consolidada e humana.
	Atuar em situações de emergência, exceção e catástrofe	X		X		Identificação precoce de instabilidade clínica, em doentes com alto risco de morte e com monitorização contínua até o tratamento definitivo. Desfibrilhação e cardioversão, controle de hemorragias e prevenção de choque hemorrágico. Não foi experienciada nenhuma situação de execução e catástrofe.	Adquiridas competência técnica, cognitiva e de trabalho em equipa.
	Promover prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos	X			Set. a Dez.	Aplicação de medidas preventivas de controlo de infeção e cumprimento dos Feixes de Intervenção, realização de ECD's como por exemplo a colheita de zaragatoas de forma técnica e segura, assegurando a rastreabilidade, utilizando EPI adequado, respeitando a ética, confidencialidade e promovendo um ambiente seguro, em articulação com o controlo de infeção. Implementadas precauções de contacto quando indicado, reforçando o papel do enfermeiro especialista na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Supervisão e avaliação da adesão às normas institucionais.	Adquiridas competências na área da gestão de risco e o controlo de infeção
	Integrar os conhecimentos científicos e técnicos	X				Em cada situação clínica, apliquei os conhecimentos científicos adquiridos durante a formação, combinando teoria com prática assistencial, sustentando a tomada de decisão.	Adquiridas competência técnica, ética e cognitiva.
	Promover o seu desenvolvimento profissional e reflexão crítica	X				Além de todas as intervenções e cuidados experienciados apresentei na equipa temas discutidos em aula e experiências anteriores ou atuais fazendo a ponte com as situações clínicas em que intervi, discutindo também as competências do Enfermeiro Especialista e a necessidade de um conhecimento atual e amplo, por forma a prevenir complicações derivadas da complexidade de intervenções e tratamentos realizados neste tipo de doentes (por ex.: risco hemorrágico, risco de arritmias, interações terapêuticas, utilização de dispositivos elétricos e mecânicos, etc.). Foi possível incrementar correções no serviço, nomeadamente o uso adequado dos eletrodos multifunções em contexto de SAV.	Adquiridas competência técnica, pedagógica, ética e cognitiva.
Legenda: D - Demonstrada; NC - Não Demonstrada; NA - Não Aplicável							

Ao longo do ensino clínico desenvolvido no SMI e no SU, foi possível observar, experienciar e consolidar um conjunto alargado de competências fundamentais ao exercício autónomo, crítico e diferenciado do Enfermeiro Especialista, de acordo com os referenciais legais e profissionais definidos pela OE. Neste percurso, tornou-se evidente a articulação entre as competências comuns do enfermeiro especialista, previstas no Regulamento n.º 140/2019, e as competências específicas da área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, definidas no Regulamento n.º 429/2018.

Em primeiro lugar, foi possível reconhecer o cumprimento efetivo das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, evidenciada na atuação rigorosa perante situações de elevada complexidade clínica, no cumprimento de boas práticas e na tomada de decisão autónoma e fundamentada; da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, demonstrada pela participação em processos de avaliação, monitorização e implementação de estratégias promotoras da segurança do doente; da gestão dos cuidados, através da planificação, priorização e articulação de intervenções junto da pessoa em situação crítica, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar; do desenvolvimento profissional, refletido na procura contínua de atualização, participação em atividades formativas e partilha de conhecimento com a equipa; e da investigação e prática baseada na evidência, patente na fundamentação teórica das decisões clínicas, na reflexão crítica e na utilização de literatura científica atualizada como suporte à intervenção (OE, 2019).

Por outro lado, as competências específicas da especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, previstas no Regulamento n.º 429/2018, foram igualmente amplamente desenvolvidas, designadamente na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica ou com falência orgânica, sustentada por avaliação clínica rigorosa, utilização de recursos tecnológicos avançados e intervenção célere e eficaz; na resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, ativada em episódios de instabilidade aguda vivenciados durante o ensino clínico; na prevenção e controlo de infeções e resistência a antimicrobianos, através da integração de

medidas de controlo de infeção e participação ativa em processos institucionais orientados para a segurança clínica; e na gestão da comunicação terapêutica, assegurando uma relação empática, ética e centrada na pessoa e na família, mesmo em contextos de elevada pressão emocional e técnica (OE, 2018a).

O contacto direto com situações de elevada complexidade clínica, a intervenção junto de pessoas doentes em situação crítica com múltiplas necessidades, o manuseamento de tecnologias avançadas e a atuação articulada com equipas multiprofissionais constituíram-se como pilares essenciais para a consolidação destas competências. A prática supervisionada, aliada a momentos de reflexão crítica e formação contínua, permitiu integrar saberes técnicos, científicos e relacionais, essenciais à identidade profissional do enfermeiro especialista.

A entrada nestes serviços representou, numa fase inicial, um desafio considerável, dadas as especificidades clínicas e a complexidade dos cuidados prestados. A perceção inicial de dificuldades na concretização dos objetivos traçados foi progressivamente superada pela imersão na dinâmica das unidades, cuja diversidade de quadros clínicos e exigência técnica proporcionou um contexto altamente enriquecedor para o desenvolvimento de competências próprias do enfermeiro especialista.

O SMI e o SU acolhem pessoas com patologias diversas e complexas, cujo acompanhamento clínico exige não apenas intervenção especializada, mas também uma compreensão aprofundada da fisiopatologia, das complicações associadas e dos processos de monitorização e reavaliação clínica. Esta experiência permitiu consolidar conhecimentos e desenvolver uma prática mais sustentada em evidência científica e no julgamento clínico.

O regime rotativo, que possibilitou a integração em diferentes turnos, revelou-se essencial para a compreensão do funcionamento integrado das unidades e para a adaptação à sistematização de cuidados estabelecida em função das necessidades assistenciais. Esta organização contribui para a eficiência das intervenções e para a integração fluida de novos profissionais e estudantes.

As elevadas cargas de trabalho a que os profissionais de saúde estão sujeitos contribuem para níveis significativos de insatisfação, desmotivação e burnout, comprometendo não só o bem-estar dos próprios profissionais, mas também a qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, a adequada dotação de enfermeiros, bem como o seu nível de qualificação e competências, assume um papel crucial para garantir padrões elevados de segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde, tanto para a população-alvo como para a organização. Para tal, é imprescindível a utilização de metodologias e critérios que permitam adequar os recursos humanos às reais necessidades assistenciais da população (OE, 2014). A escala NAS, destaca-se como uma ferramenta relevante neste processo, por contemplar um maior número de atividades e apresentar elevada fiabilidade, traduzindo de forma direta a percentagem de tempo despendido pela equipa de enfermagem na assistência à pessoa em estado crítico ao longo de um período de 24 horas.

A atualização constante dos conhecimentos, através da revisão bibliográfica, da discussão com os tutores e da aplicação dos conteúdos lecionados na formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi fundamental para sustentar a tomada de decisão clínica. A necessidade de aprofundar temáticas específicas na área da cardiologia foi suprida por pesquisa dirigida e pelo contacto direto com situações clínicas diversificadas.

Houve oportunidade de manusear equipamentos e tecnologias utilizados na vigilância intensiva, tais como monitores, ventiladores, dispositivos invasivos e não invasivos de monitorização, como balão intra-aórtico (BIA), Impella, índice bispectral (BIS), espectroscopia no infravermelho próximo (NIRS), pacemakers, sistemas de gasimetria, ECMO, seringas e bombas infusoras, entre outros. Estes momentos permitiram consolidar capacidades técnicas e desenvolver um raciocínio clínico mais estruturado.

A experiência vivenciada no bloco operatório de cirurgia cardiotorácica revelou-se particularmente enriquecedora, ao permitir o acompanhamento direto de intervenções cardíacas complexas, desde a preparação da pessoa até ao período de recuperação. Esta imersão prática possibilitou uma compreensão aprofundada da dinâmica cirúrgica e

evidenciou a importância da articulação eficaz entre equipas multidisciplinares para assegurar cuidados contínuos, seguros e tecnicamente rigorosos.

A equipa de enfermagem revelou um elevado grau de profissionalismo e um forte compromisso com a prática baseada na evidência. Não poderia deixar de salientar, contudo, a necessidade de adaptação às características físicas deste tipo de unidades, onde as pessoas doentes podem ouvir a informação e a forma como esta é transmitida na passagem de turno, implicando adequação da linguagem, do tom de voz e dos comentários emitidos pela equipa. A transmissão de informação baseou-se na mnemónica ISBAR, que se revelou particularmente útil na organização da comunicação clínica. No SU, esta transmissão mostrou-se, por vezes, mais vulnerável, uma vez que um enfermeiro compila e transmite a informação relativa a todas as pessoas doentes de uma área laranja ou amarela, o que pode aumentar a possibilidade de falhas e comprometer a qualidade da passagem de turno.

A atualização permanente, através de recursos digitais, formação contínua e participação em eventos científicos, refletiu-se numa postura orientada para a excelência clínica e para o desenvolvimento profissional contínuo. Apesar das limitações decorrentes da elevada carga horária e da exigência assistencial associadas ao ensino clínico, foi possível participar em iniciativas científicas e formativas relevantes, conforme descrito na secção relativa à Promoção do Desenvolvimento Profissional, contribuindo para a atualização e consolidação de conhecimentos fundamentais à prática especializada.

A experiência profissional anterior em contexto de emergência constituiu um facilitador importante na resposta a situações clínicas agudas e na integração no trabalho em equipa. Contudo, o contacto com estas unidades permitiu ampliar a prática, até então mais centrada na resposta imediata e direta, mas com menor enfoque em algumas competências do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da gestão. Tornou-se, assim, mais evidente a importância da vigilância contínua e da antecipação de complicações, através da interpretação de sinais precoces, enquanto estratégia determinante para intervenções mais eficazes e com impacto positivo nos resultados em saúde. Algumas áreas, como a gestão da

terapêutica e a prestação de cuidados de higiene e conforto, revelaram-se inicialmente mais desafiantes, por se afastarem da prática diária desenvolvida ao longo dos últimos anos, exigindo um processo de readaptação e atualização de competências.

Ao longo do percurso formativo, foi possível reconhecer a relevância de diferentes áreas de conhecimento, menos trabalhadas, para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, designadamente a Pediatria, a Emergência Pré-Hospitalar, o Suporte Básico e Avançado de Vida, o Trauma, entre outras. O contacto com estas temáticas revelam-se particularmente pertinente pela sua relação com contextos marcados pela imprevisibilidade, pela necessidade de resposta rápida e pela tomada de decisão em situações complexas, constituindo domínios com potencial acrescido para o aprofundamento e consolidação das aprendizagens ao longo do percurso académico.

Importa igualmente salientar que a frequência da primeira edição deste mestrado representou uma experiência particularmente enriquecedora, na medida em que permitiu não apenas participar num processo formativo inovador, mas também contribuir ativamente para a construção de uma linha orientadora para futuras edições. Este percurso implicou um processo de adaptação e crescimento mútuo, quer por parte dos estudantes, quer da própria Escola, traduzindo-se numa experiência marcada pela partilha, pelo ajustamento progressivo e pela melhoria contínua. Neste contexto, assumiu especial significado a possibilidade de participar de forma ativa, partilhar conhecimentos e experiências e, em determinados momentos, mobilizar também competências associadas ao papel de formador, numa lógica de enriquecimento recíproco do processo de aprendizagem.

O interesse particular por áreas como a emergência pré-hospitalar não se relaciona apenas com o percurso profissional previamente desenvolvido, mas também com a especificidade destes contextos, caracterizados pela imprevisibilidade, pela exigência de raciocínio clínico célere e pela necessidade de tomada de decisão segura e fundamentada. Neste sentido, o percurso realizado contribuiu para reforçar competências clínicas, reflexivas e

relacionais, permitindo uma evolução pessoal e profissional sustentada. Com o apoio dos tutores e professores, foi possível consolidar aprendizagens, aprofundar conhecimentos, desenvolver maior segurança na tomada de decisão e fortalecer uma prática mais crítica, fundamentada e consciente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Desde o primeiro turno em que participei no SMI, acompanhado pelo tutor, integrei a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar do serviço. De acordo com a Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, todos os hospitais do Sistema Nacional de Saúde devem implementar uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e morbilidade das pessoas doentes hospitalizadas que sofrem deterioração clínica aguda, sendo imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e a instituição atempada de terapêutica otimizada (DGS, 2010).

Definem-se como critérios de ativação da EEMI todas as situações de paragem cardiorrespiratória, acontecida ou iminente, bem como disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes nos serviços de internamento, meios complementares de diagnóstico, consulta externa e áreas comuns da instituição. O hospital assegura a existência, 24 horas por dia e 365 dias por ano, de uma EEMI, constituída por um médico e um enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea, técnicas de reanimação e, preferencialmente, formação em emergência/intensivismo. Esta equipa assegura resposta a toda a população da instituição, incluindo pessoas internadas, das consultas, visitantes e profissionais de saúde.

A formação em reanimação constitui um instrumento fundamental num programa institucional de resposta a situações de emergência. É necessário que toda a instituição esteja preparada para pedir ajuda diferenciada, iniciar Suporte Básico de Vida (SBV) e garantir uma resposta em SAV atempada, assegurando a eficácia da cadeia de sobrevivência intra-hospitalar. Assim, a garantia desta resposta depende de formação específica e estruturada em diferentes áreas, dirigida a médicos, enfermeiros e

assistentes operacionais, incluindo não apenas o SBV, mas também a relevância dos sinais vitais, os sintomas de deterioração clínica e os critérios de ativação da EEMI. Todos os profissionais devem ter formação em Suporte Básico de Vida, monitorização clínica, critérios de ativação da EEMI e no seu papel na implementação de medidas iniciais de reanimação. O elemento médico da EEMI deve possuir, no mínimo, formação em SAV; o elemento enfermeiro deve possuir, no mínimo, formação em SIV, sendo preferencial a formação em SAV. Profissionais das áreas clínicas com maior risco de descompensação aguda deverão possuir formação em SIV. Todo o processo formativo deve ser alvo de recertificação periódica.

Neste momento, possuo devidamente atualizadas formações em SBV, SIV, SAV, Trauma e Situações de Exceção e Multivítimas, em contexto adulto e pediátrico, como operacional e formador, ainda competência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Esta base constituiu uma mais-valia na integração no ensino clínico e na resposta a situações críticas.

Mediante uma situação de emergência, a equipa de emergência médica intra-hospitalar é ativada pelo número 2222. Durante o ensino clínico, a equipa que integrava foi ativada para uma situação de paragem cardiorrespiratória e para uma crise convulsiva, ambas em adultos. Houve a possibilidade de intervir com base nas competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, na dinamização da resposta em situações de emergência, da conceção à ação, e na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil (OE, 2018a).

O cuidado de proximidade à pessoa doente constitui um fator central em toda a abordagem, a par das competências do enfermeiro, do seu discernimento, da capacidade de avaliação diagnóstica e da monitorização constante da situação.

A participação em reuniões e momentos de discussão multidisciplinar revelou-se particularmente relevante para a consolidação de conhecimentos

e para a melhoria contínua da prática clínica. Estes espaços permitiram a partilha de experiências e a reflexão crítica sobre os procedimentos adotados, possibilitando a integração de conhecimentos provenientes do pré-hospitalar, os quais se revelaram relevantes para a uniformização de práticas e para o reforço da segurança do doente. Destaca-se, neste contexto, a oportunidade de identificar e corrigir alguns procedimentos, nomeadamente no que respeita à correta utilização e posicionamento dos elétrodos multifunções, contribuindo para uma abordagem mais eficaz e alinhada com as boas práticas em contexto de emergência. Esta vivência reforçou a importância da formação contínua, da comunicação em equipa e da reflexão crítica como pilares essenciais para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

A experiência na Sala de Emergência foi determinante para o desenvolvimento e aplicação das competências do Enfermeiro Especialista, permitindo a intervenção em pessoas críticas nas áreas médica e do trauma. Atuei na avaliação sistematizada segundo a abordagem ABCDE, na dinamização da resposta em situações de emergência de acordo com os algoritmos de Suporte Avançado de Vida, na manutenção segura da via aérea avançada, na ventilação mecânica invasiva e não invasiva, na monitorização clínica e hemodinâmica, no reconhecimento e interpretação de arritmias, na administração segura de terapêutica, no trabalho com equipas interdisciplinares e no contacto com as equipas do pré-hospitalar e com as Vias Verdes existentes. Esta prática consolidou a capacidade de tomada de decisão em tempo útil e evidenciou a importância da articulação com a equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa em situação crítica.

Ao nível da gestão, acompanhei enfermeiros especialistas e responsáveis de turno/equipa nas suas funções de gestão de recursos humanos, materiais e farmacêuticos. Houve contacto com sistemas próprios do local de ensino clínico e participei na manutenção de equipamentos, na gestão de stocks e na elaboração de planos de trabalho. Tendo por base uma das competências do Enfermeiro Especialista, e podendo este, num determinado serviço, assumir funções de responsável de turno ou de equipa,

o tempo despendido na reflexão e aprendizagem destas competências foi, ainda assim, reduzido, uma vez que a complexidade do local de ensino clínico obrigou a uma dedicação prioritária aos cuidados diferenciados e complexos às pessoas doentes. Houve, contudo, um esforço por parte dos orientadores para tornar possível a observação e compreensão destas funções.

O acolhimento da pessoa à entrada da unidade é determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva. A colheita sistematizada de dados, efetuada no momento da admissão, constitui a base para um plano de cuidados individualizado, sendo frequentemente complementada com informação prestada pela família. Este contacto inicial assume particular importância no delineamento das intervenções, sobretudo quando a pessoa se encontra impossibilitada de comunicar ou quando a informação disponível ainda é escassa.

O conhecimento e a defesa dos direitos e deveres da pessoa doente, consagrados na legislação nacional e em documentos orientadores como a Carta dos Direitos e Deveres do Doente, constituem uma responsabilidade ética de todos os profissionais. Importa garantir não só o acesso à informação e à tomada de decisão, mas também salvaguardar a privacidade e a confidencialidade da informação clínica, princípios basilares consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República, 2014; Decreto-Lei n.º 104/98, 1998). O enfermeiro deve proteger e defender a vida humana, participar na valorização da vida da pessoa doente e da sua qualidade, respeitar opções culturais, morais e religiosas e promover o direito ao consentimento informado.

Durante o ensino clínico, deparamo-nos com a problemática das reinternações precoces, o que motivou reflexão sobre a eficácia da educação terapêutica realizada em contexto de alta. Foi verificado que a falta de adesão ao regime terapêutico estava frequentemente relacionada com questões de ordem socioeconómica ou com o contexto familiar, reforçando a importância do acompanhamento pós-alta e da articulação com outros recursos da comunidade. A articulação com os serviços sociais revelou-se fundamental na tentativa de minimizar estas barreiras e promover uma abordagem mais holística e integrada.

Um dos principais pilares da qualidade nos cuidados de saúde é a garantia do consentimento informado, o qual assume particular relevância neste contexto. Este processo assegura o respeito pela autonomia da pessoa, permitindo-lhe tomar decisões fundamentadas sobre os cuidados que lhe são propostos. O papel do profissional de saúde deve ser o de facilitador da informação, promovendo um ambiente de confiança e comunicação eficaz, que permita à pessoa e à família compreenderem as opções disponíveis e sentirem-se parte integrante do processo terapêutico (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

O ensino clínico permitiu ainda o desenvolvimento de competências comunicacionais, essenciais em unidades onde a complexidade clínica coexiste com a fragilidade emocional da pessoa e da sua família. A capacidade de adaptar a linguagem e a abordagem às características socioculturais da pessoa revelou-se um fator determinante para a construção de uma relação terapêutica eficaz. Quando a comunicação verbal não era possível, recorri a estratégias de comunicação não-verbal, assegurando sempre uma postura de respeito, empatia e profissionalismo. Os enfermeiros que prestam cuidados em unidades de cuidados intensivos deparam-se sistematicamente com dificuldades na comunicação com a pessoa ventilada. Esta dificuldade na relação desperta, frequentemente, sentimentos de frustração e impotência em ambas as partes. Para colmatar esta limitação, existem instrumentos que podem ser utilizados e adaptados a cada contexto, favorecendo uma relação em que haja troca de mensagens entre a pessoa e o enfermeiro de forma mais eficaz. Em várias situações, esta comunicação foi ainda dificultada pelo uso de dispositivos de apoio ventilatório, designadamente Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Mecânica Não-invasiva (VNI).

A relação com as famílias foi igualmente valorizada, sendo promovido o acesso à informação de forma sistemática, clara e respeitadora. A entrega de panfletos informativos, bem como o esclarecimento de dúvidas durante as visitas, foi uma prática comum. Contudo, reconhece-se que a dinâmica própria de uma unidade de cuidados intensivos pode, por vezes, limitar o contacto com os familiares, pelo que se torna ainda mais importante que os momentos

de comunicação sejam significativos e bem orientados. O respeito pelos princípios da bioética norteou todas as minhas intervenções, particularmente os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. No contexto da pessoa em situação crítica, estes princípios assumem relevância acrescida, sobretudo quando se tornam necessárias decisões complexas, comunicação transparente e ponderação entre benefício, proporcionalidade e dignidade dos cuidados (Mentzelopoulos et al., 2018). Este último princípio, muitas vezes difícil de operacionalizar num contexto de escassez de recursos, reforça a necessidade de políticas organizacionais que garantam equidade no acesso aos cuidados.

Por fim, foi organizada uma sessão de formação dirigida à equipa sobre Síndrome Coronário Agudo, Disritmias e Insuficiência Cardíaca (Anexo II), complementada pela partilha de experiências em contexto SIV, contribuindo para uma maior compreensão das funções e competências do enfermeiro em contexto pré-hospitalar. Esta iniciativa permitiu não só reforçar conhecimentos técnico-científicos, mas também desenvolver competências nas áreas da formação, comunicação e pedagogia, evidenciando a importância da formação contínua como promotora da qualidade e segurança dos cuidados.

A experiência formativa, enriquecida por momentos de reflexão, prática supervisionada e partilha em equipa, contribuiu significativamente para o fortalecimento das competências enquanto enfermeiro especialista, preparando para responder com rigor, responsabilidade e sensibilidade clínica aos desafios inerentes à prática profissional em contextos de elevada complexidade assistencial.

Considerações finais

O Ensino Clínico em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica constituiu um momento estruturante no percurso académico e profissional desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assumindo-se como um contributo determinante para a consolidação da identidade profissional enquanto Enfermeiro Especialista. A experiência realizada em contextos de elevada complexidade clínica, nomeadamente no SMI e no SU, permitiu integrar de forma consistente os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso com a prática clínica especializada, promovendo uma atuação segura, fundamentada e orientada para a qualidade dos cuidados.

O ensino clínico possibilitou o desenvolvimento e aprofundamento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais essenciais à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. A exposição contínua a situações clínicas complexas e instáveis favoreceu o desenvolvimento do raciocínio clínico, da tomada de decisão crítica e da capacidade de priorização e antecipação de complicações, reforçando a relevância da prática baseada na evidência como elemento central da enfermagem especializada.

A vivência em diferentes contextos assistenciais permitiu uma compreensão integrada do percurso da pessoa em situação crítica ao longo da cadeia de cuidados, destacando a importância da articulação entre os serviços de urgência, cuidados intensivos e emergência pré-hospitalar. Esta integração revelou-se particularmente pertinente para a consolidação de uma prática clínica mais abrangente, centrada na continuidade assistencial, na comunicação eficaz entre equipas e no trabalho multidisciplinar.

No domínio ético e relacional, o ensino clínico reforçou a centralidade da pessoa e da família no processo de cuidar, mesmo em ambientes marcados pela elevada tecnicidade e pressão assistencial. A comunicação terapêutica, o respeito pelos direitos da pessoa doente, a humanização dos cuidados e o apoio à família assumiram-se como dimensões indissociáveis da

prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, exigindo uma atuação simultaneamente competente, empática e eticamente sustentada.

Apesar das dificuldades identificadas ao longo do ensino clínico, nomeadamente o tempo limitado para o aprofundamento de determinadas áreas, a dificuldade de participação em iniciativas formativas complementares, entre outras, estas limitações constituíram simultaneamente oportunidades de desenvolvimento profissional. Contribuíram para o reforço da autonomia, da capacidade de adaptação, da autorreflexão e da aprendizagem contínua, competências essenciais ao exercício profissional em contextos críticos.

A análise crítico-reflexiva do percurso realizado permite concluir que os objetivos inicialmente definidos foram globalmente atingidos, evidenciando uma evolução progressiva e sustentada das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, de acordo com os referenciais da OE. À luz do modelo de aquisição de competências de Benner, considera-se que, no contexto hospitalar, foi consolidado um desempenho progressivamente mais proficiente, caracterizado pela integração entre conhecimento científico, experiência prática e discernimento profissional. No contexto pré-hospitalar, sustentado por uma experiência profissional prolongada, reconhece-se uma atuação marcada por elevada autonomia, segurança e capacidade de antecipação, que constituiu uma base relevante para a integração e valorização deste percurso de ensino clínico.

A componente de investigação desenvolvida no âmbito deste relatório reforçou, por sua vez, a importância da produção e utilização do conhecimento científico como suporte à melhoria contínua da prática clínica, particularmente no domínio da prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde em unidades de cuidados intensivos. Este exercício contribuiu para o fortalecimento do pensamento crítico e para a valorização da investigação em enfermagem como instrumento essencial de sustentação da decisão clínica, constituindo uma ponte relevante entre a prática assistencial e a construção de conhecimento.

Como perspectivas futuras, destaca-se a pertinência do aprofundamento da investigação sobre a articulação entre os cuidados de emergência pré-hospitalar e os cuidados intensivos, bem como sobre o impacto da formação avançada dos enfermeiros especialistas na qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Do ponto de vista pedagógico, a implementação de modelos formativos mais práticos e integradores, como a simulação realística e a tutoria clínica estruturada, poderá constituir um contributo relevante para o fortalecimento da formação especializada em enfermagem.

Em síntese, o ensino clínico desenvolvido no âmbito desta unidade curricular constituiu um marco significativo no percurso académico e profissional, proporcionando aprendizagens relevantes e consolidando competências fundamentais para o exercício da enfermagem especializada. Este percurso reforçou o compromisso com uma prática clínica baseada na evidência, eticamente sustentada, tecnicamente competente e centrada na pessoa, em consonância com os princípios e exigências da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma *scoping review*

1. Resumo

Introdução: A pneumonia associada à ventilação mecânica constitui uma infecção associada aos cuidados de saúde com impacto relevante na morbilidade, mortalidade, duração do internamento e custos hospitalares em unidades de cuidados intensivos. A adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção assume um papel determinante na eficácia destas intervenções, embora seja influenciada por múltiplos fatores.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos.

Metodologia: *Scoping review* conduzida de acordo com o modelo do Joanna Briggs Institute e PRISMA-ScR. Os critérios de elegibilidade foram definidos pelo PCC (Participantes – enfermeiros que prestam cuidados a doentes sob ventilação mecânica em UCI; Conceito – estudos que abordassem a adesão ou não adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da PAVM, bem como os fatores associados à sua implementação; Contexto – estudos desenvolvidos em unidades de cuidados intensivos ou em contextos hospitalares equivalentes de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva. Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol, identificados nas bases de dados MEDLINE® Complete (via PubMed), CINAHL® Complete, MedicLatina® e Cochrane Central Register of Controlled Trials® (via EBSCOhost®) selecionados por dois revisores independentes, com um terceiro revisor em caso de desacordo. Pesquisa realizada em Março de 2026.

Resultados: Identificadas cinco categorias centrais: formação e capacitação da equipa; estratégias de implementação e monitorização das práticas; recursos institucionais e condições organizacionais; fatores profissionais e organizacionais; e resultados clínicos e indicadores assistenciais. A formação contínua, a auditoria com feedback, a monitorização das práticas, a disponibilidade de recursos e o suporte institucional favorecem

a adesão, enquanto a carga de trabalho, a rotatividade profissional, as falhas de comunicação e a escassez de recursos podem dificultá-la.

Conclusão: A adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica é influenciada por fatores múltiplos e interdependentes, reforçando a importância de estratégias integradas de formação, monitorização e suporte organizacional para promover práticas seguras e baseadas na evidência.

2. Abstract

Introduction: Ventilator-associated pneumonia is a healthcare-associated infection with a significant impact on morbidity, mortality, length of stay, and hospital costs in intensive care units. Nurses' adherence to prevention *bundles* plays a key role in the effectiveness of these interventions, although it is influenced by multiple factors.

Objective: To map the available scientific evidence on the factors influencing nurses' adherence to ventilator-associated pneumonia prevention *bundles* in intensive care units.

Methodology: *Scoping review* conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology and PRISMA-ScR. Eligibility criteria were defined according to the PCC framework (Participants – nurses providing care to patients undergoing mechanical ventilation in the ICU; Concept – studies addressing nurses' adherence or non-adherence to ventilator-associated pneumonia prevention *bundles*, as well as factors associated with their implementation; Context – studies conducted in intensive care units or equivalent hospital settings providing care to critically ill patients receiving invasive mechanical ventilation. Studies published in Portuguese, English, and Spanish were included, identified through the MEDLINE Complete (via PubMed), CINAHL Complete, MedicLatina, and Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCOhost) databases, and selected by two independent reviewers, with a third reviewer involved in cases of disagreement. The search was conducted in March 2026.

Results: Five core categories were identified: team training and capacity building; implementation strategies and practice monitoring; institutional resources and organizational conditions; professional and organizational factors; and clinical outcomes and care indicators. Continuous training, audit and feedback, practice monitoring, availability of resources, and institutional support were found to promote adherence, whereas workload, staff turnover, communication failures, and resource shortages may hinder it.

Conclusion: Nurses' adherence to ventilator-associated pneumonia prevention *bundles* is influenced by multiple and interdependent factors, reinforcing the importance of integrated strategies involving training, monitoring, and organizational support to promote safe, evidence-based practice.

3. Enquadramento

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma infeção associada aos cuidados de saúde grave que afeta predominantemente pessoas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica invasiva em unidades de cuidados intensivos (UCI) (Klompas et al., 2022). É geralmente definida como uma pneumonia que se desenvolve após, pelo menos, 48 horas de ventilação mecânica invasiva e continua associada ao aumento da morbilidade, mortalidade, duração da ventilação mecânica, tempo de internamento e custos em saúde (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Evidência recente continua a demonstrar que a PAVM representa um encargo importante para pessoas em situação crítica e para os sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estratégias preventivas eficazes (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023).

Neste contexto, os *bundles* de prevenção da PAVM tornaram-se uma das abordagens mais amplamente utilizadas para promover cuidados mais seguros e consistentes às pessoas submetidas a ventilação mecânica (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023). Estes *bundles* são geralmente entendidos como um conjunto de intervenções baseadas na evidência que, quando implementadas em conjunto e com elevada fiabilidade, podem contribuir para a redução da incidência de PAVM e para a melhoria dos processos assistenciais (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023). Estudos de síntese recentes apoiam a utilização de abordagens baseadas em *bundles*, demonstrando que a sua implementação está associada à redução de episódios de PAVM e, em alguns estudos, à diminuição da duração da ventilação mecânica e do tempo de internamento hospitalar (Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023).

No entanto, é importante reconhecer que não existe uma composição única universalmente consensual de um *bundle* de prevenção da PAVM (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023). Orientações internacionais e estudos de síntese descrevem componentes

recorrentes, mas também uma variabilidade considerável entre estudos, instituições e sistemas de saúde (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023; Rosenthal et al., 2025). Esta heterogeneidade é também ilustrada por relatos que descrevem *bundles* construídos localmente e pelo desenvolvimento de um *bundle* de cuidados com 10 componentes adaptado a um contexto de cuidados intensivos terciários (De Cassai et al., 2024; Rosenthal et al., 2025).

A atualização de 2022 desenvolvida pela Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), pela Infectious Diseases Society of America (IDSA) e pela Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) para hospitais de cuidados agudos identifica práticas essenciais para pessoas adultas, como minimizar a sedação sempre que possível, manter e melhorar a condição física, elevar a cabeceira da cama a 30°–45°, realizar cuidados de higiene oral com escovagem dentária sem clorhexidina e gerir adequadamente os circuitos ventilatórios (Klompas et al., 2022). As mesmas orientações apresentam os tubos endotraqueais com drenagem de secreções subglóticas como uma abordagem adicional para pessoas selecionadas, particularmente quando se prevê ventilação prolongada (Klompas et al., 2022).

Esta variabilidade é igualmente refletida na literatura científica (Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023). Uma revisão sistemática e meta-análise publicada em 2023, que incluiu 36 estudos e 116 873 pessoas adultas submetidas a ventilação mecânica, identificou que os componentes mais frequentemente reportados dos *bundles* foram a elevação da cabeceira da cama e os cuidados de higiene oral, enquanto a composição global dos *bundles* diferiu entre estudos (Martinez-Reviejo et al., 2023). Importa salientar que, apesar desta heterogeneidade, a implementação de *bundles* de cuidados foi associada a uma redução significativa de episódios de PAVM, sustentando a sua relevância clínica e evidenciando simultaneamente a ausência de um *bundle* universalmente padronizado (Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023).

Alguns elementos dos *bundles* continuam a ser objeto de discussão científica (Klompas et al., 2022; De Cassai et al., 2024). Um exemplo relevante refere-se à utilização da clorhexidina na higiene oral (Klompas et al., 2022; De Cassai et al., 2024). As recomendações SHEA/IDSA/APIC de 2022 não apoiam a utilização rotineira de clorhexidina para prevenção da PAVM, privilegiando, em alternativa, a higiene oral com escovagem dentária sem clorhexidina (Klompas et al., 2022). Esta posição é consistente com evidência de síntese mais recente que demonstra que a clorhexidina não apresentou benefício claro em resultados clinicamente relevantes em pessoas ventiladas em situação crítica (De Cassai et al., 2024). Estes achados reforçam a necessidade de interpretar os componentes dos *bundles* à luz da evidência científica atualizada, evitando assumir que todos os elementos historicamente utilizados continuam igualmente sustentados (Klompas et al., 2022; De Cassai et al., 2024).

Orientações internacionais mais recentes salientam igualmente que as recomendações preventivas devem ser interpretadas de acordo com as condições organizacionais locais, os recursos disponíveis e os contextos assistenciais, incluindo ambientes com recursos limitados (Rosenthal et al., 2025). Esta questão é particularmente relevante quando se considera a adesão dos enfermeiros, uma vez que a implementação eficaz das medidas dos *bundles* depende não apenas do conhecimento e motivação individual, mas também da clareza dos componentes dos *bundles*, da liderança institucional, da formação das equipas, da disponibilidade de recursos materiais e da viabilidade de integração destas intervenções na prática clínica quotidiana (Klompas et al., 2022; Rosenthal et al., 2025).

A literatura sugere ainda que o conhecimento e a formação dos enfermeiros constituem elementos centrais para a adesão às práticas preventivas (Branco et al., 2020; Abad et al., 2021; Alanazi & Alonazi, 2024). Intervenções educativas e programas de formação estruturados têm sido associados à melhoria da conformidade com as medidas preventivas da PAVM, enquanto lacunas de conhecimento, formação insuficiente, carga de trabalho, falhas de comunicação e falta de recursos podem comprometer a implementação (Branco et al., 2020; Abad et al., 2021; Alanazi & Alonazi,

2024). Estes resultados são consistentes com evidência qualitativa e estudos realizados no Brasil que destacam lacunas de conhecimento e barreiras relacionadas com formação, materiais e equipamentos, bem como a relevância dos papéis profissionais na implementação de medidas preventivas (De Cassai et al., 2024; Rosenthal et al., 2025).

Simultaneamente, estratégias de monitorização, como auditorias, feedback, supervisão e prática baseada em protocolos, parecem facilitar uma adesão mais consistente às medidas preventivas em contexto de cuidados intensivos (Branco et al., 2020; Alanazi & Alonazi, 2024).

Tendo em conta a relevância clínica da PAVM, o papel central dos enfermeiros na implementação das medidas preventivas e a heterogeneidade conceptual e operacional associada aos *bundles* de prevenção da PAVM, torna-se importante compreender melhor os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros a estas intervenções (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Rosenthal et al., 2025). O mapeamento da evidência disponível sobre esta temática poderá contribuir para orientar estratégias de melhoria da qualidade, apoiar a tomada de decisão clínica e organizacional e reforçar a segurança da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos (Martinez-Reviejo et al., 2023; Rosenthal et al., 2025; Alanazi & Alonazi, 2024).

Esta fundamentação é igualmente consistente com orientações nacionais portuguesas que destacam a formação das equipas, a fiabilidade dos processos e o suporte organizacional como elementos centrais para a promoção da segurança da pessoa e da qualidade dos cuidados (Portugal, Ministério da Saúde, 2021).

4. Metodologia

Desenho do estudo

A presente *scoping review* foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para *scoping reviews* (Peters et al.,

2020) e reportada em conformidade com as orientações do PRISMA extension for *Scoping reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). A *scoping review* foi considerada a abordagem metodológica mais adequada, uma vez que o objetivo deste estudo consistiu em mapear a extensão e a natureza da evidência disponível sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em contexto de cuidados intensivos.

O objetivo desta revisão foi mapear a evidência científica disponível sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos.

A questão de revisão definida foi: Quais os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos?

A revisão foi registada na plataforma *Open Science Framework* (OSF), sob o código 9PQN5. O protocolo encontra-se publicamente disponível em: <https://osf.io/9pqn5/>.

Crítérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com o modelo PCC (Participantes, Conceito e Contexto). Os participantes incluíram enfermeiros que prestavam cuidados a pessoas adultas submetidas a ventilação mecânica invasiva em unidades de cuidados intensivos. O conceito compreendeu estudos que abordassem a adesão ou não adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, bem como os fatores associados à sua implementação. O contexto incluiu unidades de cuidados intensivos de adultos ou contextos hospitalares equivalentes que prestassem cuidados a pessoas adultas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica invasiva.

Foram excluídos estudos centrados exclusivamente em populações pediátricas ou neonatais, estudos realizados fora de contexto hospitalar ou de cuidados intensivos e estudos que não abordassem a adesão dos enfermeiros

aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica ou os fatores que influenciam a sua implementação. Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol.

Foram considerados elegíveis estudos originais e revisões da literatura quando abordassem fatores associados à adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em contexto de cuidados intensivos. Revisões e documentos institucionais utilizados exclusivamente para enquadramento conceptual não foram incluídos na amostra final.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida em três etapas, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). Numa primeira etapa, foi realizada uma pesquisa inicial de âmbito exploratório nas bases de dados MEDLINE® Complete (via PubMed), CINAHL® Complete, MedicLatina® e Cochrane Central Register of Controlled Trials® (via EBSCOhost®), com o objetivo de analisar as palavras-chave presentes nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação utilizados nos estudos relevantes.

Numa segunda etapa, foi realizada uma pesquisa completa nas bases de dados selecionadas, utilizando as palavras-chave e os termos de indexação identificados. A estratégia foi adaptada à sintaxe e às especificidades de indexação de cada base de dados, mantendo os conceitos definidos através do modelo PCC. Os operadores booleanos *AND* e *OR* foram utilizados, respetivamente, para combinar os diferentes conceitos e para associar termos sinónimos ou relacionados.

Numa terceira etapa, foram analisadas as listas de referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar estudos adicionais potencialmente elegíveis que não tivessem sido recuperados através das pesquisas eletrónicas.

A Tabela 9 apresenta as expressões de pesquisa utilizadas e o número de estudos identificados em cada base de dados consultada.

Base de dados	Estratégia de pesquisa	Resultados
MEDLINE®	("critical care nursing" OR nursing OR nurse* OR "intensive care nursing") AND ("care bundle*" OR bundle* OR "patient care bundle*" OR "ventilator bundle*") AND ("ventilator-associated pneumonia" OR "ventilator associated pneumonia" OR VAP OR PAVM) AND ("disease prevention" OR prevention OR "infection prevention") AND ("guideline adherence" OR adherence OR compliance OR "fidelity to guidelines")	41
CINAHL®	("critical care nursing" OR nursing OR nurse* OR "intensive care nursing") AND ("care bundle*" OR bundle* OR "patient care bundle*" OR "ventilator bundle*") AND ("ventilator-associated pneumonia" OR "ventilator associated pneumonia" OR VAP OR PAVM) AND ("disease prevention" OR prevention OR "infection prevention") AND ("guideline adherence" OR adherence OR compliance OR "fidelity to guidelines")	27
Cochrane Central Register of Controlled Trials®	(nursing OR nurse*) AND ("care bundle*" OR bundle* OR "ventilator bundle*") AND ("ventilator-associated pneumonia" OR VAP OR PAVM) AND (prevention OR "disease prevention") AND (adherence OR compliance OR "guideline adherence")	31
MedicLatina®	(nursing OR nurse* OR "critical care nursing") AND ("care bundle*" OR bundle* OR "patient care bundle*") AND ("ventilator-associated pneumonia" OR VAP OR PAVM) AND (prevention OR "disease prevention") AND (adherence OR compliance OR "guideline adherence")	23

Tabela 9 - Estratégia de pesquisa aplicada nas bases de dados

Seleção dos estudos

Um total de 122 registos foi identificado através da pesquisa nas bases de dados. Após a remoção de 4 duplicados, permaneceram 118 registos para a fase de triagem por leitura dos títulos e resumos. Nesta fase, 85 registos foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Os restantes 33 artigos em texto integral foram avaliados quanto à elegibilidade. Destes, 15 foram excluídos após a revisão do texto integral, sendo os respetivos motivos especificados no fluxograma PRISMA-ScR. No final do processo de seleção, 18 estudos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na amostra final desta *scoping review*.

O processo de seleção dos estudos é apresentado na Figura 1, a qual foi revista para assegurar consistência com os dados numéricos reportados no texto e maior transparência relativamente aos motivos de exclusão.

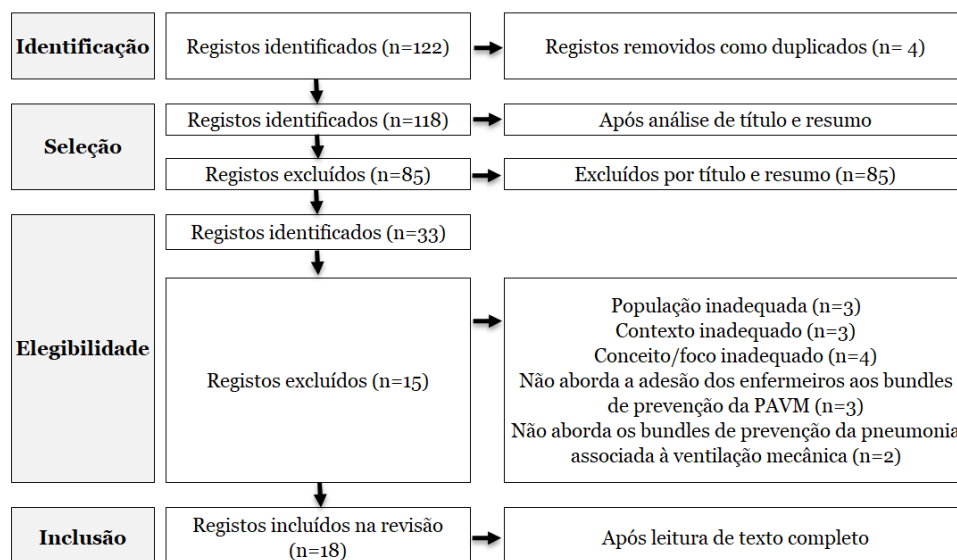


Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, elaborado de acordo com as recomendações PRISMA-ScR

Extração dos dados

A extração de dados foi realizada utilizando uma tabela de evidência desenvolvida pelos autores, com base nas recomendações do Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). Os dados recolhidos incluíram autor/ano/país, título, objetivo, tipo de estudo, participantes/população/amostra, metodologia e principais resultados, conforme apresentado na Tabela 10. Quaisquer divergências entre os revisores durante o processo de extração e análise dos dados foram resolvidas por consenso ou, quando necessário, através da consulta de um terceiro revisor, conforme previamente referido.

Os resultados foram sintetizados de forma descritiva e organizados narrativamente em categorias interpretativas, elaboradas com base nos fatores identificados nos estudos incluídos, com o objetivo de estruturar a apresentação da evidência e facilitar a sua interpretação, em conformidade com a finalidade de mapeamento das *scoping reviews*.

Esta abordagem permitiu agrupar conteúdos convergentes em eixos interpretativos relevantes para a compreensão da adesão dos enfermeiros aos bundles de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica e dos fatores que a influenciam. A organização das categorias seguiu princípios

de sistematização e categorização da informação descritos na literatura metodológica (Bardin, 2016), sem constituir uma análise de conteúdo formal, mantendo-se alinhada com as recomendações do Joanna Briggs Institute para a análise e apresentação estruturada dos resultados em *scoping reviews* (Peters et al., 2020).

Este processo analítico sustentou o desenvolvimento das categorias utilizadas para organizar os resultados e apresentar a evidência de forma estruturada e coerente com os objetivos da revisão (Peters et al., 2020).

5. Resultados

Os resultados do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos são apresentados de acordo com o fluxograma PRISMA-ScR. Um total de 122 registros foi identificado através da pesquisa nas bases de dados. Após a remoção de 4 duplicados, permaneceram 118 registros para a triagem por título e resumo. Nesta fase, 85 registros foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Os restantes 33 artigos em texto integral foram avaliados quanto à elegibilidade. Destes, 15 foram excluídos após a revisão do texto integral, com os motivos especificados no fluxograma PRISMA-ScR. No final do processo de seleção, 18 estudos cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na amostra final desta *scoping review*. O processo de seleção dos estudos é apresentado na Figura 1, a qual foi revista para assegurar consistência com os dados numéricos reportados no texto e maior transparência relativamente aos motivos de exclusão.

Relativamente aos desenhos metodológicos dos estudos incluídos, observou-se uma predominância de estudos observacionais prospetivos ($n = 2$), sendo os restantes desenhos representados por um estudo cada. Estes incluíram estudos quase-experimentais, estudos do tipo antes-e-depois, estudos observacionais retrospectivos, estudos correlacionais, estudos de coorte, estudos qualitativos, estudos de métodos mistos, revisões integrativas e projetos de melhoria da qualidade. Esta diversidade metodológica evidencia

a utilização de diferentes abordagens de investigação para analisar a adesão aos *bundles* de prevenção da PAVM e os fatores que a influenciam.

Quanto à distribuição geográfica das publicações, verificou-se uma maior concentração de estudos provenientes do Brasil ($n = 6$). Os restantes estudos distribuíram-se por 12 países, com uma publicação por país: Austrália, China, Eslovénia, Estados Unidos da América, Etiópia, Filipinas, Hungria, Omã, Polónia, Portugal, Reino Unido e Turquia. No total, estiveram representados 13 países, revelando uma distribuição internacional da produção científica sobre esta temática.

A Tabela 10 apresenta a caracterização dos estudos incluídos, contemplando autor, ano, país, objetivo, desenho metodológico, participantes e principais achados. Os estudos apresentados foram ordenados cronologicamente por ano de publicação e, quando publicados no mesmo ano, alfabeticamente pelo primeiro autor, de modo a facilitar a visualização do desenvolvimento temporal da evidência.

Para apoiar a síntese dos achados, os estudos incluídos foram organizados de acordo com os principais fatores identificados como influenciadores da adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da PAVM. As categorias foram elaboradas com base nos dados extraídos dos estudos incluídos, com o objetivo de organizar e apresentar, de forma estruturada, os padrões recorrentes identificados na literatura, em conformidade com a finalidade de mapeamento característica das *scoping reviews* e com as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute para a síntese e apresentação dos resultados (Pollock et al., 2023). As categorias não foram mutuamente exclusivas, pelo que alguns estudos foram incluídos em mais do que uma categoria quando abordavam simultaneamente múltiplos fatores influenciadores, como a formação, as estratégias de monitorização, as condições organizacionais e os resultados clínicos.

Os resultados foram sintetizados de forma descritiva e organizados narrativamente em categorias interpretativas, elaboradas com base nos fatores identificados nos estudos incluídos, com o objetivo de estruturar a apresentação da evidência e facilitar a sua interpretação, em conformidade com a finalidade de mapeamento das *scoping reviews*.

Esta abordagem permitiu agrupar conteúdos convergentes em eixos interpretativos relevantes para a compreensão da adesão dos enfermeiros aos *bundles* de PAVM e dos fatores que a influenciam.

Este processo sustentou o desenvolvimento das categorias utilizadas para organizar os resultados e apresentar a evidência de forma estruturada e coerente com os objetivos da revisão (Pollock et al., 2023).

Os estudos citados na introdução foram utilizados predominantemente para o enquadramento conceptual da temática. Contudo, sempre que cumpriram os critérios de elegibilidade definidos para a revisão e foram mantidos após o processo de seleção, esses estudos integraram igualmente a amostra final. A análise revelou também variabilidade na composição dos *bundles* de prevenção da PAVM descritos nos estudos incluídos. Embora algumas medidas preventivas tenham sido recorrentes, como a elevação da cabeceira da cama, os cuidados de higiene oral, as práticas relacionadas com a sedação e os procedimentos de monitorização, o número e a combinação dos componentes dos *bundles* diferiram entre estudos. Esta heterogeneidade deve ser considerada na interpretação dos achados, uma vez que a adesão dos enfermeiros pode ser influenciada não apenas por fatores contextuais e organizacionais, mas também por diferenças na forma como os *bundles* são definidos e operacionalizados em cada estudo (Klompas et al., 2022; Martinez-Reviejo et al., 2023; Mastrogianni et al., 2023; Rosenthal et al., 2025).

Os resultados mostram que os fatores mais frequentemente associados à adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da PAVM foram os resultados clínicos e os indicadores assistenciais, sustentados por 4 estudos. Seguiram-se, com 3 estudos cada, a formação e capacitação da equipa, as estratégias de implementação e monitorização das práticas e os fatores profissionais e organizacionais. Os recursos institucionais e as condições organizacionais foram identificados em 2 estudos. Em conjunto, estes dados sugerem que a adesão aos *bundles* é influenciada por uma articulação entre fatores clínicos, formativos e organizacionais. Importa salientar que estes valores correspondem aos estudos explicitamente utilizados para sustentar cada categoria nesta síntese e não correspondem

necessariamente a uma recontagem exaustiva, artigo a artigo, dos 18 estudos incluídos.

Tabela 10 - Caracterização dos estudos incluídos na pesquisa

Autor (Ano)	País	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	População/amostra	Metodologia	Adesão	Fatores que Influenciam a Adesão	Principais Resultados
Akdogan et al. (2017)	Turquia	Avaliar a eficácia de uma bundle de prevenção da PAVM que inclui tubo endotraqueal com drenagem subglótica e monitorização da pressão do cuff	Projeto de melhoria da qualidade	Doentes adultos intubados por > 48 horas (n=133; grupo de intervenção 37, grupo controle 96)	Implementação controlada de bundle com comparação entre grupos.	Baixa adesão global; maior adesão nos casos para pressão do cuff (50,1%), cuidados orais e ETT-SD; nenhuma adesão total à bundle	Formação da equipa; disponibilidade de ETT-SD e monómetro; ausência de feedback sistemático; curta duração do estudo	Redução significativa da taxa de PAVM (40,82 para 22,16/1000 dias de VM; p<0,05); atraso no início da PAVM; sem impacto na mortalidade
Burja et al., 2018	Eslovénia	Avaliar a eficácia de uma bundle de prevenção da PAV	Estudo prospetivo correlacional	Doentes adultos sob ventilação mecânica (n=129)	Avaliação retrospectiva antes-depois após implementação de bundle.	Incidência de PAV, PAV precoce e tardia, mortalidade, duração VM/UCI	Incidência de PAV, PAV precoce e tardia, mortalidade, duração VM/UCI	Redução significativa da PAV tardia; sem diferença na mortalidade
Alecrim et al. (2019)	Brasil	Identificar estratégias de prevenção da PAV implantadas em serviços de saúde e classificar o nível de evidência dos estudos.	Estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal	Revisão integrativa incluindo 23 estudos	Revisão integrativa da literatura.	Adesão avaliada em poucos estudos; maior eficácia quando adesão ao bundle >90-95%	Adesão aos bundles, educação da equipa, vigilância de indicadores, feedback	Aplicação conjunta das medidas reduz significativamente a densidade de incidência de PAV.
Cruz & Martins (2019)	Portugal	Identificar os procedimentos de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica	Estudo longitudinal e descritivo	Enfermeiros observados (n=20); procedimentos/observações (n=102)	Observação direta de práticas e aplicação de questionário.	Elevada adesão global; menor adesão à verificação do cuff e aspiração	Formação específica; monitorização de práticas	Taxa de PAV de 0,3%; elevada adesão ao bundle
Dutra et al. (2019)	Brasil	Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a segurança do paciente em ventilação mecânica na prevenção da PAV.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Profissionais de enfermagem (n=7)	Entrevistas semiestruturadas com análise qualitativa temática.	Adesão percebida como adequada pelos profissionais, sem mensuração objetiva.	Ausência de educação continuada, desconhecimento de indicadores, falhas na vigilância e comunicação	Profissionais reconhecem riscos e realizam medidas preventivas, porém sem referência a indicadores ou notificação.
Zigart et al. (2019)	Brasil	Avaliar a adesão da equipa de enfermagem ao protocolo de prevenção da PAV	Estudo transversal e observacional	Doentes (n=945)	Observação transversal com checklist à beira do leito.	Alta adesão à elevação da cabeceira (90,05%)	Carga de trabalho; variabilidade de práticas	Incidência de PAV de 10,58%
Branco et al., 2020	Brasil	Avaliar adesão da enfermagem ao bundle de prevenção da PAV e incidência antes/depois de educação permanente	Estudo observacional prospetivo de vigilância	Doentes adultos sob ventilação mecânica (n=302)	Educação permanente com comparação antes e depois da adesão e incidência.	Adesão da enfermagem, incidência e densidade de PAV	Adesão da enfermagem, incidência e densidade de PAV	Aumento significativo da adesão e redução da densidade de PAV
Duszynska et al. (2020)	Polónia	Monitorizar infeções associadas a dispositivos e avaliar adesão às bundles preventivas em UCI	Estudo misto, descritivo	Doentes internados em UCI por > 48 horas (n=135)	Vigilância prospetiva com monitorização da adesão às bundles.	Adesão elevada a bundles VAP (76,8-96,2%); adesão variável e inferior noutros bundles	Mostra que elevada adesão às bundles está associada a melhor controlo das infeções, mas adesão não é uniforme	Formação contínua; vigilância ativa; feedback de desempenho
He et al. (2020)	China	Avaliar o impacto de um programa nacional de melhoria da qualidade nas UCIs	Estudo observacional prospetivo	586 hospitais e 1.587.724 doentes em UCI	Programa nacional de melhoria da qualidade com avaliação pré-pós.	Redução significativa da incidência de VAP e aumento da adesão às bundles (ex.: SSC 6h 64,9% → 76,2%)	Demonstra que programas estruturados aumentam adesão às bundles e melhoram indicadores de processo	Formação estruturada; auditorias nacionais; feedback contínuo; liderança médico-enfermeiro
Madhuvu et al. (2021)	Austrália	Avaliar a utilização e a adesão à ventilation bundle em duas unidades de cuidados intensivos australianas	Estudo quase-experimental retrospectivo antes-depois	Doentes adultos sob ventilação mecânica por > 48 horas (n=96)	Observação prospetiva da adesão ao bundle em duas UCIs.	Adesão global média de 88,3%; aumento progressivo da adesão do dia 3 ao dia 5 de VM; menor adesão associada a maior gravidade clínica (APACHE III elevado)	Gravidade clínica do doente; contraindicações clínicas; políticas institucionais; documentação de enfermagem	Maior adesão aos componentes de profilaxia de TVP e úlcera péptica; adesão aumentou com os dias de ventilação mecânica
Weston Smith & Spivey, 2021	Reino Unido	Promover a prática de drenagem de secreções subglóticas (SSD)	Estudo quase-experimental de séries temporais	Doentes traqueostomizados sob ventilação mecânica (n=24)	Projeto de melhoria da qualidade com ciclos PDSA.	Adesão à SSD	Adesão à SSD	Aumento da adesão de 0% para 85,7% dos dias ventilados
Melo et al. (2021)	Brasil	Avaliar impacto de projeto colaborativo na redução de infeções associadas a dispositivos em UCI	Estudo observacional prospetivo descritivo	Cinco UCI de adultos (aproximadamente 48 camas no total)	Projeto colaborativo com séries temporais e monitorização de indicadores.	Adesão moderada às bundles (VAP ~48%, CAUTI 71-79%, CLABSI 53-63%)	Evidencia relação entre adesão às bundles e redução de VAP e CAUTI	Projeto colaborativo; ciclos PDSA; formação e monitorização contínua
Abad et al. (2021)	Filipinas	Avaliar conhecimento, práticas e adesão dos enfermeiros à bundle de VAP	Revisão integrativa	Enfermeiros (n=56) e equipa de controlo de infeção	Estudo misto com questionário e análise qualitativa de barreiras/facilitadores.	Adesão global mediana de 84,6%; adesão mais baixa à avaliação de prontidão para extubação	Evidencia relação direta entre conhecimento dos enfermeiros e adesão às bundles	Formação insuficiente; lacunas de conhecimento; elevada rotatividade de enfermeiros
Butarakos et al. (2022)	Estados Unidos da América	Avaliar o impacto da implementação de uma bundle de prevenção da PAVM, associada à educação em enfermagem e melhoria da documentação, na incidência de PAVM	Estudo prospetivo controlado	Doentes adultos (≥18 anos) sob ventilação mecânica por > 48 horas com diagnóstico de PAV (n=89); doentes ventilados (n=46)	Implementação de bundle com educação da equipa e avaliação pré-pós.	Elevada adesão após intervenção; ≥97% higiene das mãos e elevação da cabeceira; melhoria na documentação dos cuidados de enfermagem	Educação estruturada; avaliação prática à cabeceira; auditoria e feedback; utilização de checklists; disponibilização de recursos	Redução significativa da incidência de PAVM (20,8% para 12,2%; p=0,03); redução dos dias de ventilação, tempo de internamento e necessidade de traqueostomia
Melo et al. (2022)	Brasil	Descrever a implementação e os resultados de uma colaborativa nacional (PROADI-SUS) para redução de IRAS, incluindo PAV associada à ventilação mecânica.	Estudo longitudinal e descritivo	Cinco UCI de adultos (48 camas no total); doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva	Colaborativa nacional de melhoria com ciclos PDSA e monitorização prospetiva.	Adesão parcial aos bundles (maioritariamente >50%; meta 95% nem sempre atingida).	Formação contínua, monitorização de resultados, liderança ativa, trabalho multiprofissional (especialmente enfermagem), motivação da equipa; dificuldades no envolvimento médico em algumas UCIs.	Redução ≥30% da densidade de incidência de IRAS em pelo menos uma infeção em todas as UCIs; uma UCI atingiu redução de 50% em 18 meses.
Mogyoródi et al. (2023)	Hungria	Avaliar a efetividade de um bundle de prevenção da PAVM implementado através de uma intervenção educativa em enfermeiros e analisar a retenção do conhecimento.	Estudo observacional retrospectivo antes-depois	Doentes adultos sob ventilação mecânica por > 48 horas (n=251) e enfermeiros de UCI (n=37)	Intervenção educativa com avaliação antes-depois da adesão e retenção.	A adesão completa aumentou de 16,2% para 62,2% aos 3 meses, mas regressou a níveis basais aos 12 meses (exceto elevação da cabeceira).	Formação da equipa, auditoria e supervisão; perda de retenção do conhecimento ao longo do tempo.	Redução da incidência de PAVM de 29,3 para 15,3/1000 dias de ventilação; redução significativa do risco (HR 0,41).
Debas et al. (2024)	Etiópia	Avaliar a adesão aos bundles de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em unidades de cuidados intensivos	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Doentes adultos sob ventilação mecânica por > 48 horas (n=300)	Avaliação prospetiva da adesão ao bundle em doentes ventilados.	Adesão global de 70%; elevada adesão à elevação da cabeceira, profilaxia de Úlcera Péptica e TVP; adesão nula à higiene oral com clorhexidina; baixa adesão à humidificação e sedação diária	Falta de formação, limitações de conhecimento, ausência de equipamentos, contexto de recursos limitados	Cumprimento satisfatório em medidas básicas; falhas críticas em práticas-chave de enfermagem
Al-Harthi et al., 2025	Omã	Avaliar adesão dos enfermeiros à bundle de PAV e relação com outcomes	Estudo de coorte controlado pré-pós	Doentes sob ventilação mecânica por ≥ 48 horas (n=103)	Avaliação prospetiva correlacional da adesão e desfechos clínicos.	Adesão dos enfermeiros, PAV, LOS, dias VM, custos	Adesão dos enfermeiros, PAV, LOS, dias VM, custos	Adesão média 69%; maior adesão associada a menos PAV, LOS, dias VM e custos

6. Discussão

A análise dos estudos incluídos demonstrou que a adesão aos *bundles* não depende exclusivamente do conhecimento técnico dos profissionais, mas também da existência de estratégias de implementação e monitorização, da disponibilidade de recursos, do suporte institucional e das dinâmicas profissionais e organizacionais presentes nos contextos de prática.

Adicionalmente, os resultados sugerem que níveis mais elevados de adesão tendem a estar associados a melhores resultados clínicos e assistenciais, reforçando a relevância desta temática para a segurança da pessoa em situação crítica e para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em unidades de cuidados intensivos.

Foram identificadas cinco categorias centrais para compreender este fenómeno: formação e capacitação da equipa; estratégias de implementação e monitorização das práticas; recursos institucionais e condições organizacionais; fatores profissionais e organizacionais que influenciam a adesão; e resultados clínicos e indicadores assistenciais.

Formação e capacitação da equipa

A formação estruturada e a educação contínua emergem como fatores centrais para a melhoria da adesão aos *bundles* de prevenção da PAVM. Os estudos incluídos sugerem que a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas favorecem a implementação mais consistente das práticas preventivas, especialmente quando a formação é direcionada para os componentes concretos dos *bundles* e para a sua aplicação no contexto real de prestação de cuidados.

Neste sentido, verificou-se que uma intervenção educativa dirigida à equipa de enfermagem aumentou significativamente a conformidade com o *bundle*, embora os autores tenham também observado alguma perda deste ganho ao longo do tempo (Mogyoródi et al., 2023). Em consonância com estes achados, foram observadas melhorias na adesão a medidas preventivas específicas após a implementação de uma estratégia educativa em contexto de cuidados intensivos (Branco et al., 2020), enquanto outros autores identificaram lacunas de conhecimento relativamente aos componentes do *bundle* e defenderam a necessidade de formação formal e de sessões educativas regulares (Abad et al., 2021).

Estes resultados sugerem que a formação não deve ser compreendida como uma intervenção pontual, mas sim como um processo contínuo de capacitação profissional. A evidência analisada indica que a ausência de formação específica, limitações de conhecimento e o declínio da retenção de conteúdos ao longo do tempo podem comprometer a sustentabilidade das melhorias alcançadas. Assim, níveis mais elevados de conhecimento parecem estar associados a maior adesão aos *bundles*, reforçando a ideia de que a educação estruturada e a formação contínua constituem pilares essenciais para consolidar competências, reduzir lacunas e promover a adesão sustentada às medidas de prevenção da PAVM

Face a estes resultados, os estudos analisados reforçam a importância da implementação de estratégias de formação estruturadas e contínuas como componente relevante para melhorar o conhecimento dos enfermeiros e promover maior adesão aos *bundles* de prevenção da PAVM (Branco et al., 2020; Abad et al., 2021; Mogyoródi et al., 2023).

Estratégias de implementação e monitorização das práticas

Os resultados da revisão demonstram que a adesão às medidas preventivas tende a ser mais consistente quando a implementação é acompanhada por estratégias organizacionais de monitorização e avaliação contínuas. Auditorias, feedback às equipas, supervisão, utilização de checklists, vigilância de indicadores e integração das intervenções nos

registos de enfermagem emergem como mecanismos facilitadores da aplicação sistemática dos *bundles*.

A introdução de um *bundle* de cuidados com prescrição formal, alertas para drenagem subglótica e plano de cuidados por turno melhorou substancialmente o registo desta prática (Weston Smith e Spivey, 2021). Em consonância com estes resultados, foi destacada a importância de auditorias regulares à implementação do *bundle*, com recomendação para integrar as medidas preventivas nos registos diários de enfermagem e em ciclos frequentes de auditoria (Weston Smith e Spivey, 2021; Debas et al., 2024).

Estes dados demonstram que a monitorização contínua permite não apenas identificar falhas de implementação, mas também promover maior responsabilização profissional e reforçar a fiabilidade dos cuidados prestados. A avaliação prática à cabeceira da pessoa doente e a utilização de instrumentos estruturados parecem favorecer a padronização das práticas e a sua manutenção ao longo do tempo.

Assim, os estudos sustentam que a adoção de estratégias sistemáticas de monitorização e avaliação constitui um elemento relevante para a melhoria da adesão aos *bundles* e para a consolidação de uma prática de enfermagem mais consistente e baseada na evidência. Neste sentido, torna-se pertinente reforçar a implementação de auditorias regulares, feedback sistemático, checklists e registos padronizados como estratégias facilitadoras da adesão às práticas recomendadas de prevenção da PAVM (Weston Smith e Spivey, 2021; Debas et al., 2024; Al-Harthi et al., 2025).

Recursos institucionais e condições organizacionais

A adesão aos *bundles* de prevenção da PAVM não depende exclusivamente do conhecimento ou motivação dos profissionais, estando também fortemente condicionada pela disponibilidade de recursos e pelas condições organizacionais existentes nas instituições. Neste sentido, os estudos analisados demonstram que a operacionalização de determinadas intervenções requer equipamentos, materiais específicos e suporte institucional adequado.

A implementação de um *bundle* que incluía tubo endotraqueal com drenagem subglótica e monitorização da pressão do cuff foi associada à redução da incidência de PAVM, tendo sido igualmente salientado que esta implementação dependia da disponibilidade prévia de dispositivos e do suporte institucional (Akdogan et al., 2017). De forma semelhante, verificou-se que, no contexto estudado, algumas práticas não eram aplicáveis devido à indisponibilidade de recursos e às limitações do contexto assistencial (Debas et al., 2024).

Estes achados reforçam a ideia de que limitações estruturais e contextos com escassez de recursos podem comprometer a adesão às recomendações e condicionar a implementação efetiva das medidas preventivas. Para além da disponibilidade de equipamentos, as políticas institucionais e o suporte organizacional parecem desempenhar um papel relevante, na medida em que facilitam a integração das intervenções nos processos assistenciais e sustentam a continuidade das práticas.

Assim, a evidência sugere que a disponibilidade de recursos e o suporte institucional influenciam diretamente a implementação dos *bundles* e a adesão dos enfermeiros às medidas de prevenção da PAVM. Face a estes resultados, reforça-se a importância de garantir condições organizacionais favoráveis, disponibilidade de equipamentos e suporte institucional como elementos essenciais para a implementação eficaz das intervenções preventivas (Akdogan et al., 2017; Debas et al., 2024).

Fatores profissionais e organizacionais que influenciam a adesão

A revisão permitiu igualmente identificar um conjunto de fatores humanos e organizacionais que facilitam ou dificultam a adesão aos *bundles*. Entre estes destacam-se a liderança ativa, o trabalho multiprofissional, a motivação da equipa, a carga de trabalho, a rotatividade de profissionais, a variabilidade das práticas, as falhas de comunicação e a ausência de feedback sistemático.

Foi identificada uma taxa média de conformidade de 69%, tendo-se verificado diminuição da adesão ao longo do tempo de internamento,

sugerindo dificuldades na manutenção da adesão ao longo do percurso assistencial (Al-Harthi et al., 2025). Por sua vez, Foi salientado que o conhecimento insuficiente sobre componentes específicos do bundle pode comprometer a consolidação das práticas institucionais. Adicionalmente, níveis de adesão inferiores ao desejado foram associados à ausência de programas regulares de desenvolvimento profissional e às limitações do contexto assistencial (Abad et al., 2021).

Estes resultados demonstram que a adesão não deve ser interpretada apenas como uma escolha individual do profissional, mas como reflexo de um contexto organizacional mais amplo. Ambientes caracterizados por maior estabilidade das equipas, melhor articulação multiprofissional, comunicação estruturada e liderança mais presente tendem a favorecer a implementação consistente dos *bundles*. Em contrapartida, a sobrecarga assistencial, as falhas de comunicação e a ausência de estratégias de suporte à prática podem comprometer a manutenção das medidas preventivas (Debas et al., 2024).

Neste sentido, os estudos sugerem que os fatores humanos e organizacionais influenciam significativamente a adesão dos enfermeiros às práticas de prevenção da PAVM e devem ser considerados no desenho de estratégias de melhoria da qualidade. Assim, torna-se relevante promover liderança ativa, trabalho em equipa, comunicação eficaz e condições organizacionais que sustentem a prática, reduzindo os constrangimentos que dificultam a adesão sustentada aos *bundles* (Abad et al., 2021; Debas et al., 2024; Al-Harthi et al., 2025).

Resultados clínicos e indicadores assistenciais

Os estudos incluídos apontam de forma consistente para uma associação entre maior adesão aos *bundles* e melhores resultados clínicos e assistenciais. Entre os resultados mais frequentemente avaliados encontram-se a incidência de PAVM, a densidade de incidência de PAVM, a distinção entre PAVM precoce e tardia, a mortalidade, a duração da ventilação

mecânica, o tempo de internamento em UCI, o tempo total de internamento hospitalar e os custos hospitalares.

Os autores demonstraram uma redução na densidade de incidência de pneumonia e um menor risco de desenvolvimento de PAVM após a implementação do programa preventivo (Akdogan et al., 2017; Buterakos et al., 2022). Foi também reportada diminuição das taxas de PAVM após a implementação de um protocolo padronizado, baseado na evidência, associado a um *bundle* e a formação da equipa de enfermagem (Buterakos et al., 2022).

Observou-se que maior conformidade com o *bundle* esteve associada a menor duração do internamento, menos dias de ventilação mecânica e redução dos custos hospitalares, sendo a adesão média mais elevada nas pessoas que não desenvolveram PAVM (Al-Harthi et al., 2025). De forma semelhante, foi demonstrada redução da incidência de PAVM após a implementação de um *bundle* que incluía drenagem subglótica, monitorização da pressão do cuff e higiene oral com clorhexidina (Akdogan et al., 2017).

Em conjunto, estes dados sugerem que a adesão aos *bundles* deve ser compreendida não apenas como um indicador de processo, mas também como um elemento com potencial impacto nos resultados assistenciais e na segurança da pessoa em situação crítica. Embora nem todos os estudos demonstrem alterações significativas em todos os indicadores, a tendência global aponta para benefícios clínicos e organizacionais associados à implementação consistente de medidas preventivas.

Assim, a evidência analisada reforça a relevância da adesão dos enfermeiros aos *bundles* como componente fundamental da qualidade dos cuidados e da prevenção da PAVM em unidades de cuidados intensivos. Face a estes resultados, os estudos sustentam que o reforço da adesão aos *bundles* deve ser valorizado como estratégia com potencial para reduzir a incidência de PAVM e melhorar indicadores clínicos e assistenciais relevantes (Akdogan et al., 2017; Buterakos et al., 2022; Al-Harthi et al., 2025

).

7. Conclusões do estudo

Os achados desta *scoping review* evidenciam que a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica é influenciada por múltiplos fatores inter-relacionados, particularmente a formação da equipa, as estratégias de implementação e monitorização, as condições organizacionais, o suporte institucional e as dinâmicas profissionais presentes nos contextos de cuidados intensivos.

De forma global, a evidência sugere que a adesão sustentada é favorecida pela educação estruturada, pelos processos de auditoria e feedback, pela monitorização das práticas e pela disponibilidade de recursos adequados, enquanto a carga de trabalho, a rotatividade de profissionais, as falhas de comunicação e as limitações de recursos podem dificultar a implementação das medidas preventivas.

A revisão indica ainda que níveis mais elevados de adesão tendem a estar associados a melhores resultados clínicos e assistenciais. Estes achados reforçam a importância de estratégias integradas de melhoria da qualidade para sustentar uma prática de enfermagem segura e baseada na evidência em unidades de cuidados intensivos.

Limitações do estudo

Esta *scoping review* apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, os estudos incluídos revelaram heterogeneidade quanto aos desenhos metodológicos, contextos, participantes e focos analíticos, o que limita a comparabilidade direta dos achados. Em segundo lugar, os estudos abordaram a adesão dos enfermeiros e os fatores associados com diferentes níveis de centralidade e profundidade, condicionando a comparação e a síntese dos resultados. Adicionalmente, apenas foram considerados estudos publicados em português, inglês e

espanhol, o que poderá ter conduzido à exclusão de evidência relevante publicada noutras línguas.

Importa ainda referir que, tratando-se de uma *scoping review*, o objetivo centrou-se no mapeamento da evidência disponível, não tendo sido realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Por fim, o protocolo da revisão foi registado numa fase posterior ao planeamento inicial, o que constitui uma limitação do processo metodológico, embora tenha sido posteriormente disponibilizado publicamente na plataforma Open Science Framework.

Contribuições para a prática clínica

Os resultados desta *scoping review* podem contribuir para o reforço da prática de enfermagem baseada na evidência, ao identificar intervenções e estratégias que promovem a adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em contexto hospitalar.

O mapeamento da evidência disponível permite reconhecer fatores condicionantes da adesão, barreiras à implementação e elementos facilitadores da incorporação consistente destes *bundles* na prática clínica.

Este conhecimento pode apoiar a revisão e atualização de protocolos institucionais, bem como o desenvolvimento de programas de formação contínua e de estratégias de supervisão clínica orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Adicionalmente, os resultados desta revisão podem sustentar a definição de políticas e práticas organizacionais orientadas para a segurança da pessoa doente, promovendo a padronização dos cuidados e a utilização de intervenções preventivas baseadas na melhor evidência disponível.

De forma mais abrangente, espera-se que esta revisão constitua um contributo relevante para a implementação, monitorização e avaliação de estratégias de melhoria contínua da qualidade, com potencial impacto na

redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, na melhoria dos resultados clínicos e na otimização dos recursos em saúde.

Todos os dados subjacentes a este estudo encontram-se incluídos no artigo e nos respetivos materiais suplementares.

Conclusões gerais

A elaboração do presente relatório permitiu integrar, de forma articulada, as dimensões clínica, científica, ética e reflexiva do percurso desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. Mais do que um exercício descritivo, este trabalho constituiu uma oportunidade de análise aprofundada do percurso formativo e profissional realizado, evidenciando a consolidação progressiva de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como das competências conducentes ao grau de Mestre.

No que respeita à componente de ensino clínico, a experiência desenvolvida em contextos de elevada complexidade assistencial, nomeadamente nos cuidados intensivos e no serviço de urgência, revelou-se determinante para a consolidação de uma prática clínica mais segura, fundamentada, crítica e autónoma. A exposição continuada a situações de instabilidade clínica, a necessidade de decisão em tempo útil, a utilização de tecnologias diferenciadas e a articulação com equipas multidisciplinares favoreceram o aprofundamento do raciocínio clínico, da capacidade de priorização, da vigilância contínua e da antecipação de complicações, dimensões centrais nos cuidados à pessoa em situação crítica.

A articulação entre este percurso hospitalar e a experiência profissional previamente adquirida em emergência pré-hospitalar constituiu uma mais-valia relevante, ao permitir uma compreensão mais integrada da pessoa em situação crítica ao longo do seu percurso assistencial. Esta complementaridade reforçou a capacidade de estabelecer prioridades, responder a situações emergentes, sustentar decisões clínicas complexas e

compreender a continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis de resposta.

Importa igualmente destacar que o desenvolvimento destas competências foi sustentado pelo acompanhamento pedagógico e científico proporcionado ao longo do percurso formativo, nomeadamente através da supervisão clínica, da orientação tutorial e do apoio institucional da escola, que se revelaram fundamentais para a consolidação do raciocínio clínico, para o desenvolvimento da reflexão crítica e para a integração progressiva do conhecimento científico na prática profissional.

No plano científico, o desenvolvimento da *scoping review* associada ao presente relatório permitiu aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros a práticas preventivas em contexto de cuidados intensivos, evidenciando a importância da formação contínua, da monitorização das práticas e do suporte organizacional para a promoção de cuidados seguros e baseados na evidência. Este trabalho culminou na elaboração de um artigo científico publicado numa revista científica internacional, evidenciando a relevância da investigação como suporte à tomada de decisão clínica, à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e ao fortalecimento de uma cultura profissional orientada para a segurança da pessoa em situação crítica.

Globalmente, considera-se que os objetivos delineados para o ensino clínico foram amplamente atingidos, permitindo não só o desenvolvimento das competências previstas no plano formativo e nos referenciais profissionais, mas também uma evolução pessoal e profissional sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e no compromisso com a excelência clínica. Neste sentido, o percurso realizado constitui simultaneamente um ponto de consolidação das competências adquiridas e um ponto de partida para o desenvolvimento profissional contínuo, orientado para a prestação de cuidados especializados, para a melhoria da qualidade assistencial e para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Referências

- Abad, C. L., Formalejo, C. P., & Mantaring, D. M. L. (2021). Assessment of knowledge and implementation practices of the ventilator acquired pneumonia bundle in the intensive care unit of a private hospital. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 10(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s13756-021-01027-1>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). *Rede de referenciação hospitalar de medicina intensiva*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos: RT 13/2019, versão 2024*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Akdogan, O., Ersoy, Y., Kuzucu, Ç., Gedik, E., Tugal, T., & Yetkin, F. (2017). Assessment of the effectiveness of a ventilator associated pneumonia prevention bundle that contains endotracheal tube with subglottic drainage and cuff pressure monitorization. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21(3), 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2017.01.002>
- Alanazi, S., & Alonazi, W. B. (2024). Enhancing critical care practitioners' knowledge and adherence to ventilator-associated events bundle: A comprehensive analysis. *Frontiers in Medicine*, 11, 1365742. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1365742>
- Al-Harthi, F., Al-Noumani, H., Matua, G. A., Al-Abri, H., & Joseph, A. (2025). Nurses' compliance to ventilator-associated pneumonia prevention bundle and its effect on patient outcomes in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 30(3), e70043. <https://doi.org/10.1111/nicc.70043>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBÍ manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março: Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série(57). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Baião, H. A. S. O. (2021). *Critérios de não reanimação validados em equipas de emergência extra-hospitalar lideradas por enfermeiros ou paramédicos* [Relatório de ensino clínico de mestrado, Universidade do Minho e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. RepositóriUM. <https://repositorium.uminho.pt/handle/1822/77853>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto Editora.

Bonnefoy-Cudraz, E., Bueno, H., Casella, G., De Maria, E., Fitzsimons, D., Halvorsen, S., Hassager, C., López-Sendón, J., Lettino, M., Lewandowski, P., Mueller, C., Price, S., Quinn, T., Schiele, F., Tubaro, M., Vranckx, P., Walker, D., & Zahger, D. (2018). Editor's choice—Acute Cardiovascular Care Association position paper on intensive cardiovascular care units: An update on their definition, structure, organisation and function. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 7(1), 80–95. <https://doi.org/10.1177/2048872617724269>

Branco, A., Lourençone, E. M. S., Monteiro, A. B., Fonseca, J. P., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190477. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0477>

Butterworth, T., & Faugier, J. (Eds.). (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7228-6>

Buterakos, R., Jenkins, P. M., Cranford, J., Haake, R. S., Maxson, M., Moon, J., Rice, B., & Sachwani-Daswani, G. R. (2022). An in-depth look at ventilator-associated pneumonia in trauma patients and efforts to increase bundle compliance, education and documentation in a surgical trauma critical care unit. *American Journal of Infection Control*, 50(12), 1333–1338. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.029>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 16 de maio). *Ventilator-associated pneumonia basics*. <https://www.cdc.gov/ventilator-associated-pneumonia/about/>

Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 862–872. <https://doi.org/10.1111/jocn.13586>

Davidson, C. J. (2013). *Manual de procedimentos em cardiologia invasiva* (3.^a ed.). Artmed.

De Cassai, A., Pettenuzzo, T., Busetto, V., Legnaro, C., Pretto, C., Rotondi, A., Boscolo, A., Sella, N., Munari, M., & Navalesi, P. (2024). Chlorhexidine is not effective at any concentration in preventing ventilator-associated pneumonia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s44158-024-00166-2>

Debas, S. A., Zeleke, M. E., Mersha, A. T., Melesse, D. Y., Admassie, B. M., Workie, M. M., Chekol, W. B., & Admass, B. A. (2024). Evaluation of ventilator-associated pneumonia care practice in the intensive care units of a comprehensive specialized hospital in Northwest Ethiopia: A 1.5-year prospective observational study. *BMC Anesthesiology*, 24(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02753-w>

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Diário da República*, 1.^a série-A(93). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.^a série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro. (2006). Classificação dos serviços de urgência. *Diário da República*, 2.^a série.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/18459-2006-1518280>

Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março. (2002). Cria o serviço de urgência hospitalar. *Diário da República*, 1.^a série-B(55).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho: Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circular-es-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Rede de referência hospitalar de cardiologia—2023*.
https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/01.-Cardiologia_06032024.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *Consentimento informado*.
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>

Ferreira Rodrigues Galinha de Sá, F. L., Rebelo Botelho, M. A., & Pereira Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v19i1.102>

Galdino Júnior, H., Alves Campos, A. C., de Oliveira Montebello, J., & Oliveira Silva, G. (2024). Conhecimento e adesão às medidas preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica na pandemia de COVID-19. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 14(4). <https://doi.org/10.17058/reci.v14i4.19180>

Giang, B. T. H., Matsubara, C., Okamoto, T., Hoan, H. M., Yonehiro, Y., Nguyen, D. T., Nguyen, T. H., Pham, T. T. H., Nguyen, T. T. H., Le, T. T. T., & Nguyen, H. T. T. (2025). The development of a 10-item ventilator-associated pneumonia care bundle in the general intensive care unit of a tertiary hospital in Vietnam: Lessons learned. *Healthcare*, 13(5), 443. <https://doi.org/10.3390/healthcare13050443>

Gräsner, J.-T., Wnent, J., Herlitz, J., Perkins, G. D., Lefering, R., Tjelmeland, I., Koster, R. W., Masterson, S., Rossell-Ortiz, F., Maurer, H., Baubin, M., Mols, P., Hadzibegovic, I., Ioannides, M., Lott, C., Quintana, M., Ringh, M., Semeraro, F., Vukmir, R., & Bossaert, L. L. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Relatório anual: Meios de emergência médica 2020*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-Anual-Meios-de-Emergencia-Medica-2020-VF.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *Relatório de atividade do CODU & meios 2023*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Relatorio-CODU-e-Meios-2023_-VFF-AprovAss.pdf

Jarden, R. J., McKeever, S., Bujalka, H., Brockenshire, N., Ryu, H., O'Neill, A., Celeste, T., Blatchford, B., & Edvardsson, K. (2025). Clinical supervision and resilience in nurses: A scoping review. *Nurse Education Today*, 155, 106870. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106870>

Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeeah, D., & Coco, K. (2011). A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19–20), 2854–2867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03571.x>

Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(6), 687–713. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.88>

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: Resposta a 80 questões* (M. D. Garrido, Trad.). Asa Editores.

Leite, A. S. E. C. (2020). *Comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa com entubação orotraqueal* [Relatório de ensino clínico de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33534>

Macedo, A. P. M. C., Mendes, C. M. F. S., Candeias, A. L. S., Sousa, M. P. R., Hoffmeister, L. V., & Lage, M. I. G. S. (2016). Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>

Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P. M. G., & Macedo, M. (2021). Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(1), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>

Martinez-Reviejo, R., Tejada, S., Jansson, M., Ruiz-Spinelli, A., Ramirez-Estrada, S., Ege, D., Viecei, T., Maertens, B., Blot, S., & Rello, J. (2023). Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Medicine*, 3(4), 352–364. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.04.004>

Mastrogianni, M., Katsoulas, T., Galanis, P., Korompeli, A., & Myrianthefs, P. (2023). The impact of care bundles on ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention in adult ICUs: A systematic review. *Antibiotics*, 12(2), 227. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12020227>

Matias, R. F. (2021). *Decisão de não reanimação: Decisão multidisciplinar* [Relatório de ensino clínico de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/46217>

Mentzelopoulos, S. D., Slowther, A.-M., Fritz, Z., Sandroni, C., Xanthos, T., Callaway, C., Perkins, G. D., Newgard, C., Ischaki, E., Greif, R., Kompanje, E., & Bossaert, L. (2018). Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 703–716. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5202-0>

Mogyoródi, B., Skultéti, D., Mezőcsáti, M., Dunai, E., Magyar, P., Hermann, C., Gál, J., Hauser, B., & Iványi, Z. D. (2023). Effect of an educational intervention on compliance with care bundle items to prevent ventilator-associated pneumonia. *Intensive and Critical Care Nursing*, 75, 103342. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103342>

Morrow, D. A., Fang, J. C., Fintel, D. J., Granger, C. B., Katz, J. N., Kushner, F. G., Kuvin, J. T., Lopez-Sendon, J., McAreavey, D., Nallamothu, B., Page, R. L., Parrillo, J. E., Peterson, P. N., Winkelman, C., & American Heart Association Council on Clinical Cardiology. (2012). Evolution of critical care cardiology: Transformation of the cardiovascular intensive care unit and the emerging need for new medical staffing and training models. *Circulation*, 126(11), 1408–1428. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31826890b0>

Mota, P. T., Barilli, S. L. S., Treviso, P., & Santos, A. A. S. (2023). Atuação de técnicos de enfermagem na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: Estudo qualitativo. *Revista Baiana de Enfermagem*, 37, e47614. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.47614>

Nunes, L. C. (2017). *Investigação em enfermagem: Fundamentos, metodologia e aplicações à prática clínica* (2.^a ed.). LIDEL.

Oliveira, A. S. S. (2011). *Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Experiências—Uma abordagem fenomenológica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=24242&codigo=463

Oliveira, E. K., Silva, J. L., Amâncio, N. F. G., & Reis, J. R. G. (2025). Bundle para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: Revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 8(18), e181704. <https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.1704>

Oliveira, M. M. C. S. (2022). *Relatório final de ensino clínico* [Relatório de ensino clínico de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/54a2b682-5619-4cde-8828-61885606f140/download>

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 226/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário da República*, 2.^a série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.^a série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série(26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Regulamento n.º 722/2020: Alteração ao Regulamento n.º 366/2018, de 14 de junho—Competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República*, 2.ª série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37859/regulamento-sc-722-2020.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 21(3), 520–532. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>

Portugal, Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República*, 2.ª série(187), 96–103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Rosenthal, V. D., Memish, Z. A., & Bearman, G. (2025). Preventing ventilator-associated pneumonia: A position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 update. *International Journal of Infectious Diseases*, 151, 107305. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107305>

Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2025). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7297–7310. <https://doi.org/10.1111/jan.16390>

Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: An

overview of systematic reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176–185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>

Silva, P. A. M. T., Teixeira, J. M. P., & Ferreira, L. P. (2026). Factors influencing nurses' adherence to ventilator-associated pneumonia prevention bundles: A scoping review. *Athena Health & Research Journal*, 3(2). <https://doi.org/10.62741/ahrj.v3i2.148>

Silva, S. G., Nascimento, E. R. P., & Salles, R. K. (2012). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 837–844. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400014>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Weston Smith, N., & Spivey, M. (2021). Promoting subglottic secretion drainage: A quality improvement project in a UK critical care unit. *BMJ Open Quality*, 10(2), e001269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001269>

White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., & Clements, A. (1998). Clinical supervision: Insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 185–192. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00743.x>

Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/jan.16126>

Anexos

Adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos

ANEXO I: Atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento

Tipologia da atividade	Designação	Modalidade de participação	Contributo para o desenvolvimento profissional
Participação em Congressos, Jornadas, Seminários, Encontros e Webinars	I Congresso de Especialidades de Enfermagem da ULS Entre Douro e Vouga; 2.º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano; Congresso do Serviço de Urgência de Adultos de Aveiro; III Seminário Internacional de Enfermagem do Trabalho; V Congresso Internacional Critical Care – CESPU'25; Congresso Internacional do Doente Crítico 2025; Jornadas de Urgência e Emergência da ULS Alto Ave; II Jornadas VMER da Feira; I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Básica – HSG; Workshop – Técnicas de Sutura Cutânea para Enfermeiros; Jornadas de Enfermagem do SU da ULSGE – URGE 2026; Webinars “Catástrofe”, “Prevenção e Controlo de Infecção na Pessoa em situação crítica no extra-hospitalar da OE; 7ª Reunião Internacional Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia; Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2026; XIX Encontro de Enfermagem: Trauma & Emergência — O Poder da Decisão Crítica, ESSJPVNG.	Participante	Favoreceu a atualização técnico-científica nas áreas da urgência, emergência, cuidados intensivos, catástrofe e pessoa em situação crítica, reforçando a incorporação de evidência científica na prática clínica e a reflexão sobre a resposta assistencial em contextos de elevada complexidade.
Produção científica e submissões	Artigos de revisão – Publicação: “Análise da atividade da ambulância Suporte Imediato de Vida de Porto/Gondomar nos doentes incluídos na Via Verde Coronária”, INEM; Publicação: “Casos de Morte Evidente: Dilema ético do Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida em Contexto de Reanimação no Pré-Hospitalar”, Germinari - ESSJPVNG; Aceite: “Adesão dos enfermeiros aos bundles de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos: uma scoping review”, revista Athena; Submissão: “Implementação e impacto dos bundles de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos”, revista UFJF.	Autor Autor-submissor	Favoreceu a produção científica, a análise crítica da prática e a valorização da investigação como suporte ao desenvolvimento profissional e à melhoria da qualidade dos cuidados.
Produção e disseminação de conhecimento científico	Comunicação oral - “Higiene oral na pessoa sob ventilação mecânica invasiva: conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica”; Trabalho/e-póster: “O papel dos sistemas de informação em enfermagem no desenvolvimento da prática avançada”; “Liderança e delegação de funções em enfermeiros especialistas”; “Implementação e impacto dos bundles de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de cuidados intensivos”; “Via Verde Coronária no pré-hospitalar: Análise da atividade da ambulância Suporte Imediato de Vida de Porto/Gondomar”- <u>2º lugar com Menção Honrosa</u>	Autor Orador	Reforçou competências de comunicação científica, sistematização e disseminação do conhecimento, bem como a articulação entre prática baseada na evidência, desenvolvimento profissional contínuo e partilha de resultados em contexto científico.
Formação interna em contexto de estágio	Sessão de formação interna sobre Síndrome Coronário Agudo, Disritmias e Insuficiência Cardíaca, complementada com partilha de experiências em contexto extra-hospitalar.	Formador	Promoveu a partilha de conhecimento com a equipa, valorizou o papel do Enfermeiro SIV e fortaleceu a integração entre os contextos pré-hospitalar e hospitalar, sustentada por pesquisa dirigida, leitura crítica e prática baseada na evidência.
Formação em serviço	Nutrição em Cuidados Intensivos; Protocolo de Insulina; outras formações em serviço no SMIP.	Formando	Favoreceu a atualização técnico-científica em cuidados intensivos, a compreensão integrada de intervenções terapêuticas e o reforço da segurança na gestão de protocolos clínicos complexos.
Docência, organização formativa e capacitação de pares	Organização e participação como palestrante nos workshops Hands on: Capacitar para agir - ESSJPVNG; Dinamização do seminário “Investir em Simulação é Investir em Vidas” - ESSJPVNG; Organização e lecionação do seminário “Trauma no Doente Crítico” - ESSJPVNG; Colaboração docente na unidade curricular Emergência no local de trabalho da Pós-Graduação de Enfermagem no Trabalho (SBV, SBV-DAE, Situações de execução e Triagem Multivítimas) - ESSJPVNG; Organização, coordenação e colaboração docente na unidade curricular EMC da Pessoa em Situação Crítica e Crónica dos Mestrados (Suporte Avançado de Vida Adulto, Triagem e Situações de Execução) - ESSJPVNG; Organização, coordenação e lecionação da formação sobre Farmacologia de Urgência e Emergência para Enfermeiros - CRIAP; Lecionação do curso de Viatura Médica de Emergências e Reanimação para Médicos e Enfermeiros (SAV, Emergências Médicas, Emergências de Trauma, Transporte do Doente Crítico e Situações de Execução) - INEM; Lecionação do curso de Suporte Imediato de Vida para Enfermeiros (SAV, Emergências Médicas, Emergências Pediátricas e Obstétricas, Emergências de Trauma, Transporte do Doente Crítico e Situações de Execução) - INEM	Organizador Coordenador Palestrante Docente Formador	Consolidou competências de docência, comunicação técnico-científica, planeamento pedagógico, organização formativa e partilha de conhecimento especializado com estudantes e profissionais.
Formação especializada	Especialização Avançada em Gestão e Organização da Formação- CRIAP	Formando	Reforçou competências pedagógicas, de planeamento, organização e avaliação formativa, úteis na docência, capacitação de pares e organização de atividades educativas.
Formação à distância	iTeams Ws; Via Verde Trauma; Aprender sobre o AVC; Via Verde Sépsis; Dor no Peito; Abordagem à Pessoa Autista; Via Verde Sépsis Avançada; Controlo de Hemorragias; Oxigenoterapia no Pré-Hospitalar; Precauções Básicas do Controlo de Infecção; Reanimação de Alto Desempenho.	Formando	Contribuiu para a atualização técnico-científica em emergência pré-hospitalar e pessoa em situação crítica, reforçando competências na abordagem ao trauma, AVC, sépsis, dor torácica e controlo de hemorragias, bem como no suporte ventilatório, prevenção e controlo da infeção, reanimação, trabalho em equipa e comunicação ajustada à individualidade da pessoa assistida.

ANEXO II: Sessão de formação

Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

- Doença Coronária: Síndrome Coronário Agudo
- Insuficiência Cardíaca
- Arritmias

Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

OBJETIVOS

- Conhecer a fisiopatologia associada
- Identificar cuidados ao doente crítico
- Discutir competências do Enfermeiro Especialista

F R C V S C A I C A R R I T M I A S

Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

ENQUADRAMENTO

- Doenças cardiovasculares
 - ✓ Principal causa de morte no mundo
- Na Europa
 - ✓ 45% de todas as mortes
 - ✓ 37% de todas as mortes na União Europeia

Resuscitation

European Resuscitation Council Guidelines 2021
Resuscitation of cardiac arrest in Europe



Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

ENQUADRAMENTO

- Todos os anos
 - ✓ 3,9 milhões de mortes na Europa
 - ✓ Mais de 1,8 milhões de mortes na UE
- Morte súbita
 - ✓ 20% de todas as mortes na Europa
 - ✓ Taxa de sobrevivência de apenas 5-20%

Resuscitation

European Resuscitation Council Guidelines 2021
Resuscitation of cardiac arrest in Europe



Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

Modificáveis	Não modificáveis
- Tabagismo - Alimentação - Álcool - Hipertensão arterial (HTA) - Dislipidemia - Diabetes mellitus (DM) - Obesidade	- Idade - Gênero - Etnia/raça - História pessoal e familiar

Resuscitation

European Resuscitation Council Guidelines 2021
Resuscitation of cardiac arrest in Europe

Procedimento Consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Evidência Relatores: Maria da Glória

PIAGET

Doença Coronária:

SINDROME CORONÁRIO AGUDO



ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

Doença Coronária: Síndrome Coronária aguda

- A mortalidade por Síndrome Coronária Aguda (SCA) continua a ser elevada em toda a Europa
- Hoje em dia é possível reverter uma PCR
- CHAVE – Prevenção

TEMPO = MIOCÁRDIO

Resuscitation

Basic Life Support

Advanced Resuscitation

SCA

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

- Aterosclerose/arteriosclerose
- Isquemia do miocárdio
- DOR

SCA

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

FISIOPATOLOGIA

- Rotura ou erosão de placa de ateroma, com:
 - Hemorragia local e edema
 - Contração do músculo liso arterial
 - Ativação e agregação plaquetar
 - Formação de trombos na superfície da placa
 - Oclusão do lúmen arterial ou fenômenos embólicos distais

SCA

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

ANGINA

- Dor ou desconforto provocado por isquemia do miocárdio, habitualmente localizada no centro do tórax, de tipo opressivo, frequentemente relacionada com o esforço, que pode ter irradiação característica.

Angina Instável:

- Angina em crescendo
- Angina recorrente e imprevisível
- Episódio prolongado de dor torácica sem evidência no ECG ou na enzimatologia cardíaca

SCA

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

ENFARTE

- Dor ou desconforto provocado por isquemia do miocárdio, geralmente localizada no centro do tórax e definida como um aperto, com duração igual ou superior a 20 minutos;
- Habitualmente com sintomas neurovegetativos
- Troponinas positivas

Enfarte Agudo do Miocárdio:

- Sem elevação de ST → EAMsST
- Com elevação de ST → EAMcST

SCA

Prevenção Complicação da Doença Crítica e seu Tratamento
Etiologia: Reativação de uma Infecção

PIAGET
Estratégia de Prevenção

CONDIÇÕES para...

- Necrose dos cardiomiócitos
- Combinação de critérios para identificar o diagnóstico
- Deteção de uma elevação e/ou descida de um biomarcador

As condições tromboembólicas comuns relacionadas com o enfarte do miocárdio são:

- Síndrome coronária aguda (SCA)
- Doença arterial coronária (DAC)
- Doença arterial periférica (DAP)

SCA

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

- Pelo menos uma das seguintes situações:
 - (1) Sintomas de isquemia do miocárdio
 - (2) Alterações isquêmicas recentes no ECG
 - (3) Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG
 - (4) Evidência imagiológica de perda do miocárdio viável
 - (5) Trombo intracoronário detetado na angiografia ou na autópsia

13

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

A Sociedade Europeia de Cardiologia define EAM como a morte de células miocárdicas resultante de isquemia prolongada

ESC

14

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO

- Sem lesão miocárdica
- Lesão miocárdica
- Evidência clínica de lesão miocárdica aguda
- Várias classificações: Tipo 1, 2, 3, 4, 5
- Classes de Killip

15

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

Regulamento n.º 143/2018
Regulamento do Conselho de Enfermeiros Especialistas

AVALIAÇÃO clínica do Enfermeiro Especialista

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nos ámbitos de especialidade em enfermagem.

Descritivo
O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão crítica e diagnóstica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio clínico-diagnóstico, na avaliação sistemática das melhores práticas e na proteção do cliente.

16

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

- Dor torácica
- Dispneia
- Síncope
- Palpitações

17

Processo Complicado de Doença Crítica e seu Padrão
Evidência Relativa com Atenção

PIAGET
ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

- **AVALIAÇÃO clínica do Enfermeiro Especialista**
 - ✓ História clínica
 - ✓ Exame físico

AVALIAÇÃO PRECISA, METODOLÓGICA

18

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

DIAGNÓSTICO

- ECG (com ou sem SST)
- Biomarcadores

S
C
A

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

DIAGNÓSTICO

S
C
A

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

Outros MCDT's

- ECG
- Prova de esforço
- Cateterismo
- Angiografia
- ecocardiografia

S
C
A

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

Evolução temporal do ECG durante o EAM

Complexo sinusal normal.
O segmento ST está na linha isométrica.
No início da dor, o ECG seria normal, mas o segmento ST começa a aumentar. Nesta figura, a onda T fica mais elevada.

Numa hora, o segmento ST está visivelmente elevado, indicando o início da necrose miocárdica. Este é o ponto em que é importante tratar a causa.

S
C
A

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

Caso seja tratado o EAM, uma redução de 50% na elevação do segmento ST é um bom indicador de sucesso.
A inversão da onda T é um bom sinal de reparação.

24 horas depois, o segmento ST pode ter retornado à linha isométrica.
A onda T permanece invertida e pode ficar invertida por dias, semanas ou meses.

Em alguns casos, após alguns meses, o ECG parece relativamente normal.
Uma onda Q profunda é um indicador de morte do tecido miocárdico e permanecerá no ECG.

S
C
A

Prevenção Complicada da Doença Crítica e Neurológica
Diagnóstico Relativo à Doença Crítica e Neurológica

Tratado e Detectado de ECA

ECG 12 derivações
→ < 10 minutos

Supra desvio do ST (ST)
→ EAM e SST

Outras alterações no ECG (ou ECG Normal)
→ EAM e SST de Típicas profundas

AI
ou Típicas negativas

ECG 12 derivações
→ EAM e SST

ECG 12 derivações
→ EAM e SST

S
C
A

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)



ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Processo Complicado de Dorso Crítico e Low Back Pain
Gravidade Neurocirúrgica com Abordagem

PIAGET
Soluções em Saúde

TRATAMENTO

- ENFERMEIRO

- SU | UNIDADES | HD

II. Revascularização

Miocárdica



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=3m000000000>

SCA

30

[illegible]

Processo Complexo de Doença Crônica e Infecciosa

Gravidade Relacionada com Alergias

PIAGET
INSTITUTO DE PESQUISA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Avaliação | Exame físico | Juízo clínico
- Tratamento inicial – farmacológico e não farmacológico
- Prevenção do agravamento clínico
- Estratégias de reperfusão

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

Id on Line
Instituto de Radiologia em Procedimentos de Radiologia
Para Categorias e Especialidades Correlatas - Uma Rede Integrada

CUIDADOS DE ENFERMAGEM - HD

- Garantir/manter AVP's/CVC...
- Proteção dos profissionais - radiação
- Fármacos - pré e intra-hospitalar
- Abordagem ao local do cateterismo (Ex.: TR Band®, Angioseal®)

SCA

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

PIAGET
Enfermagem Superior

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Conhecer riscos associados ao tratamento
- Prevenir complicações do SCA (IC, Choque, Arritmias, EAP, ...)
- Reabilitação cardíaca

SCA

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

PIAGET
Enfermagem Superior

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Ensinos na gestão do regime medicamentoso
 - ✓ Antitrombóticos, antidiabéticos, antianginosos, antihipertensores, ADO's, analgésicos...
- Educação para a Saúde, Prevenção e Programas Educativos

SCA

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

PIAGET
Enfermagem Superior

SCA

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

PIAGET
Enfermagem Superior

A RETER

- Os SCA incluem a angina, o EAMsST e o EAMcsST
- É fundamental uma avaliação clínica e criteriosa, incluindo história clínica e ECG 12 derivações
- Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são competências do Enfermeiro Especialista
- A mensagem crucial é TEMPO = MIOCÁRDIO

SCA

Processo Complexo de Doença Crítica e seu Padrão
Engenharia Relacional com Alternativas

PIAGET
Enfermagem Superior

ENFERMAGEM

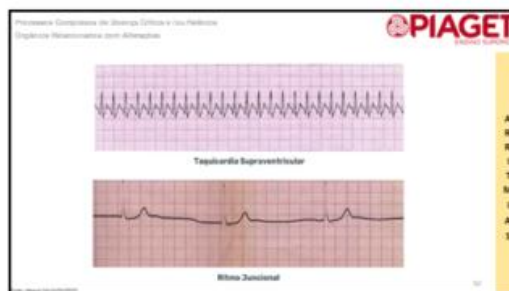
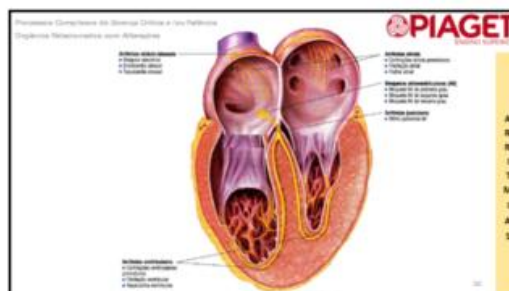
Conclusão

O ano de 2020 correspondeu aquele em que ocorreu um decréscimo acentuado no número de ativações, decorrente da pandemia. No presente estudo, as ativações da VVC foram efetuadas essencialmente pelo enfermeiro da triagem. O enfermeiro ao ser o primeiro profissional de saúde que contacta com o doente, assume um papel crucial na deteção e conhecimento atempado da pessoa com EAM e consequente ativação da VVC. Sugere-se a sensibilização dos profissionais de saúde e da população desta região, no que concerne à maior incidência do EAM ocorrer no período matutino, bem como relativamente à importância em aceder-se rapidamente aos cuidados de saúde. Seria pertinente a realização de estudos analíticos, envolvendo áreas geográficas mais alargadas, envolvendo um maior leque de variáveis, de que é exemplo a forma de acesso do doente ao SU.

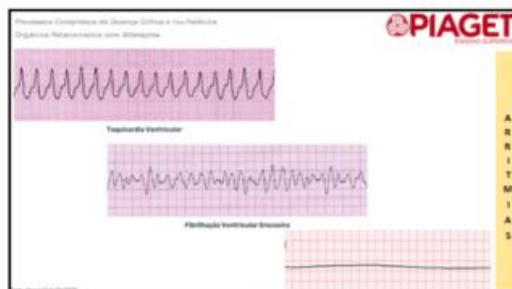
SCA

- Auriculares
 - ✓ foco ectópico (que não o nódulo sinusal) localizado na aurícula
- Ventriculares
 - ✓ um ou vários focos ectópicos algures nos ventrículos, por norma, implicações mais graves

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)



ANEXO II: Sessão de formação (continuação)



Prevenção Complicada da Doença Crônica e Insuficiência Cardíaca Relativa com Arritmias

PIAGET

Diagnóstico

- Maioria requer a documentação do ritmo com um traçado
- Dispositivos implantados
- Monitores portáteis

A
R
R
I
T
M
I
A
S

Prevenção Complicada da Doença Crônica e Insuficiência Cardíaca Relativa com Arritmias

PIAGET

Diagnóstico

- ECG
- Holter
- REE
- REI

A
R
R
I
T
M
I
A
S

Prevenção Complicada da Doença Crônica e Insuficiência Cardíaca Relativa com Arritmias

PIAGET

Testes (laboratoriais) de provocação

- Manobras vagais
- Teste de Tilt
- Prova de esforço
- EEF

A
R
R
I
T
M
I
A
S

Prevenção Complicada da Doença Crônica e Insuficiência Cardíaca Relativa com Arritmias

PIAGET

TRATAMENTO

- FRCV

A
R
R
I
T
M
I
A
S

Prevenção Complicada da Doença Crônica e Insuficiência Cardíaca Relativa com Arritmias

PIAGET

TRATAMENTO

- ✓ Prevenção | Ensinos
- ✓ Farmacoterapia

- Antiarritmicos
- Antitrombóticos
- Antivirais K
- Anticoagulação Oral Não Antagonistas da Vitamina K (NOAC)
- Regime de baixo peso molecular

A
R
R
I
T
M
I
A
S

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

TRATAMENTO

✓ DECI

- Pacemaker (PHD)
- Cardiofibrilador implantável (CDI)
- Dispositivo de ressincronização cardíaca (CRT)

ARRI T M I A S

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

TRATAMENTO – doente crítico

✓ Farmacológico

✓ Elétrico

ARRI T M I A S

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SUCESSO

- self-care maintenance
- symptom perception
- self-care management

ENSINOS

- Diminuir internamentos
- Programas educacionais
- Monitorização

ARRI T M I A S

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

Clínica

Tonturas

Irritabilidade

Visão turva

Desequilíbrio

Vertigens

Astenia

Palpitações

Tonturas

ARRI T M I A S

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

Clínica

INSURIA

CHOCAR

IC

SINCOPE

ARRI T M I A S

Prevenção Complicada da Doença Crítica e do Paciente
Oligoemia Relativa com Alterações

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

✓ Avaliação metodológica

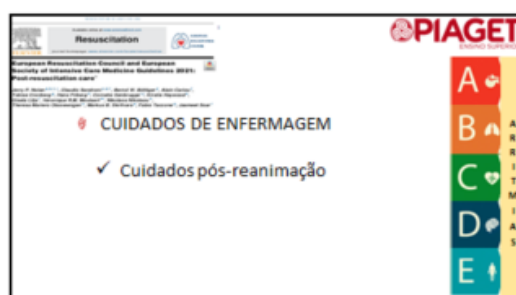
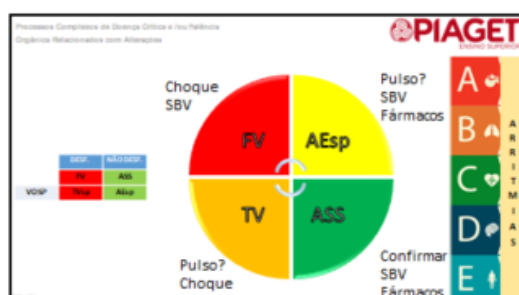
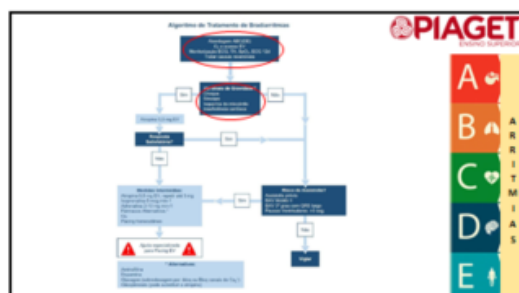
✓ Priorização de atitudes

✓ Detetar sinais de gravidade

Detecção de sinais de gravidade

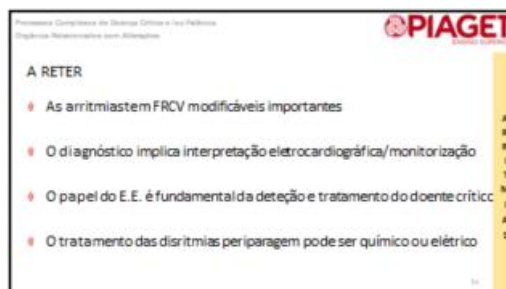
ARRI T M I A S

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)



Adesão dos enfermeiros aos *bundles* de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidades de Cuidados Intensivos

ANEXO II: Sessão de formação (continuação)



ANEXO III: Critérios de ativação da EEMI

PARÂMETROS	ALTERAÇÕES
A - Via Aérea	Compromisso da via aérea
B – Ventilação	Paragem Respiratória
	Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto
	Saturação Oxigénio < 85% com oxigénio suplementar
C – Circulação	PCR
	Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 batimentos/minuto
	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
D – Neurológico	Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos
	Crise convulsiva prolongada ou repetida
	Perda súbita de consciência

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

**PIAGET**
INSTITUTO POLITÉCNICO

GAIA

Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho



III Seminário Internacional de Enfermagem do Trabalho: O Enfermeiro do Trabalho no Centro da Transformação Laboral

Certificado

Para os devidos efeitos se declara que **Paulo André Magalhães Teixeira da Silva** participou no *III Seminário Internacional de Enfermagem do Trabalho: O Enfermeiro do Trabalho no Centro da Transformação Laboral*, que se realizou em formato online, no dia 6 de junho de 2025, das 9h30 às 18h.

Vila Nova de Gaia, 6 de junho de 2025

A Diretora da ESS Jean Piaget de Vila Nova de Gaia

INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
JEAN PIAGET DE VILA NOVA DE GAIA


Prof.ª Doutora Margarida Ferreira

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



CERTIFICADO

Certifica-se que

Paulo André Magalhães da Silva

participou, na qualidade de participante, nas II JORNADAS VMER FEIRA no dia 05 de dezembro de 2025, na Unidade Local Saúde de Entre o Douro e Vouga.

Paulo Correia
Luis S. S.

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

 
CERTIFICADO DE PRESENÇA Certifica-se que PAULO ANDRE MAGALHÃES TEIXEIRA DA SILVA membro nº 66798 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Catástrofe", realizado no(s) dia(s) no dia 23 de Setembro de 2025, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex". Lisboa, 23 de Setembro de 2025 Presidente do Conselho Directivo Regional <i>Dora Lisa Rocha Franco</i> Dora Franco Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

[AHRJ] Editor Decision

22-04-2026 08:12 AM

Dear Paulo André Magalhães Teixeira da Silva, Joana Margarida Pinheiro Teixeira, Luísa Pais Ferreira (Author):

I am excited to inform you that your research article titled "Factors Influencing Nurses' Adherence to Ventilator-Associated Pneumonia Prevention Bundles: A Scoping Review" has been **accepted** for publication in Athena - Health & Research Journal. Congratulations!

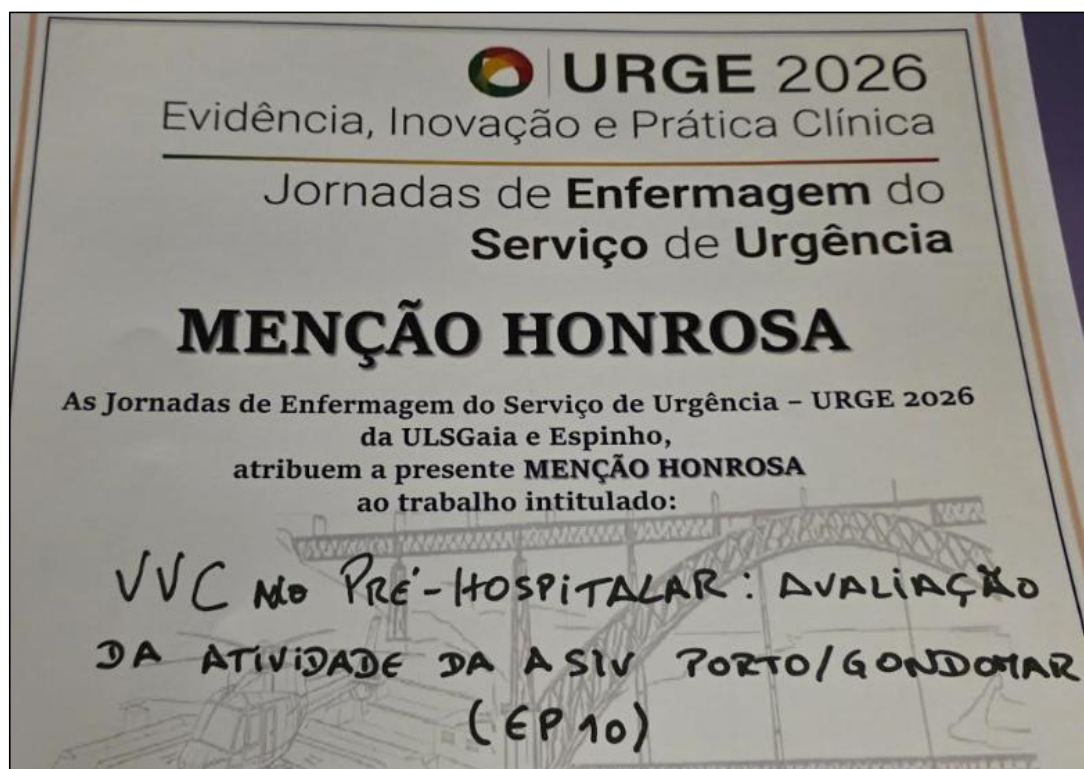
Our expert panel was thoroughly impressed by the originality, methodology, and quality of your research. Your findings will undoubtedly make a valuable contribution to the existing body of knowledge in the field.

If you have any questions or require further assistance, please don't hesitate to contact me.

Best regards,

Athena Health & Research Journal

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Recebido em 10/09/2025
Aprovado em 29/01/2026
Avaliado pelo sistema double blind peer review

MORTE EVIDENTE E DILEMA ÉTICO DO ENFERMEIRO DE AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA EM CONTEXTO DE REANIMAÇÃO NO PRÉ-HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Carlos Faria [1], José Pedro Dias [1], Paulo Silva [1], Susana Regadas [1,2]
[1] Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia- IPJPN, Portugal
[2] Insight – Piaget Research Center for Ecological Human Development, Portugal
2024126822@ipiaget.pt

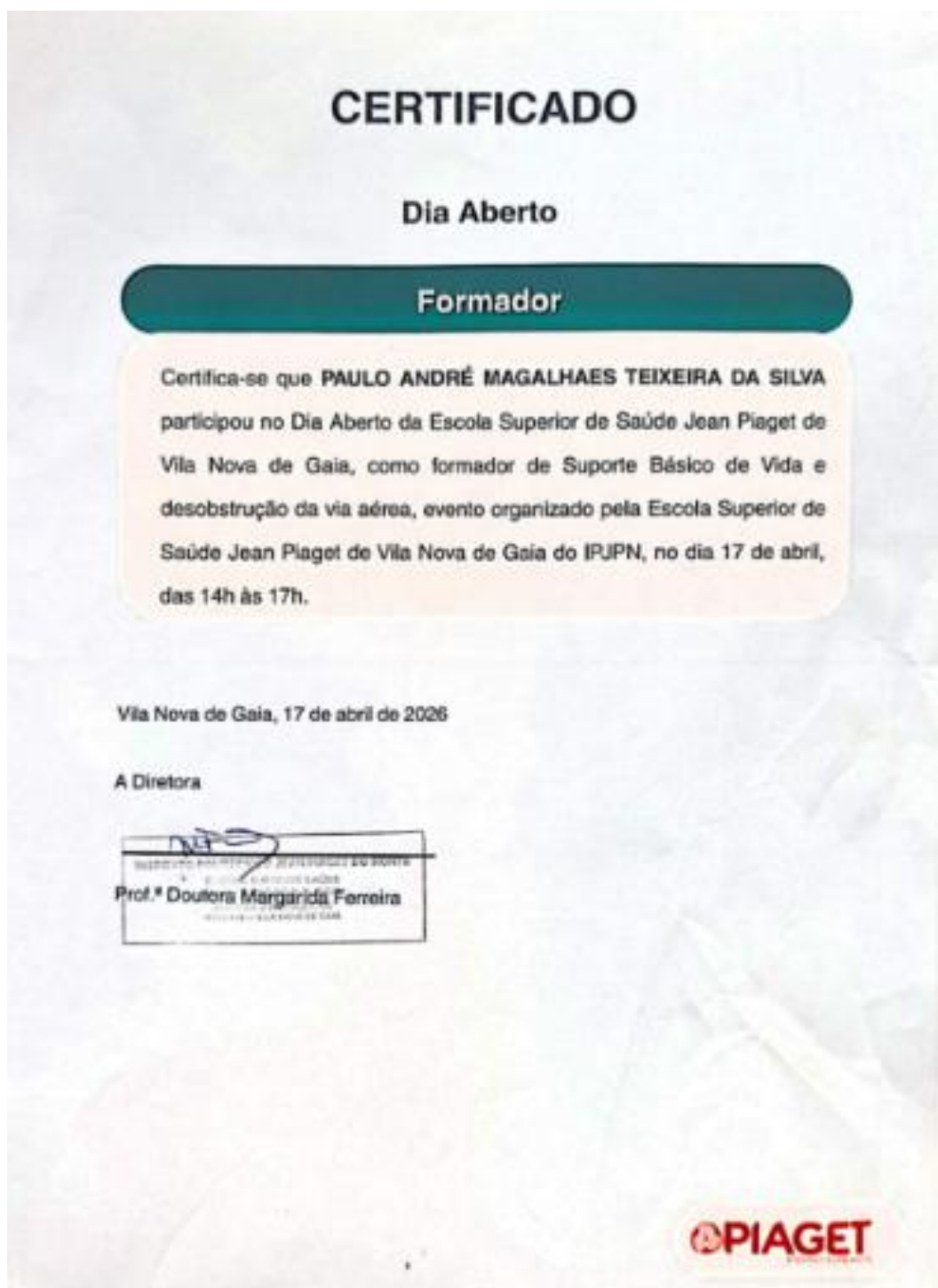
RESUMO

Enquadramento: Os enfermeiros de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida experienciam diversas situações de paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar, confrontando-se com dilemas éticos perante casos de morte evidente. **Objetivos:** Analisar o dilema ético do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida na decisão de iniciar ou suspender manobras de reanimação em casos de paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar. **Métodos:** O presente estudo segue uma abordagem qualitativa, centrada na análise de um estudo de caso clínico, complementada por uma revisão narrativa da literatura científica, que sustenta a reflexão e fundamentação das decisões éticas em análise. **Resultados:** A evidência sustenta que apesar da evolução significativa do projeto de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida e da elevada qualificação exigida aos enfermeiros, persistem divergências capitais na decisão de iniciar ou suspender manobras de reanimação em paragem cardiorrespiratória extra-hospitalar. **Conclusões:** Impõe-se, à luz das orientações europeias, das mais recentes evidências científicas e do enquadramento ético-legal que rege a profissão, uma revisão dos protocolos do Instituto Nacional de Emergência Médica no que concerne à atuação do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida, sendo que a consagração de diretrizes que reconheçam a sua autonomia na decisão de não iniciar ou de suspender manobras de reanimação se revela determinante para mitigar dilemas éticos e assegurar o pleno respeito pela dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência, Ética em Enfermagem, Reanimação Cardiopulmonar.

EVIDENT DEATH AND ETHICAL DILEMMA OF THE IMMEDIATE LIFE SUPPORT NURSE IN THE CONTEXT OF PRE-HOSPITAL RESUSCITATION: A CASE STUDY

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

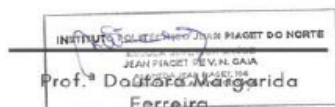


Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho

Certificado

Para os devidos efeitos se declara que PAULO ANDRÉ MAGALHAES TEIXEIRA DA SILVA, **docente convidado** no âmbito da comemoração do Dia Internacional da Simulação em saúde, dinamizou um seminário subordinado ao tema: *Investir em Simulação é Investir em Vidas*, dirigido aos estudantes do 1.º ano dos Ciclos de Estudo em Fisioterapia e em Enfermagem, no dia 4 de novembro de 2025, com a duração de 4 horas.

Vila Nova de Gaia, 4 de novembro de 2025



Diretora da Escola Superior de
Saúde Jean Piaget/VNG

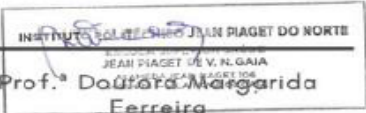
ANEXO IV: Comprobativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

 PIAGET ENSINO SUPERIOR	GAIA	Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho
--	-------------	---

Certificado

Para os devidos efeitos se declara que Paulo André Magalhães Teixeira da Silva lecionou um seminário subordinado ao tema "Trauma no Doente Crítico" no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no dia 5 de fevereiro de 2026, com a duração de 4 horas.

Vila Nova de Gaia, 5 de fevereiro de 2026



Prof.ª Doutora Margarida
Ferreira

Diretora da Escola Superior de
Saúde Jean Piaget/VNG

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

**PIAGET**
ENSINO SUPERIOR

GAIA

Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho

DECLARAÇÃO

Declara-se para todos os efeitos legais e a pedido que **Paulo André Magalhães Teixeira da Silva** desenvolveu nesta **Escola Superior de Saúde Jean Piaget / Vila Nova de Gaia** a atividade docente de acordo com o seguinte:

ANO LETIVO 2024-2025

-Colaborou na leção da Unidade Curricular: **Emergência no local de trabalho**, na III Edição do Curso de Formação Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho, com uma carga horária efetiva de 12 horas;

Vila Nova de Gaia, 29 de julho de 2025

O Adjunto da Diretora

INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

JEAN PIAGET DE VILA NOVA DE GAIA

ALAMEDA ALFONSO C. DOS

SANTOS 4 - VILA NOVA DE GAIA

Mestre Manuel Paquete

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



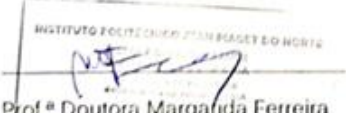
Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho

Certificado

Para os devidos efeitos se declara que **PAULO ANDRÉ MAGALHAES TEIXEIRA DA SILVA** participou como docente e coordenador no Curso de Suporte Avançado de Vida Adulto, ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que se realizou nos dias 27 e 28 de fevereiro, com a duração de 16 horas.

Vila Nova de Gaia, 19 de março de 2026

A Diretora



Prof.ª Doutora Margarida Ferreira

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



DECLARAÇÃO

O Instituto CRIAP declara, para os devidos efeitos, que o Dr. Paulo Silva, contribuinte n.º 225725975, portador do Documento de Identificação nº 19136341-1-ZY9, é formador no Curso de Farmacologia de Urgência e Emergência para Enfermeiros [E-Learning], tendo participado na elaboração do curso supramencionado e selecionou as metodologias metodológicas a serem implementadas, junto da equipa pedagógica do Instituto CRIAP.

Mais se declara que o Curso de Farmacologia de Urgência e Emergência para Enfermeiros [E-Learning], tem como público-alvo os profissionais da área da Enfermagem, bem como a finalistas de Licenciatura, de Pós-Graduação ou Especialização na área referida e apresenta os seguintes conteúdos programáticos e carga horária:

Módulo / Tema	Horas
Introdução a Farmacologia	6
Medicamentos Comuns em Situações de Urgência e Emergência	3
Medicamentos em Emergências Cardíacas	3
Medicamentos em Situações de Trauma e Choque	3
Farmacologia de Urgência em Situações Específicas	4

Por ser verdade, e para constar onde convier, se passa a presente declaração que vai autenticada com o carimbo do Instituto CRIAP.

Porto, 12 de novembro de 2025.

O Responsável pela Entidade Formadora,



Adélia Maria Ribeirinho Magalhães

Diretora Pedagógica



Morada: Avenida Fernão de Magalhães, 1862, 5º piso | 4350-158 Porto | Portugal
Tlf: 225 026 201 • Email: geral@criap.com • Site: www.institutocriap.com

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



INEM

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Paulo André Magalhães Teixeira da Silva**, com o número de identificação **11913634**, Formador do Instituto Nacional de Emergência Médica desde janeiro de 2004, participou nas ações abaixo indicadas, tendo ministrado enquanto formador ou coordenador as seguintes horas de formação:

Código	Nome	Data de Início	Horas de Formação
064-1.0-0312/28255	MOD. EMERG. TRAUMA	21/10/2024	13
064-1.0-0312/28318	MOD. EMERG. TRAUMA	18/11/2024	9
1.167.161025.1	SBV-DAE - Suporte Básico de Vida - Desfibrilhação Automática Externa	16/01/2025	7
1.184.030225.1	TAS Tripulante Ambulância de Socorro	03/02/2025	20
1.165.070425.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	07/04/2025	16
1.178.150425.1	SIV Enfermeiro Módulo III - Emergências Pediátricas e Obstétricas	15/04/2025	23
1.181.210425.1	SIV Enfermeiro Módulo IV - Emergências de Trauma	21/04/2025	24
1.182.280425.1	SIV Enfermeiro Módulo V - Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção	28/04/2025	22
1.162.050525.1	VMER ET Módulo Emergências Trauma	05/05/2025	13
1.192.190525.1	RTAS Recertificação de Tripulante de Ambulância de Socorro	19/05/2025	8
1.192.010925.1	RTAS Recertificação de Tripulante de Ambulância de Socorro	01/09/2025	3
1.184.080925.1	TAS Tripulante Ambulância de Socorro	08/09/2025	21
1.162.290925.1	VMER ET Módulo Emergências Trauma	29/09/2025	9
1.184.271025.1	TAS Tripulante Ambulância de Socorro	27/10/2025	22
1.163.061125.1	VMER TDCSE Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção	06/11/2025	13
1.165.050126.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	05/01/2026	16
1.177.080126.1	SIV Enfermeiro Módulo II - Emergências Médicas	08/01/2026	8
1.178.140126.1	SIV Enfermeiro Módulo III - Emergências Pediátricas e Obstétricas	14/01/2026	24
1.165.190126.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	19/01/2026	8
1.165.210126.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	21/01/2026	16
1.165.230126.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	23/01/2026	8
1.165.260126.1	SAV Suporte Avançado Vida Adulto	26/01/2026	8
1.181.280126.1	SIV Enfermeiro Módulo IV - Emergências de Trauma	28/01/2026	8
TOTAL			948

Centro de Formação da Delegação Regional do Norte, 11 de fevereiro de 2026



(Mª Júlia Barroso)

Mod. INEM 02/4

2/2

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Paulo André Magalhães Teixeira da Silva natural de Porto nascido em 30/07/1981, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 11913634 válido até 01/10/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Especialização Avançada em Gestão e Organização da Formação [E-learning], em 07/01/2025, com a duração de 157:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Enquadramento normativo-legal da formação profissional em Portugal	10:00	-
Comunicação e gestão de equipas	13:00	-
Marketing e comunicação na formação	13:00	-
Gestão financeira da formação	13:00	-
Programas operacionais	19:00	-
Planeamento e execução pedagógica da formação	19:00	-
Plataformas tecnológicas e ambientes virtuais de aprendizagem	25:00	-
Certificação de entidades formadoras	19:00	-
Auditoria e avaliação do impacto da formação	19:00	-
Certificação SIGO	7:00	-
Nota Final		18

Porto, 18 de fevereiro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Instituto Crip - Psicologia e Formação Avançada, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Av. Fernando Magalhães, 1862
8º Piso, Sala 502

Certificado n.º 190/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional
De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

Via Verde de Trauma

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Trauma
em 8 de dezembro de 2024, com a duração de 2 horas.

O Departamento de Formação
em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado n.º. rDTkvyVieB
Válido até

Mod.INEM 454.1

 REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE

 SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)

	APRENDER INEM Formação à distância	
	CERTIFICADO de APROVEITAMENTO	
	Serve para certificar que	
	Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva	
	concluiu a disciplina	
	iTeams Ws	
	9 dezembro 2024	
	Avaliação Teórica (10 min.) Avaliação: 93,33 %	
	Este certificado é reconhecido	Horas de crédito: 1 hora
	para efeitos de integração no	
	Projeto iTEAMS do INEM	
		zduB6ZfnLq
		O Departamento de Formação em Emergência Médica  (Teresa Pinto)
		

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional
De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

Abordagem à Pessoa Autista

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

concluiu com aproveitamento o curso de Formação **Abordagem à Pessoa Autista** em 3 de janeiro de 2025, com a duração de 2 horas.

O Departamento de Formação em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado nº: hLLivDkdmz
Válido até

Mod.INEM 454.1



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Departamento de Formação

Certificado de Formação

FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Aprender sobre a Dor no Peito

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Aprender sobre a Dor no Peito, com a duração de 1 hora, em 3 de janeiro de 2025

O Departamento de Formação



(Teresa Pinto)

Certificado nº. vXCGJfyysB
Válido até

Mod.INEM 454.1



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação

Certificado de Formação

Via Verde Sépsis

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Via Verde Sépsis
com a duração de 1 hora, em 11 de outubro de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº. KJlQg7uIKF
Válido até

 REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

 SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Mod.INEM 454.1

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Departamento de Formação

Certificado de Formação

Reanimação de Alto Desempenho

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

concluiu com aproveitamento o curso de Formação Reanimação Alto Desempenho

Edição 2025, com a duração de 2 horas, em 20 de outubro de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº: JpcEcXtqxE
Válido até

Mod.INEM 454.1



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Departamento de Formação

Certificado de Formação

Oxigenoterapia no Pré-Hospitalar

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

Concluiu com aproveitamento o curso de formação Oxigenoterapia com a duração de 1 hora, em 22 de outubro de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº. QeECTpyaer

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Departamento de Formação

Certificado de Formação

Via Verde Sépsis Avançada

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

Concluiu com aproveitamento o curso de formação Via Verde Sépsis Avançada com a duração de 1 hora, em 30 de novembro de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº. VHDXMBziKE
Válido até

 REPÚBLICA PORTUGUESA
INEM

 SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Mod.INEM 454.1

ANEXO IV: Comprovativos de atividades formativas, científicas e de disseminação do conhecimento (continuação)



Departamento de Formação

Certificado de Formação

Controlo de Hemorragias

Certifica-se que

Paulo Andre Magalhaes Teixeira Da Silva

Concluiu com aproveitamento o curso de formação de Controlo de Hemorragias com a duração de 2 horas, em 5 de dezembro de 2025

O Departamento de Formação



Certificado nº: MhnNzjmZlc
Válido até

Mod.INEM 454.1

