



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL

A Liderança como cuidado na Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Porto – junho de 2026



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL

A Liderança como cuidado na Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

*Final Nursing Internship Report: Leadership as Care in Nursing for
Patients in Critical Condition*

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com
especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Sob a orientação do Prof. Doutor Vasco Neves

Porto – junho de 2026

RESUMO

O presente Relatório de Estágio Final foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 18.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem do Porto. O documento descreve e analisa criticamente o percurso de desenvolvimento de competências ao longo de dois contextos clínicos. Primeiro no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente de uma Unidade Local de Saúde e seguidamente o contexto de Emergência Pré-Hospitalar. Enquadra-se num percurso profissional mais amplo, marcado por mais de cinco anos de exercício como Enfermeiro Militar.

O relatório organiza-se de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e das competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018). A temática transversal é a Liderança em Enfermagem, analisada a partir das diferenças e pontos de convergência entre duas culturas de liderança, a militar e a civil, e da demonstração de como a formação nesta área pode contribuir para enriquecer a prática do Enfermeiro Especialista. As conclusões são orientadas não apenas para a prática académica, mas para as instituições de saúde, identificando recomendações concretas para o desenvolvimento da liderança em enfermagem.

Descritores: Enfermeiro especialista; Pessoa em situação crítica; Cuidados intensivos; Emergência pré-hospitalar; Liderança em enfermagem; Enfermagem militar; Forças Armadas;

ABSTRACT

The present Final Internship Report was developed within the scope of the Final Internship and Report Curricular Unit, of the 18th Master's Programme in Medical-Surgical Nursing, Specialisation in Critical Care Nursing, at Universidade Católica Portuguesa, Porto Campus. The document describes and critically analyses the competency development process across two clinical settings: first, a Polyvalent Intensive Care Unit of a Local Health Unit, followed by a pre-hospital emergency care context. It is framed within a broader professional trajectory marked by over five years of practice as a Military Nurse.

The report is structured around the common competencies of the Specialist Nurse (Regulation No. 140/2019) and the specific competencies of the Medical-Surgical Nursing Specialist in Critical Care (Regulation No. 429/2018). The overarching theme is Nursing Leadership, examined through the differences and points of convergence between two leadership cultures — military and civilian — and how training in this area can contribute to enriching the practice of the Specialist Nurse. The conclusions are directed not only towards academic practice, but towards health institutions, identifying concrete recommendations for the development of nursing leadership.

Keywords: Specialist nurse; Critical care; Intensive care; Pre-hospital emergency; Nursing leadership; Military nursing; Armed Forces

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica e exposição)

AOR – Adjusted Odds Ratio (razão de possibilidades ajustada)

CET-II – Conditions of Effectiveness at Work II

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

DLW – Doubly-Labelled Water (água duplamente marcada)

DP – Desvio padrão

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

FFAA – Forças Armadas

GET – Gasto Energético Total

GI – Gastrointestinal

IA – Inteligência Artificial

IC – Intervalo de Confiança

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

JBÍ – Joanna Briggs Institute

NATO – North Atlantic Treaty Organization (Organização do Tratado do Atlântico Norte)

NE – Nutrição Entérica (ing. Enteral Nutrition, EN)

NET – Nutrição Entérica Total

NP – Nutrição Parentérica (ing. Parenteral Nutrition, PN)

NPT – Nutrição Parentérica Total

NRS-2002 – Nutritional Risk Screening 2002

NUTRIC – Nutrition Risk in the Critically Ill (NUTRIC Score)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OR – Odds Ratio (razão de possibilidades)

PCC – Participantes, Conceito e Contexto (estratégia de pesquisa do JBI)

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

QUAPEEL – Questionário de Autopercepção do Enfermeiro no Exercício da Liderança

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RCT – Randomized Controlled Trial (ensaio clínico aleatorizado e controlado)

SC – Suporte Combinado

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMIP – Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos (ing. Intensive Care Unit, ICU)

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	11
1.1. Liderança em enfermagem: conceitos e modelos	11
1.2. Impacto da liderança nos resultados, na segurança e nas equipas	13
1.3. A liderança em contextos de cuidados intensivos e de emergência	15
1.4. Duas culturas de liderança: convergências e diferenças	16
1.5. Comunicação estruturada e segurança do doente	18
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	20
2.1. Percurso prévio de desenvolvimento de competências	20
2.2. Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.....	21
2.3. Emergência Pré-Hospitalar	22
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	25
3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	31
3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	38
3.5. Competências Específicas — Pessoa em Situação Crítica	40
4. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PERCURSO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	46
4.1. Aquisição das competências de Enfermeiro Especialista	46
4.2. Aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre	47
4.3. Dificuldades e limitações.....	48
4.4. Implicações para a prática profissional.....	48
4.5. A articulação entre a formação militar e a especialização: implicações para a instituição militar.....	49
CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	58
APÊNDICE I — Revisão Integrativa Da Literatura — Intervenções De Enfermagem na Nutrição Parentérica no Doente Crítico	59

APÊNDICE II — Guião da Sessão de Formação em Serviço — A Liderança em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	83
APÊNDICE III — Apresentação da Sessão de Formação em Serviço — Liderança ..	106
APÊNDICE IV — Revisão Integrativa da Literatura — Liderança em Enfermagem em Contexto Pré-Hospitalar	131
APÊNDICE V — Apresentação da Revisão Integrativa — Liderança em Enfermagem Pré-Hospitalar	150
APÊNDICE VI — A Liderança em Enfermagem na Era Digital	172
APÊNDICE VII — Apresentação no IX Fórum FCSE — A Liderança em Enfermagem na Era Digital.....	196

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio Final insere-se na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do segundo ano do 18.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Escola de Enfermagem, no Porto. Em conformidade com o Guia de Relatório (UCP, 2025), destina-se à descrição e à análise crítica do processo de aprendizagem desenvolvido no estágio final, com vista à demonstração das competências comuns e específicas que fundamentam o reconhecimento como Enfermeiro Especialista e a atribuição do grau de Mestre. É, portanto, um documento de prova perante a academia, onde se pretende evidenciar não apenas a soma das experiências vividas, mas a aquisição efetiva, fundamentada e transferível das competências previstas nos referenciais da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O fio condutor do relatório é a Liderança em Enfermagem, entendida como uma dimensão do próprio cuidado à pessoa em situação crítica e não como uma função meramente administrativa. A escolha desta temática justifica-se pela sua relevância clínica e científica: a evidência atual demonstra que a liderança dos enfermeiros tem impacto mensurável nos resultados dos doentes, na segurança e na sustentabilidade das equipas (Cummings et al., 2021; Ystaas et al., 2023). Em contextos de elevada complexidade e pressão, como o serviço de medicina intensiva e a emergência pré-hospitalar, esta dimensão torna-se determinante, o que confere ao tema simultânea pertinência académica e aplicabilidade prática.

Definem-se como objetivos deste relatório: descrever o percurso de aprendizagem desenvolvido nos dois contextos de estágio; analisar criticamente, à luz da evidência científica e dos referenciais da OE, a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica; demonstrar a aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre;

e identificar implicações para a prática profissional, designadamente no desenvolvimento da liderança em enfermagem. A análise mobiliza, como evidência do percurso, os trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio e apresentados em apêndice, integrando as suas conclusões no corpo do relatório.

Em termos metodológicos, o relatório adota uma abordagem descritiva e reflexiva, organizada segundo os domínios de competência definidos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018). A fundamentação assenta numa revisão da literatura científica atual, obtida em bases de dados de referência na área da saúde, e nas duas revisões de literatura elaboradas durante o estágio segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI, 2017). Importa esclarecer, desde já, que a formação de base do autor é assumida ao longo do relatório como elemento facilitador da interpretação e da aquisição das competências, e não como objeto de avaliação: o que a academia avalia é o grau de Mestre e o perfil de Enfermeiro Especialista, adquiridos e demonstrados nos contextos de estágio.

Quanto à estrutura, o relatório organiza-se em quatro capítulos, para além da presente introdução e da conclusão. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento conceptual da liderança como cuidado em enfermagem à pessoa em situação crítica. O segundo caracteriza os contextos de estágio. O terceiro, central, analisa o desenvolvimento das competências por domínios. O quarto procede à avaliação global do percurso e às suas implicações. Termina-se com uma conclusão de síntese e com a lista das referências bibliográficas. Em todo o documento foi salvaguardada a privacidade de doentes, famílias, profissionais e instituições, em respeito pelos princípios deontológicos e pelas orientações da UCP (2025).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo estabelece o enquadramento conceptual que sustenta a análise das competências desenvolvida nos capítulos seguintes. Parte-se de uma definição de liderança em enfermagem e dos principais modelos teóricos, analisa-se o impacto da liderança nos resultados e na segurança, situa-se a sua especificidade nos contextos de cuidados intensivos e de emergência, confrontam-se duas culturas de liderança — a militar e a civil — e discute-se o papel da comunicação estruturada enquanto instrumento de liderança e de segurança.

1.1. Liderança em enfermagem: conceitos e modelos

A liderança pode definir-se como um processo de influência sobre indivíduos e grupos, orientado para o alcance de objetivos comuns, sensível ao contexto e às características dos colaboradores (Yukl, 2013). Não sendo um processo unidirecional nem um atributo exclusivo de quem detém um cargo, a liderança em enfermagem manifesta-se em todos os níveis da prática, da coordenação de turno à mobilização informal da equipa em situações críticas. Frederico (2022) integra a liderança, a delegação e a gestão do tempo no conjunto das competências de gestão indispensáveis ao enfermeiro, e Parreira et al. (2013) situam-na no quadro mais amplo da gestão das organizações de saúde, em que a coordenação de pessoas e de recursos é inseparável da qualidade dos cuidados.

Vários modelos teóricos fundamentam a compreensão da liderança e foram mobilizados ao longo do percurso. O modelo de liderança situacional de Hersey e Blanchard (1992) parte do princípio de que não existe um estilo universalmente eficaz: o estilo deve ajustar-se ao nível de maturidade dos colaboradores — entendida como a combinação entre a sua competência para a tarefa e a sua motivação ou empenho — e às exigências de cada situação. Os autores descrevem quatro estilos que o líder deve saber alternar à medida que a equipa amadurece: o diretivo, em que dá instruções claras a quem ainda tem pouca competência; o persuasivo, em que explica e convence, mantendo a orientação; o participativo, em que partilha as decisões com quem já é competente, mas hesitante; e o delegatório, em que transfere autonomia para quem reúne competência e confiança.

A grelha de gestão de Blake e Mouton (1985) representa o comportamento do líder em dois eixos independentes — a preocupação com a tarefa, ou seja, com os resultados e a produção, e a preocupação com as pessoas, isto é, com as necessidades e as relações na equipa —, cada um graduado de 1 a 9. Da combinação destes eixos resultam estilos contrastantes, que vão desde a liderança empobrecida, baixa em ambas as dimensões, até às lideranças orientadas quase exclusivamente para a tarefa ou para as pessoas. Os autores identificam como mais eficaz, embora também mais exigente, o estilo de equipa (9,9), que concilia uma elevada preocupação simultânea com os resultados e com quem os produz.

O modelo de gama completa de liderança de Bass e Avolio (1994) situa os comportamentos do líder num *continuum*. Num dos extremos encontra-se a liderança transacional, assente numa lógica de troca: o líder define objetivos, supervisiona o desempenho e recompensa ou corrige em função dos resultados (a contingência de recompensas e a gestão por exceção). No extremo oposto situa-se a liderança transformacional, que procura inspirar e desenvolver os colaboradores através do exemplo e de uma visão mobilizadora, da motivação, do estímulo ao pensamento crítico e da atenção individualizada a cada elemento da equipa. É esta última que a evidência associa de forma consistente a melhores resultados nas equipas de saúde, designadamente em satisfação, retenção e qualidade dos cuidados.

Importa, neste enquadramento, distinguir liderança de gestão. A gestão ocupa-se da organização de recursos, do planeamento e do controlo, ao passo que a liderança se centra na influência, na visão e na mobilização das pessoas, sendo que ambas são necessárias e complementares, mas não coincidem (Yukl, 2013). Desta distinção decorre o conceito de liderança clínica, particularmente relevante em enfermagem. Trata-se da influência exercida por enfermeiros que, independentemente de ocuparem cargos formais de gestão, orientam a prática pela excelência clínica, pela defesa do doente e pelo exemplo junto dos pares. É esta forma de liderança, ancorada na competência e na proximidade ao cuidado, que melhor se ajusta à realidade das equipas de cuidados intensivos e de emergência, em que a autoridade decorre menos do estatuto do que do reconhecimento da perícia (Stanley, 2006).

A literatura tem ainda valorizado modelos de liderança que colocam a pessoa no centro. A liderança servidora, ao subordinar a autoridade ao serviço da equipa e do doente, e a liderança ética, assente na coerência entre o discurso e a ação e na promoção de um

clima de integridade, têm-se revelado particularmente adequadas aos contextos de saúde (Cummings et al., 2021). A estas acresce a noção de liderança partilhada ou distribuída, segundo a qual a função de liderar não se concentra num único indivíduo, mas circula na equipa em função da competência exigida por cada situação — leitura especialmente pertinente em cuidados intensivos e em emergência, onde a iniciativa de qualquer elemento pode ser determinante. Estes modelos não se excluem mutuamente, mas conjugam-se num perfil de liderança clínica maduro, capaz de alternar entre a firmeza diretiva da crise e a abertura participativa da gestão quotidiana.

A perspetiva da liderança em enfermagem não se esgota, porém, na transposição de modelos generalistas. A filosofia do cuidado de Watson (2008) fornece o enquadramento que permite entender a liderança como dimensão do próprio cuidar: liderar, em enfermagem, é cuidar de pessoas através de pessoas, o que torna a relação, e não a hierarquia, a verdadeira fonte de influência. Esta leitura é coerente com o modelo de Benner (2001), segundo o qual a progressão do enfermeiro de iniciado a perito assenta na aquisição de um juízo clínico cada vez mais holístico, que é também a base de uma liderança clínica fundamentada. A literatura de língua portuguesa tem reforçado esta visão, ao descrever a liderança transformacional como a mais adequada à enfermagem (Strapasson & Medeiros, 2009) e ao caracterizar a liderança autêntica, baseada na coerência ética e na autoconsciência, como um perfil emergente entre os enfermeiros (Mondini et al., 2020).

1.2. Impacto da liderança nos resultados, na segurança e nas equipas

A evidência sobre os efeitos da liderança em enfermagem é hoje robusta. Numa revisão sistemática que incluiu 93 estudos (descritos em 100 artigos), Cummings et al. (2021) concluíram que os estilos de liderança relacionais — transformacional, autêntico e ressonante — se associam de forma consistente a maior satisfação e retenção dos profissionais, a menor *burnout* e a melhores resultados nos doentes, e que estas competências são moldáveis pelo treino e pela experiência. Ystaas et al. (2023), em revisão sistemática centrada na liderança transformacional, confirmaram a sua associação à redução do *burnout*, à melhoria da satisfação profissional e ao aumento de indicadores de qualidade dos cuidados.

A relação entre liderança, segurança do doente e cultura organizacional é igualmente sólida. A revisão narrativa de Anders (2025), que sintetizou 37 estudos, sustenta que a dotação adequada de enfermeiros reduz a ocorrência de eventos adversos e que os estilos transformacional e participativo promovem culturas de segurança mais consistentes. Althobaiti (2026) conclui que a conjugação de estilos transformacional, ético e transacional com uma cultura de segurança positiva melhora o trabalho em equipa, a aprendizagem organizacional e a perceção de segurança dos profissionais; e Dirik et al. (2026) demonstram o reverso, ao associarem a liderança passivo-evitante e a liderança tóxica a maior incidência de erros de medicação e a menor disponibilidade para os reportar. Em conjunto, esta evidência fundamenta a tese central do relatório: a liderança não é um adorno da prática, mas um determinante mensurável da qualidade e da segurança dos cuidados.

Os mecanismos através dos quais a liderança influencia os resultados são hoje relativamente bem compreendidos. A liderança relacional promove a segurança psicológica da equipa, isto é, a perceção de que é seguro reportar erros, exprimir dúvidas e pedir ajuda sem receio de retaliação; é esta segurança que sustenta a notificação de incidentes, a aprendizagem organizacional e a cultura justa. Por contraste, os estilos passivo-evitante e autoritário inibem a comunicação ascendente e aumentam o risco de erro, como demonstram Dirik et al. (2026) a propósito dos erros de medicação. A liderança influencia ainda os resultados de forma indireta, através da retenção dos profissionais e da redução do *burnout*: equipas estáveis, com menor rotatividade, acumulam experiência e mantêm padrões de cuidado mais consistentes (Cummings et al., 2021; Ystaas et al., 2023). Compreender estes mecanismos é essencial para desenhar intervenções de desenvolvimento da liderança que atuem sobre as causas, e não apenas sobre os sintomas, das falhas de segurança.

A dimensão económica e organizacional reforça esta conclusão. A rotatividade dos enfermeiros e o absentismo associados a ambientes de trabalho disfuncionais acarretam custos elevados para as instituições, quer diretos, quer decorrentes da perda de conhecimento e da degradação da continuidade dos cuidados. Ao promover a retenção, a satisfação e a saúde das equipas, a liderança relacional produz, assim, um retorno que é simultaneamente clínico e organizacional (Cummings et al., 2021; Anders, 2025). Esta leitura desloca a liderança do plano das qualidades individuais para o das

responsabilidades institucionais: desenvolver líderes não é um luxo formativo, mas uma estratégia de sustentabilidade dos sistemas de saúde.

As estratégias que a literatura identifica como eficazes para o desenvolvimento da liderança organizam-se em torno de quatro eixos, sintetizados na revisão apresentada no decurso do estágio: a gestão de equipa, através da motivação dos profissionais, da delegação eficaz e da resolução de conflitos (Frederico, 2022); a formação contínua, mediante o aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, comunicacionais e de liderança (Mondini et al., 2020; Ystaas et al., 2023); a promoção do bem-estar profissional, com programas de apoio e de gestão do *stress* que criam ambientes de trabalho mais saudáveis (Blanchard, 2023); e o recurso ao *coaching* como ferramenta de apoio à transição e ao crescimento de novos líderes (Frederico, 2022). Costa et al. (2017) e Lourenço et al. (2021) acrescentam que, no contexto português e brasileiro, o exercício da liderança pelo enfermeiro enfrenta desafios específicos, ligados à sobrecarga, à escassez de formação formal e à tensão entre as funções clínicas e de gestão.

1.3. A liderança em contextos de cuidados intensivos e de emergência

Os contextos de cuidados intensivos e de emergência conferem à liderança uma expressão particular. A proximidade do enfermeiro ao doente crítico e o seu conhecimento aprofundado dos processos conferem-lhe uma posição privilegiada para reduzir erros assistenciais quando exerce uma liderança ativa (Hunziker et al., 2011). Em reanimação, a evidência demonstra que a qualidade da liderança e do trabalho em equipa — e não apenas a competência técnica individual — determina a eficácia das manobras, e que as competências não técnicas (comunicação, consciência situacional, coordenação e gestão do *stress*) são treináveis e melhoram os resultados (Krage et al., 2017; Larsen et al., 2018). Aaberg et al. (2025) identificam as equipas constituídas *ad hoc* — em reanimação, gestão da via aérea ou resposta rápida — como particularmente vulneráveis a falhas de comunicação, o que torna a liderança situacional um fator crítico de segurança.

No contexto pré-hospitalar, a investigação recente, sobretudo de origem ibero-americana e indexada em bases de referência, tem caracterizado os desafios próprios deste ambiente. Utsch et al. (2025, 2026), ao estudarem a liderança *coaching* exercida por enfermeiros no contexto pré-hospitalar, evidenciaram que a autoperceção de liderança varia consoante as suas dimensões, havendo domínios menos consolidados que

beneficiam de treino dirigido, e demonstraram ainda uma correlação positiva entre a liderança orientada para o desenvolvimento (*coaching*) e o empoderamento estrutural. Moura et al. (2020) descreveram a liderança *coaching* no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel como promotora do desenvolvimento das equipas. Alehegn et al. (2024) verificaram que quase metade dos prestadores de cuidados pré-hospitalares apresenta *stress* ocupacional, com associação independente ao conflito com as chefias, e Sé et al. (2023) documentaram a presença de violência laboral no percurso assistencial pré-hospitalar. A fronteira mais recente é traçada por Hassan e El-Ashry (2024), que analisam a intersecção entre liderança e inteligência artificial em cuidados críticos, antecipando a necessidade de competências adaptadas a ambientes progressivamente mais tecnológicos — uma preocupação que a própria prática de enfermagem na era digital tem vindo a incorporar.

Um traço comum a estes contextos é a centralidade da deteção precoce da deterioração e da resposta organizada que dela decorre. As equipas de emergência intra-hospitalar e os sistemas de aviso precoce dependem, para a sua eficácia, da vigilância clínica do enfermeiro e da sua capacidade de iniciar a resposta antes do agravamento irreversível. Prinsloo (2024) designa esta competência por autoliderança clínica: a capacidade do enfermeiro de reconhecer o seu próprio papel na cadeia de segurança, de agir com autonomia perante o doente em risco e de mobilizar a equipa sem aguardar instrução. Esta dimensão articula a liderança com o juízo clínico descrito por Benner (2001), ao situar a antecipação e a iniciativa no núcleo da prática especializada. A sua importância foi confirmada ao longo do estágio, tanto na participação na equipa de reanimação intra-hospitalar como na resposta pré-hospitalar, em que a precocidade da intervenção é determinante do prognóstico.

1.4. Duas culturas de liderança: convergências e diferenças

A temática da liderança oferece um observatório privilegiado para confrontar duas culturas de liderança com as quais o autor contactou: a militar e a civil em enfermagem. Importa, contudo, situar corretamente este confronto. Os modelos doutrinários que estruturam a formação militar em liderança — o modelo situacional de Hersey e Blanchard (1992) e o *continuum* transacional-transformacional de Bass e Avolio (1994) — são, com diferenças de terminologia e de ênfase, os mesmos que fundamentam a

formação avançada em liderança em enfermagem. Existe, portanto, uma convergência conceptual assinalável.

A diferença é de natureza cultural e organizacional. A liderança em contexto militar assenta numa autoridade formal e vinculativa, conferida pela hierarquia; a liderança em enfermagem hospitalar civil é, em larga medida, uma autoridade negociada, baseada na competência percebida e na influência relacional. A transferência de competências entre os dois contextos não é, por isso, automática nem isenta de riscos: um estilo demasiado diretivo, eficaz na crise, pode revelar-se contraproducente na gestão quotidiana de uma equipa que valoriza a participação na decisão. É precisamente aqui que a teoria situacional oferece a chave da tradução, ao defender que a eficácia depende do ajuste do estilo à maturidade da equipa e à situação (Hersey & Blanchard, 1992; Yukl, 2013). De forma convergente, a doutrina aliada afirma que a liderança não está confinada à cadeia de comando e que qualquer profissional pode mobilizar a equipa pela iniciativa e pelo exemplo (NATO, 2022), aproximando-se de uma visão distribuída da liderança que a enfermagem reconhece. A conclusão que daqui resulta — e que orienta a análise dos capítulos seguintes — é que a liderança eficaz, em qualquer dos contextos, é menos uma questão de posição do que de competência situada.

A literatura científica sustenta esta leitura. A revisão de âmbito de Ma et al. (2020) identifica, no contexto militar, seis domínios de competências do enfermeiro com funções de gestão — perícia clínica, papel de modelo, competências de liderança, competências humanas, competências financeiras e competências de projeção operacional —, vários dos quais coincidem com os domínios definidos pelos referenciais da Ordem dos Enfermeiros, evidenciando a sobreposição substancial entre os dois perfis. Por sua vez, a revisão de âmbito de Inácio et al. (2025), conduzida em Portugal segundo a metodologia do JBI, caracteriza o ambiente de prática de enfermagem nas instituições de saúde militares como marcado por estruturas hierárquicas rígidas, rotações de destacamento e constrangimentos de recursos, fatores que influenciam a prática e que reforçam a pertinência de uma liderança capaz de mediar entre a exigência operacional e o bem-estar das equipas. Esta evidência fundamenta a ideia de que a articulação entre as duas culturas, longe de ser uma justaposição, pode constituir uma fonte de enriquecimento mútuo.

A transferibilidade entre os dois contextos assenta, em larga medida, no carácter deliberado com que a instituição militar desenvolve a liderança. Ao contrário da progressão sobretudo informal que ainda marca muitos contextos civis, a formação militar

concebe o desenvolvimento da liderança como um processo intencional e incremental, sustentado desde o início da carreira por mecanismos de coaching, mentoria, apadrinhamento e atribuição progressiva de responsabilidade (Funari et al., 2015). É precisamente este modelo de desenvolvimento — e não apenas um conjunto de traços individuais — que a evidência em enfermagem reconhece como replicável e eficaz, ao demonstrar que as competências de liderança são moldáveis pelo treino estruturado (Cummings et al., 2021). A experiência de oficiais enfermeiros militares evidencia, aliás, que esse percurso não permanece confinado ao meio castrense: as competências aí desenvolvidas têm influenciado a liderança na educação e na prática de enfermagem em geral, reforçando a ideia de que o desenvolvimento de líderes deve ser intencional e progressivo para cada enfermeiro (Elliott et al., 2024). A convergência entre as duas culturas é, portanto, também uma convergência de método: o que distingue o contexto militar é menos o conteúdo dos modelos do que a sistematicidade com que são ensinados, treinados e avaliados.

1.5. Comunicação estruturada e segurança do doente

A comunicação é, simultaneamente, a competência de liderança mais consolidada na prática e a principal causa de eventos adversos quando falha, particularmente nas transições de cuidados (Aaberg et al., 2025; Utsch et al., 2025). A padronização da comunicação constitui, por isso, um instrumento central de segurança. O método ISBAR (Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação) é a ferramenta de referência para a transmissão estruturada de informação clínica, recomendada em Portugal pela norma da Direção-Geral da Saúde sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (DGS, 2017).

A evidência sobre o seu impacto, embora promissora, deve ser lida com rigor. A revisão sistemática de Müller et al. (2018) concluiu que a implementação do ISBAR se associa a melhorias na segurança do doente, sobretudo quando aplicado de forma consistente e integrado na rotina, mas alertou para a heterogeneidade e as limitações metodológicas dos estudos disponíveis. Lo et al. (2021) acrescentaram que o benefício depende criticamente da fidelidade da implementação, frequentemente baixa na prática, o que sublinha que a ferramenta só é eficaz quando efetivamente incorporada na cultura da equipa. No contexto específico dos cuidados intensivos, Scolari et al. (2022)

demonstraram, em estudo observacional, que a qualidade da aplicação do ISBAR nas comunicações entre enfermeiro e médico é variável, reforçando a necessidade de treino e de monitorização. Esta evidência fundamenta a forma como a comunicação estruturada foi mobilizada e analisada durante o estágio, descrita no terceiro capítulo.

A leitura crítica desta evidência teve consequências diretas na prática. Reconhecendo que a eficácia do ISBAR depende menos da sua adoção formal do que da qualidade e da consistência da sua aplicação (Scolari et al., 2022), o exercício no terreno orientou-se para a transmissão deliberada da informação crítica e para a confirmação do seu entendimento pelo recetor, e não para o mero preenchimento de um formato. A conclusão a reter é a de que a padronização da comunicação só gera ganhos de segurança quando sustentada por uma cultura de equipa que a valorize — o que devolve a comunicação ao plano da liderança clínica e da responsabilidade do Enfermeiro Especialista pela coordenação dos cuidados (Lo et al., 2021; Anders, 2025).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Este capítulo caracteriza o percurso e os contextos em que as competências foram desenvolvidas. Começa por situar o percurso prévio de desenvolvimento de competências, enquanto elemento facilitador, e descreve em seguida os dois campos de estágio final — o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e a Emergência Pré-Hospitalar —, cuja complementaridade foi determinante para a abrangência da aprendizagem.

2.1. Percurso prévio de desenvolvimento de competências

O percurso de aquisição de competências não se iniciou no estágio final. A formação de base do autor, de natureza militar, e a experiência profissional em contextos operacionais proporcionaram um contacto precoce e estruturado com a liderança, a tomada de decisão sob pressão, a comunicação em ambientes de elevada exigência e a resposta organizada a situações de exceção. Esta experiência é assumida, em todo o relatório, como elemento facilitador, substituindo a demonstração das competências no contexto próprio da especialidade, mas constituindo um substrato que acelerou a sua interpretação e aquisição. A formação militar em liderança incluiu, designadamente, a aplicação avaliada de modelos de liderança, a receção de *feedback* sistemático e o ajuste do comportamento — ciclo de aprendizagem que a investigação em enfermagem procura replicar nos seus programas de treino (Cummings et al., 2021).

A esta formação somou-se o Estágio de Vigilância e Decisão Clínica, realizado em momento anterior do percurso de mestrado, que permitiu o desenvolvimento inicial de competências de avaliação e de decisão clínica na abordagem ao doente em risco de deterioração. A articulação entre estes contributos prévios e o estágio final traduz a lógica cumulativa do desenvolvimento de competências, em que cada etapa prepara e potencia a seguinte, cabendo ao estágio final convertê-las em competência demonstrada e fundamentada.

Esta lógica cumulativa é coerente com a forma como a própria Ordem dos Enfermeiros concebe o percurso de especialização, ao valorizar a experiência profissional relevante como elemento do desenvolvimento de competências. A investigação sobre o enfermeiro militar confirma, aliás, que vários dos domínios desenvolvidos no contexto

das Forças Armadas (FFAA)— a perícia clínica, o papel de modelo, as competências de liderança e as competências de projeção em ambientes adversos — se sobrepõem aos exigidos ao Enfermeiro Especialista (Ma et al., 2020). O estágio final não partiu, por isso, de um ponto zero, mas de um substrato que importava reconhecer, mobilizar e, sobretudo, requalificar à luz dos referenciais acadêmicos e da evidência científica.

2.2. Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

O Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) constitui uma unidade de cuidados intensivos diferenciada, destinada ao doente crítico com falência atual ou iminente de uma ou mais funções vitais. A nutrição em cuidados intensivos, longe de ser um suporte adjuvante, é hoje entendida como parte integrante do plano terapêutico do doente crítico, o que ilustra o nível de diferenciação dos cuidados prestados (Singer et al., 2023). A organização do trabalho, com dotações diferenciadas por nível de complexidade e coordenação própria de cada ala, reflete a evidência de que a dotação adequada e a estrutura de liderança são determinantes da segurança e dos resultados (Anders, 2025).

A estrutura de uma unidade de medicina intensiva organiza-se, tipicamente, em níveis de cuidados que correspondem a graus crescentes de suporte de órgão e de vigilância, articulando-se com as unidades de cuidados intermédios, que asseguram a continuidade entre o nível intensivo e a enfermaria (Almeida et al., 2025). Esta gradação tem implicações diretas na gestão dos cuidados e na alocação de competências, exigindo do Enfermeiro Especialista a capacidade de ajustar a intensidade da vigilância e a complexidade da intervenção ao estado de cada doente. A observação desta lógica organizativa, no decurso do estágio, tornou tangível a relação entre a estrutura do serviço, a dotação de enfermagem e a segurança, e evidenciou o papel do enfermeiro responsável de turno na distribuição criteriosa dos doentes pelos elementos da equipa em função da sua experiência e da carga de trabalho.

A integração privilegiou o acompanhamento por elementos de referência do serviço, incluindo a participação na equipa de reanimação intra-hospitalar, o que possibilitou uma visão longitudinal da continuidade de cuidados desde o evento crítico até à estabilização. A proximidade com os enfermeiros responsáveis pela coordenação de cada turno proporcionou, além disso, a observação direta dos modelos de liderança em ação, dimensão que o terceiro capítulo desenvolve. A cultura do serviço, marcada pela

auditoria regular das práticas e pela vigilância sistemática do cumprimento dos protocolos de controlo de infeção, constituiu, em si mesma, um contexto formativo: tornou visível, no quotidiano, a articulação entre governação clínica, melhoria contínua e segurança do doente.

A caracterização do SMIP não fica completa sem a referência ao seu ambiente de cuidado. Trata-se de um meio de elevada densidade tecnológica — ventiladores, monitorização hemodinâmica invasiva, técnicas de substituição da função renal e sistemas de suporte multiorgânico — em que o risco de despersonalização do cuidado é real e exige uma vigilância ética permanente. A filosofia do cuidado de Watson (2008) ganha aqui um significado prático: a competência técnica e a presença relacional não são alternativas, mas dimensões inseparáveis do cuidado ao doente crítico e à sua família, frequentemente confrontada com a incerteza do prognóstico e com a barreira comunicacional imposta pela sedação e pela ventilação.

O cuidado ao doente crítico no serviço de medicina intensiva é, por natureza, multiprofissional. A articulação entre a enfermagem, a medicina intensivista, a fisioterapia, a nutrição e a farmácia exige uma coordenação permanente, em que o enfermeiro, pela sua presença contínua junto do doente, assume frequentemente o papel de integrador da informação e de elo entre os diferentes contributos. A família é parte integrante da unidade de cuidado: a sua inclusão no processo de informação e de decisão, a gestão das visitas e o apoio na vivência da incerteza constituem dimensões do cuidado que a evidência associa a melhores resultados e a maior satisfação (Anders, 2025). A observação destas dinâmicas evidenciou que a qualidade dos cuidados intensivos depende tanto da competência técnica individual como da capacidade de coordenação e de comunicação no seio de uma equipa alargada.

2.3. Emergência Pré-Hospitalar

O segundo campo de estágio decorreu no contexto da emergência pré-hospitalar. A resposta organiza-se em níveis crescentes de diferenciação, da ambulância de suporte básico de vida, tripulada por técnicos, à ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), com enfermeiro como responsável clínico, até à Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e ao helicóptero de emergência médica, com equipa médica e de

enfermagem (Despacho n.º 5561/2014; INEM, 2013). Esta arquitetura, em que o enfermeiro ocupa uma posição de autonomia e de decisão clínica crescentes, confere ao contexto pré-hospitalar um valor formativo singular para o desenvolvimento das competências de gestão dos cuidados.

O percurso neste contexto desenvolveu-se em quatro momentos complementares. O primeiro foi a observação no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que proporcionou a perspetiva sistémica do acionamento e da regulação dos meios. O novo modelo de triagem em cinco níveis, ao estabelecer correspondência entre a gravidade, o tempo de resposta e o meio acionado (INEM, 2026), traduz uma preocupação sistémica com a adequação do recurso à necessidade clínica. O segundo foi a participação num simulacro de acidente multivítimas, que operacionalizou em simulação realista a resposta em situação de exceção. O terceiro, e principal, foi a prestação de cuidados em meios de emergência: foram efetivados 44 casos, distribuídos entre a SIV, na qual o enfermeiro assume o papel de responsável de equipa (*team leader*), e a VMER, em equipa de composição variável com o médico, com predomínio de emergências médicas e cardiovasculares e uma proporção relevante de paragens cardiorrespiratórias. O quarto foi a apresentação, num fórum institucional, de uma revisão de literatura sobre liderança no contexto extra-hospitalar (Apêndices IV e V), encerrando o estágio com uma contribuição formativa devolvida à comunidade profissional.

A diversidade e a imprevisibilidade da casuística, somadas à limitação de recursos e de tempo, fazem deste contexto um ambiente em que as competências não técnicas — comunicação, consciência situacional e coordenação — são tão determinantes para o resultado como as competências técnicas (Hunziker et al., 2011; Krage et al., 2017). A variedade de posições experienciadas — observador no CODU, elemento e responsável de equipa no terreno, e formador no fórum — permitiu vivenciar o sistema de emergência em diferentes níveis de responsabilidade, enriquecendo a análise das competências de gestão e de liderança.

A autonomia clínica do enfermeiro neste contexto merece destaque. Na ambulância de Suporte Imediato de Vida, o enfermeiro é o responsável clínico, tomando decisões de avaliação, de intervenção e de encaminhamento que, no contexto hospitalar, seriam frequentemente partilhadas. Esta autonomia, sustentada por protocolos e pela articulação com o CODU, exige um juízo clínico maduro e uma elevada responsabilidade individual, e constitui um terreno privilegiado para o desenvolvimento das competências

de gestão dos cuidados e de tomada de decisão sob incerteza. A diferenciação crescente dos meios — do suporte básico ao suporte avançado — traduz, além disso, uma lógica de adequação do recurso à gravidade que o enfermeiro deve compreender e operacionalizar, quer no terreno, quer na regulação.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo, central no relatório, analisa o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, organizadas pelos quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018). A análise aplica aos dois contextos de estágio o enquadramento conceptual do primeiro capítulo, mobilizando como evidência os trabalhos elaborados durante o estágio e integrando as suas conclusões.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio integra a competência de desenvolver uma prática profissional, ética e legal na área de especialização e a competência de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). No SMIP, a prestação de cuidados ao doente crítico confrontou com dilemas éticos de elevada complexidade, designadamente em torno da limitação terapêutica e das decisões em fim de vida. O contributo de enfermagem nestas decisões não se limita à execução: inclui a aferição da proporcionalidade do cuidado, a tradução da informação clínica para a família e a salvaguarda do conforto e da dignidade quando o objetivo terapêutico se desloca da cura para o cuidado paliativo.

A decisão de limitar ou suspender medidas de suporte vital constitui um processo deliberativo em que o Enfermeiro Especialista contribui com o conhecimento longitudinal do doente, com a leitura da resposta da família e com a defesa do interesse de quem não pode decidir por si. A ancoragem nos princípios da bioética — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — não dispensa o juízo prudencial em cada situação singular, e o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) fornece o referencial normativo desse juízo. A literatura confirma que esta dimensão deliberativa é parte integrante da liderança clínica do enfermeiro, na medida em que a advocacia do doente exige assertividade nas relações interprofissionais e a capacidade de sustentar uma posição fundamentada perante a equipa (Cummings et al., 2021). No contexto pré-hospitalar, a mesma competência exerceu-se sob a forma da ética da decisão em condições de incerteza

e de escassez de recursos, particularmente exigente na triagem em situação de exceção, em que a justiça distributiva orienta a alocação do cuidado.

A dimensão do consentimento e da informação assumiu, neste domínio, particular relevo. No doente crítico, frequentemente incapaz de expressar a sua vontade devido à sedação, à ventilação ou à própria gravidade do estado, o respeito pela autonomia exerce-se de forma mediada, através da reconstrução da vontade presumível e do envolvimento da família enquanto interlocutor privilegiado. O Enfermeiro Especialista assume aqui um papel de mediação ética, ao assegurar que a informação transmitida é compreensível e que a voz do doente e da família é considerada nas decisões. A salvaguarda da confidencialidade e da privacidade, num ambiente aberto e tecnologicamente denso como a unidade de cuidados intensivos, constituiu uma preocupação permanente, em consonância com o Código Deontológico (OE, 2015). Estas exigências, longe de serem acessórias, integram o núcleo da responsabilidade profissional e articulam-se com a liderança clínica, na medida em que cabe frequentemente ao enfermeiro suscitar e sustentar, junto da equipa, a reflexão ética sobre a proporcionalidade e o sentido do cuidado.

A advocacia do doente constitui a expressão mais exigente desta competência. Defender o interesse de quem se encontra vulnerável e incapaz de se exprimir implica, por vezes, sustentar uma posição divergente perante a restante equipa, o que requer assertividade, fundamentação e coragem ética. A literatura reconhece esta dimensão como parte integrante da liderança clínica do enfermeiro, ao associá-la à promoção de uma cultura de segurança em que é legítimo questionar decisões e reportar preocupações (Althobaiti, 2026; Dirik et al., 2026). No estágio, esta competência exerceu-se na participação fundamentada nas decisões de proporcionalidade terapêutica e na defesa do conforto e da dignidade do doente, demonstrando que a responsabilidade ética e a liderança são faces de uma mesma prática profissional.

Estas exigências assumiram expressão concreta ao longo do percurso. No SMIP, o acompanhamento de doentes com prognóstico reservado confrontou diretamente com processos de decisão sobre a proporcionalidade do cuidado e com a transição do objetivo terapêutico da cura para o conforto, em que o contributo de enfermagem se traduziu na vigilância do conforto, na gestão dos sintomas e na mediação da comunicação com a família, frequentemente confrontada com a barreira imposta pela sedação e pela ventilação. No contexto pré-hospitalar, a mesma competência exerceu-se em situações de

fim de vida no domicílio — incluindo o acompanhamento de doentes em sofrimento respiratório terminal e o respeito pela recusa de transporte manifestada por doente em cuidados paliativos —, em que a decisão clínica se subordinou ao melhor interesse e à vontade da pessoa, e não a um automatismo de atuação. A ancoradas nos princípios da bioética e no Código Deontológico (OE, 2015), estas situações demonstraram que a responsabilidade ética do Enfermeiro Especialista se exerce tanto na intervenção como na contenção fundamentada da intervenção.

Importa ainda sublinhar a articulação entre este domínio e a cultura de segurança. Ao criar as condições para que dúvidas e divergências possam ser expressas sem receio de retaliação, a liderança ética sustenta a notificação de eventos e a aprendizagem organizacional, pelo que a responsabilidade profissional do Enfermeiro Especialista se prolonga na sua capacidade de promover uma cultura justa na equipa (Dirik et al., 2026; Anders, 2025).

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio compreende as competências de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas de qualidade, de conceber e gerir programas de melhoria e de manter um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). Foi desenvolvido sobretudo através da elaboração de duas revisões de literatura, conduzidas segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI, 2017), que constituíram dois ciclos completos de melhoria — identificação de um problema, fundamentação na evidência, proposta de solução e partilha com a comunidade profissional.

A Revisão Integrativa de Literatura sobre intervenções de enfermagem na nutrição parentérica em doentes críticos, desenvolvida no contexto do SMIP (Apêndice I), constitui evidência direta desta competência. A pesquisa, realizada nas bases PubMed, Web of Science e ScienceDirect e abrangendo o período de 2020 a 2025, incluiu onze estudos após aplicação dos critérios de inclusão. A revisão partiu do reconhecimento de que a nutrição parentérica é uma terapêutica de elevado risco, associada a complicações metabólicas, infecciosas e mecânicas, cujas orientações de referência (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022) privilegiam a nutrição entérica precoce e o uso criterioso da via parentérica, reservando-a para as situações de contraindicação ou de incapacidade persistente de atingir as necessidades por via entérica.

As suas conclusões merecem integração no corpo do relatório. As intervenções de enfermagem associadas à nutrição parentérica agruparam-se em sete domínios: a avaliação e decisão; o planeamento e a prevenção da sobrenutrição (*overfeeding*); a implementação prática da terapêutica; a monitorização metabólica e infecciosa; a vigilância gastrointestinal; os cuidados à mucosa oral; e a organização de cuidados e formação. A revisão evidenciou um desfasamento consistente entre as recomendações e a prática, traduzido em défices cumulativos de energia e proteína, risco de sobrenutrição e elevada incidência de complicações gastrointestinais e orais. A principal conclusão foi a de que o enfermeiro assume um papel central na operacionalização das orientações, sendo determinante na avaliação nutricional, no registo do aporte efetivo, na implementação técnica, na monitorização de complicações e nos cuidados gastrointestinais e orais, persistindo, contudo, lacunas na descrição de protocolos de enfermagem específicos. Daqui resultou a recomendação, transferível para a prática, de desenvolver protocolos e medidas agrupadas (*bundles*) de enfermagem e de promover investigação centrada em intervenções lideradas por enfermeiros para melhorar a segurança da nutrição parentérica em cuidados intensivos.

Da revisão decorreu uma implicação prática que orientou o exercício no SMIP: a necessidade de protocolos de enfermagem que sistematizem a vigilância metabólica, a prevenção da sobrenutrição e o cuidado à mucosa oral, áreas em que a evidência identifica maior desfasamento entre a recomendação e a prática. A tradução destas conclusões numa proposta de melhoria — designadamente a sistematização do registo do aporte real face ao prescrito e a integração de uma lista de verificação à beira do leito — constitui a expressão mais concreta da competência de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2019), articulando a síntese da evidência com a sua transferência para a prática clínica (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022).

O alcance prático desta revisão decorre do seu próprio enquadramento. Ao ancorar-se nas orientações da ESPEN — que recomendam ponderar a terapêutica nutricional em todos os doentes que permaneçam mais de 48 horas em cuidados intensivos e privilegiar metas inicialmente hipocalóricas —, a revisão tornou explícito que a margem de segurança da nutrição parentérica se joga, em larga medida, no plano das intervenções de enfermagem à beira do leito, e não apenas na prescrição médica. É esta deslocação do foco para o contributo autónomo do enfermeiro, ao longo dos sete domínios de intervenção identificados, que confere à proposta de protocolos e de medidas

agrupadas o seu valor de melhoria contínua e fundamenta a pertinência de investigação centrada em intervenções lideradas por enfermeiros (Singer et al., 2023; JBI, 2017).

A própria revisão reconheceu as suas limitações, num exercício de rigor metodológico relevante: a restrição a três bases de dados, que poderá ter excluído estudos indexados noutras fontes de relevância para a enfermagem, como a CINAHL ou a Cochrane Library; o facto de a maioria dos estudos não ter o enfermeiro como objeto central de investigação, o que obrigou a inferir as intervenções a partir de dados clínicos; e a heterogeneidade metodológica, que limitou a síntese quantitativa. A explicitação destas limitações é, ela própria, demonstração da competência de avaliar criticamente a qualidade da evidência (OE, 2019). A disponibilização ao serviço de uma síntese de evidência convertível em protocolo local contribuiu simultaneamente para este domínio e para a competência específica de prevenção e controlo da infeção.

A tradução destas conclusões em intervenções concretas merece explicitação, por constituir a face mais tangível desta competência. Os sete domínios identificados — a avaliação e a decisão, o planeamento e a prevenção da sobrenutrição, a implementação prática, a monitorização metabólica e infecciosa, a vigilância gastrointestinal, o cuidado da mucosa oral e a organização dos cuidados — correspondem a intervenções de enfermagem exercíveis à cabeceira: o rastreio nutricional e o registo do aporte efetivo face ao prescrito, a vigilância seriada da glicemia, dos triglicéridos e da função hepática, a deteção precoce da intolerância e dos sinais de infeção do cateter, e a higiene e a hidratação da mucosa oral no doente entubado. Foi a partir deste mapeamento que se delineou a proposta de um protocolo local de enfermagem, organizado em torno de uma lista de verificação diária que sistematiza a vigilância metabólica, gastrointestinal, oral e do cateter, convertendo a síntese de evidência num dispositivo concreto de melhoria da segurança da nutrição parentérica (Singer et al., 2023; Guimarães et al., 2014). É esta passagem da evidência ao instrumento operacional, e a sua devolução ao serviço, que distingue a competência de conceber e gerir programas de melhoria contínua da mera atualização individual (OE, 2019).

A segunda revisão de literatura, sobre o impacto do treino de competências de liderança em enfermeiros no contexto extra-hospitalar, constituiu o segundo ciclo de melhoria, desenvolvido no contexto pré-hospitalar. Partindo da evidência de que a liderança é uma competência treinável com impacto nos resultados (Cummings et al., 2021), a revisão identificou a escassez de formação estruturada em liderança neste

contexto como uma lacuna relevante e concluiu pela pertinência de programas baseados em simulação e em análise estruturada após a ação. A sua apresentação num fórum institucional, descrita no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assegurou a partilha das conclusões com a comunidade de pares, completando o ciclo de melhoria. Em conjunto, as duas revisões demonstram a apropriação de uma metodologia de melhoria contínua aplicável a problemas clínicos e organizacionais distintos.

O conteúdo desta revisão merece maior desenvolvimento, pela forma como fundamenta as competências de gestão e de liderança. Dos cinco estudos incluídos, a liderança no contexto extra-hospitalar emergiu descrita sobretudo através de competências comportamentais observáveis — a comunicação, o feedback, a influência e o apoio à equipa —, mais do que de atributos de personalidade, o que reforça a tese da sua treinabilidade. A revisão evidenciou ainda uma associação entre a liderança orientada para o desenvolvimento (coaching) e o empoderamento estrutural das equipas, e identificou um conjunto de fatores sistémicos e psicossociais que condicionam o exercício da liderança neste contexto: a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos, a informação inadequada, o conflito com as chefias e a violência laboral. A inclusão de um estudo em contexto tático-militar, ao salientar a formação, a gestão de recursos e a coordenação em ambientes hostis, tornou particularmente visível a convergência entre as exigências de liderança dos dois universos analisados ao longo do relatório. A conclusão central — de que a liderança extra-hospitalar deve ser compreendida de forma integrada, articulando competências não técnicas, condições organizacionais e fatores psicossociais — sustentou a recomendação de programas de treino centrados na comunicação operacional, na gestão de conflitos, na coordenação interinstitucional e em ciclos regulares de simulação e debriefing. A revisão foi, contudo, intelectualmente honesta ao reconhecer que persiste uma lacuna de evidência quanto ao impacto direto deste treino em resultados clínicos, organizacionais e de segurança — limitação que, longe de enfraquecer a proposta, delimita com rigor o âmbito das conclusões e constitui, ela própria, demonstração da competência de avaliar criticamente a evidência (OE, 2019).

A escolha da metodologia do Joanna Briggs Institute não foi accidental. Ao impor uma sequência explícita — formulação da questão, definição de critérios de inclusão, pesquisa sistemática, seleção criteriosa, extração e síntese —, esta metodologia confere transparência e reprodutibilidade ao processo de revisão, qualidades que distinguem a síntese de evidência rigorosa da mera recolha de literatura (JBI, 2017). A sua aplicação

obrigou a um exercício de avaliação crítica da qualidade dos estudos e a uma explicitação das limitações, competências centrais do grau de Mestre. A transferência subsequente das conclusões para propostas operacionais — protocolos, medidas agrupadas, programas de formação — completou o ciclo, traduzindo a evidência em melhoria efetiva dos cuidados.

A solidez deste domínio mede-se menos pelo número de iniciativas do que pelo rigor do método. Ao impor a explicitação dos critérios, a avaliação crítica da qualidade da evidência e o reconhecimento das limitações, a metodologia adotada garantiu que as propostas de melhoria assentassem em síntese fundamentada e reproduzível, e não em opinião — distinção que constitui o cerne da competência de conceber e gerir programas de melhoria contínua da qualidade (JBI, 2017; OE, 2019).

3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio compreende a competência de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, e a competência de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (OE, 2019). É, neste relatório, o domínio central, por ser aquele em que a temática da liderança se torna mais explícita e em que a evidência analisada no primeiro capítulo encontra aplicação mais direta. A sua centralidade não diminui, contudo, o peso dos restantes domínios: a gestão dos cuidados só é eficaz quando ancorada na responsabilidade ética, na melhoria da qualidade e no desenvolvimento profissional.

No SMIP, a observação sistemática dos enfermeiros responsáveis pela coordenação de turno permitiu analisar os modelos de liderança em ação. Identificaram-se três padrões recorrentes, coerentes com a teoria situacional de Hersey e Blanchard (1992): em situações de rotina, com elementos de maturidade elevada, prevaleceu um estilo delegatório; em situações de complexidade moderada, com elementos menos experientes, o estilo foi participativo ou persuasivo, com partilha do raciocínio; e em situações de crise aguda, o estilo tornou-se imediatamente diretivo, com comunicação breve, atribuição explícita de tarefas e supervisão próxima. Este último padrão, aquele que a formação de base treina com maior rigor, é também o que a investigação identifica como mais determinante para os resultados em reanimação (Hunziker et al., 2011; Krage et al., 2017). A supervisão de elementos em integração e a coordenação informal de cuidados em momentos de maior pressão assistencial materializaram, na prática, a

competência de adaptar a liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências da situação.

Esta análise assentou numa imersão concreta na organização do serviço. O SMIP integra uma equipa alargada, de cerca de 150 enfermeiros, distribuída por alas com níveis de cuidados diferenciados, que correspondem a graus crescentes de suporte de órgão e de vigilância: uma ala de maior complexidade, com predomínio de doentes de nível 3 — instáveis do ponto de vista hemodinâmico, respiratório ou metabólico, frequentemente ventilados e sob terapêutica vasoativa —; uma ala de complexidade intermédia, com doentes de níveis 2 e 3; e uma ala de neurocríticos, destinada a doentes com lesão cerebral aguda e traumatismo cranioencefálico. A coordenação de cada turno, assegurada pelos enfermeiros responsáveis enquanto chefia intermédia, articula a dupla dimensão clínica e organizacional da gestão dos cuidados e foi acompanhada de perto ao longo do estágio. A maior parte do percurso decorreu na ala de maior complexidade, o que proporcionou contacto sistemático com o doente ventilado e instável e com as decisões de gestão a ele associadas.

A participação em turnos de coordenação tornou tangível o conteúdo desta competência. Observando e apoiando o enfermeiro responsável, foi possível acompanhar a distribuição dos profissionais pelos doentes em função da experiência e da carga de trabalho, a gestão dos rácios enfermeiro/doente, a gestão das visitas, a resolução de constrangimentos operacionais e a articulação com outros serviços — tarefas em que a gestão de recursos e a liderança clínica se entrelaçam. A integração na equipa de emergência intra-hospitalar, sob supervisão de um elemento de referência, permitiu acompanhar a pessoa desde o evento crítico até à admissão em cuidados intensivos, reforçando a visão de continuidade dos cuidados e a articulação entre a deteção precoce da deterioração e a resposta organizada (Prinsloo, 2024). A assunção de responsabilidade foi progressiva: partindo da observação acompanhada, evoluiu para a participação ativa na priorização e na coordenação informal dos cuidados em momentos de maior pressão assistencial, num percurso coerente com a transição do competente para o proficiente descrita por Benner (2001).

A Sessão de Formação em Serviço sobre liderança, dirigida à equipa de enfermagem do SMIP (Apêndices II e III), constituiu o contributo formativo mais estruturado neste domínio, e as suas conclusões integram-se neste relatório. A sua conceção partiu das respostas a um questionário de perceção aplicado previamente, que

identificou a motivação da equipa, a comunicação e a gestão de conflitos como as competências mais valorizadas pelos profissionais. Com base nestes dados, a sessão articulou três referenciais teóricos: a grelha de gestão de Blake e Mouton (1985), demonstrando que o estilo de elevada preocupação simultânea com a tarefa e com as pessoas é o mais eficaz, embora o mais exigente; a teoria situacional de Hersey e Blanchard (1992), aplicada a casos reais do serviço; e o modelo de gama completa de Bass e Avolio (1994), com destaque para a liderança transformacional como estilo de maior impacto em equipas de saúde. As dinâmicas de grupo realizadas em tempo real permitiram aplicar os modelos a situações concretas da equipa e geraram discussão clínica pertinente.

A própria génese desta intervenção evidencia a competência de gestão dos cuidados. A necessidade formativa não foi presumida, mas identificada em diálogo com os enfermeiros coordenadores do serviço, perante uma equipa com vários elementos jovens e recém-integrados que iriam assumir funções de coordenação; o objetivo declarado — capacitá-los para o exercício da liderança com vista à coesão e à eficácia da equipa, e destas para a qualidade dos cuidados ao doente — traduz a lógica de partir de um diagnóstico de necessidades para uma resposta formativa estruturada. Organizada em torno de quatro eixos — a definição e os conceitos de liderança, as teorias clássicas, as barreiras e os desafios, e um conjunto de mensagens-chave —, a sessão articulou a fundamentação teórica com a discussão guiada de casos do próprio serviço, aproximando a evidência da realidade vivida pela equipa e ilustrando como a liderança clínica se exerce na capacitação dos pares.

A principal conclusão extraída desta iniciativa foi simultaneamente substantiva e metodológica. Substantivamente, confirmou-se a receptividade da equipa a uma abordagem da liderança fundamentada na evidência e ancorada em casos do próprio serviço, coerente com o reconhecimento, descrito por de Freitas et al. (2022), de que os enfermeiros valorizam a liderança como competência clínica e não meramente administrativa. Metodologicamente, a avaliação pós-sessão não produziu resultados completos, porque a rotatividade dos turnos e a ausência de um mecanismo de monitorização sistemático limitaram a taxa de resposta ao questionário de satisfação. Esta limitação, longe de invalidar a iniciativa, constitui um achado relevante, ao apontar para a necessidade de metodologias de avaliação adaptadas à realidade operacional dos

serviços de elevada rotação, e integra-se na própria competência de avaliar a qualidade das práticas (OE, 2019).

As respostas obtidas, embora em número reduzido pela razão apontada, foram concordantes e francamente positivas: a clareza dos objetivos, a pertinência dos conteúdos para a prática e o contributo da sessão para aprofundar a compreensão da liderança em enfermagem foram classificados no nível máximo, situando-se igualmente em níveis elevados a reflexão suscitada sobre o estilo de liderança de cada participante e a satisfação global. Os participantes destacaram, como aspetos mais positivos, a clareza e a fluidez da explanação, a troca de ideias e a fundamentação teórica das técnicas de liderança, e identificaram como principal oportunidade de melhoria a inclusão de dramatização de casos práticos, aproximando o treino do contexto real. Este retorno teve uma consequência concreta: validou a abordagem seguida, reforçou a receptividade da equipa e indicou uma direção clara para futuras intervenções — a substituição de uma lógica sobretudo expositiva por uma metodologia de simulação e de análise após a ação, coerente com a evidência sobre o desenvolvimento das competências de liderança (Cummings et al., 2021; Larsen et al., 2018).

A comunicação estruturada, através do método ISBAR, foi aplicada de forma consistente nas passagens de turno, nas referenciações internas e nos contactos com outros serviços, em conformidade com a norma da DGS (2017). A familiaridade com formatos padronizados de transmissão de informação, desenvolvida na formação de base, facilitou esta aplicação. A evidência analisada no primeiro capítulo sustenta que o benefício do ISBAR depende da consistência e da fidelidade da sua utilização (Müller et al., 2018; Lo et al., 2021) e que, no contexto dos cuidados intensivos, a sua qualidade é variável e carece de monitorização (Scolari et al., 2022). Esta consciência orientou a aplicação do método não como mero formalismo, mas como prática deliberada de segurança na transição de cuidados, especialmente relevante em equipas vulneráveis a falhas de comunicação (Aaberg et al., 2025).

A eficácia da comunicação estruturada não se esgota, contudo, na adoção de um acrónimo. A investigação sobre competências não técnicas sublinha a importância da comunicação em circuito fechado — a confirmação explícita, por quem recebe, da mensagem transmitida —, da identificação inequívoca do interlocutor e da explicitação das prioridades, elementos cuja ausência está na origem de muitos eventos adversos (Krage et al., 2017; Aaberg et al., 2025). A passagem de cuidados é, por isso,

simultaneamente um ato técnico e um ato de liderança, na medida em que cabe a quem coordena garantir que a informação crítica é efetivamente partilhada e compreendida, e não apenas transmitida.

No contexto pré-hospitalar, o exercício do papel de responsável de equipa (team leader) na ambulância de Suporte Imediato de Vida mobilizou de forma mais direta as competências de gestão e de liderança. A variabilidade do cenário, a limitação de recursos e a necessidade de articulação em tempo real intensificam a exigência de liderança e tornam as competências não técnicas determinantes do resultado (Hunziker et al., 2011; Krage et al., 2017). Coimbra et al. (2021) sublinham que o espírito de liderança e a capacidade de trabalho em equipa são competências estruturantes do enfermeiro na emergência pré-hospitalar. O simulacro de acidente multivítimas foi o contexto em que esta integração se revelou mais exigente: a organização do teatro de operações, a triagem com critérios de catástrofe e a coordenação das comunicações exigiram a aplicação simultânea de competências técnicas e de liderança, e as falhas de comunicação identificadas confirmaram empiricamente o achado de Utsch et al. (2025) de que a comunicação é o domínio de liderança mais crítico neste contexto.

A análise posterior ao simulacro identificou padrões concretos de falha — a ausência de circuito fechado de confirmação das mensagens, a sobreposição de comunicações e a ausência de identificação do interlocutor — e permitiu propor estratégias de correção, no exato processo de análise após a ação que a investigação recomenda como base de programas de treino eficazes (Krage et al., 2017; Larsen et al., 2018). Esta análise articulou-se com as conclusões da revisão de literatura apresentada no fórum de Emergência Pré-Hospitalar, segundo a qual os programas baseados em simulação e em debriefing estruturado constituem a estratégia com maior potencial para desenvolver as competências de liderança no contexto pré-hospitalar, sendo a sua ausência formal uma oportunidade de melhoria. A perspetiva da doutrina aliada, ao descrever a liderança como competência não confinada à cadeia de comando (NATO, 2022), reforçou a leitura de que, no terreno, qualquer elemento da equipa pode e deve assumir iniciativa de coordenação quando a situação o exige.

A prestação de cuidados nos 44 casos efetivados materializou esta análise na prática. Na SIV, o exercício do papel de responsável de equipa exigiu tomada de decisão clínica autónoma, gestão da comunicação e coordenação operacional, com assunção progressiva de maior responsabilidade na conduta clínica. Na VMER, a articulação com

o médico em equipa de composição variável exigiu o ajuste rápido do estilo de colaboração, demonstrando, uma vez mais, a competência de adaptar a liderança às contingências da situação (OE, 2019). A análise das duas culturas de liderança, desenvolvida no primeiro capítulo, encontrou neste contexto a sua confirmação prática: a eficácia não decorreu da posição formal, mas da competência situada e da capacidade de calibrar o estilo à equipa e à situação.

A casuística destes casos, registada e classificada ao longo do estágio, evidencia a diversidade que sustenta esta aprendizagem. Vinte e seis casos ocorreram em SIV, com o enfermeiro como responsável de equipa, e dezoito em VMER, em articulação com o médico. Predominaram as emergências médicas, com particular peso das situações cardiovasculares e respiratórias — dor torácica, dispneia, bradicardia e bloqueio auriculoventricular, síncope e acidente vascular cerebral —, a que se somaram intoxicação medicamentosa, reação alérgica, crise convulsiva e traumatismo cranioencefálico com alteração do estado de consciência. As paragens cardiorrespiratórias representaram uma proporção relevante da casuística, e registaram-se ainda situações de trauma, incluindo trauma vertebro-medular, emergências pediátricas e obstétricas — entre as quais a obstrução da via aérea num lactente — e uma situação de exceção com múltiplas vítimas. Esta amplitude, da emergência médica ao trauma e à idade pediátrica, exigiu a mobilização sistemática da abordagem ABCDE e dos algoritmos de atuação preconizados (INEM, 2011), e constituiu o terreno em que a tomada de decisão clínica e a coordenação da equipa se exerceram de forma mais autónoma.

A esta casuística associou-se o transporte do doente crítico, dimensão estruturante da gestão dos cuidados no contexto pré-hospitalar e inter-hospitalar. O transporte secundário urgente — entendido como um elo da cadeia de cuidados que exige decisão, planeamento e efetivação rigorosos — implica ponderar o benefício esperado face ao risco, estabilizar a vítima antes da partida e garantir a continuidade da monitorização e do suporte durante o trajeto (INEM, 2012b). A vigilância dos riscos próprios do transporte — a deterioração hemodinâmica, o compromisso da via aérea, os riscos associados ao suporte ventilatório e a descontinuidade do registo — e a manutenção da monitorização, incluindo a capnografia no doente ventilado, traduziram, na prática, a competência de gerir os cuidados em ambiente instável e de recursos limitados (INEM, 2012b). A preparação prévia, sustentada em listas de verificação, e a transferência estruturada da

informação à chegada reforçaram a continuidade dos cuidados e a segurança da pessoa em situação crítica.

A observação no CODU acrescentou a esta análise a perspectiva sistémica da gestão dos cuidados. A regulação dos meios, a articulação entre os diferentes níveis de resposta e a tomada de decisão à distância revelaram uma dimensão da gestão que transcende a equipa imediata e se exerce ao nível do sistema. A correspondência estabelecida entre a gravidade clínica, o tempo de resposta e o meio acionado, no novo modelo de triagem (INEM, 2026), traduz uma lógica de adequação do recurso à necessidade que é, ela própria, uma forma de gestão orientada pela segurança e pela equidade. Esta visão enriqueceu a compreensão do papel do enfermeiro na cadeia de cuidados, ao evidenciar que a eficácia da gestão no terreno depende da qualidade da regulação a montante e da fluidez da comunicação entre os níveis do sistema.

A gestão dos cuidados compreende ainda a delegação e a gestão de conflitos. A delegação eficaz — a atribuição de tarefas ajustada à competência de cada elemento, com supervisão proporcional — é simultaneamente um instrumento de eficiência e de desenvolvimento da equipa (Frederico, 2022). A gestão de conflitos é inseparável da liderança em ambientes de elevada pressão, onde a divergência é frequente e a sua resolução construtiva condiciona a coesão e a segurança. A observação dos enfermeiros responsáveis e o próprio exercício de coordenação evidenciaram que a antecipação do conflito, a escuta ativa e a procura de soluções partilhadas são mais eficazes do que a imposição, confirmando que a autoridade relacional, e não a hierárquica, é a que melhor serve a equipa de saúde (Costa et al., 2017; Lourenço et al., 2021).

A centralidade deste domínio justifica-se, por fim, pela natureza mensurável das condutas de liderança que o integram. A delegação ajustada à competência de cada elemento, a resolução construtiva de conflitos e a adaptação do estilo à maturidade da equipa não são disposições abstratas, mas comportamentos cuja presença ou ausência a evidência associa diretamente à segurança, à retenção e aos resultados dos doentes (Cummings et al., 2021; Ystaas et al., 2023), o que confere à gestão dos cuidados o estatuto de competência clínica de pleno direito.

3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio integra a competência de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e a competência de basear a *práxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). São competências transversais: nenhuma decisão ética, nenhuma iniciativa de melhoria e nenhum ato de liderança é eficaz sem o autoconhecimento que regula a resposta do profissional e sem a fundamentação que a sustenta. A formação de base contribuiu especificamente para a primeira, ao incluir componentes de identificação dos padrões de resposta ao stress, de reconhecimento do estilo pessoal de liderança e de desenvolvimento da inteligência emocional.

No SMIP, a prestação de cuidados a doentes com prognóstico crítico e a tomada de decisão sob pressão exigiram um trabalho intenso de autoconhecimento e de gestão emocional. A análise reflexiva (*debriefing*) com os elementos de referência permitiu identificar padrões de resposta e fortalecer a assertividade nas interações com a equipa. A leitura deste percurso à luz do modelo de Benner (2001) clarifica o sentido do desenvolvimento alcançado: a passagem para níveis de maior proficiência caracteriza-se pela capacidade de apreender a situação clínica como um todo e de reconhecer precocemente padrões subtis de deterioração — dimensão que Prinsloo (2024) associa à autoliderança clínica e cuja falha se relaciona com resultados adversos.

A aquisição de autonomia foi progressiva e documentada pela tutoria nos dois contextos de estágio, constituindo um dos eixos centrais da avaliação do percurso. A supervisão por elementos de referência, conjugada com a análise reflexiva sistemática após as situações vividas, sustentou uma transferência gradual de responsabilidade: da observação acompanhada para a intervenção autónoma e, no contexto pré-hospitalar, para o exercício efetivo do papel de responsável de equipa na SIV. As apreciações finais de ambos os estágios reconheceram esta evolução, ao sublinharem uma autonomia crescente, uma integração sólida nas equipas e uma participação ativa e autónoma nas diferentes atividades, a par de uma prática segura, ancorada no cumprimento rigoroso das normas e dos protocolos e numa abordagem sistematizada que antecipa a instabilidade e prioriza as intervenções. Foi igualmente valorizada a comunicação clara, objetiva e estruturada da informação clínica — designadamente na articulação com o CODU e na passagem de informação à equipa hospitalar — e a capacidade de análise e de reflexão sobre a própria prática, com identificação de pontos de melhoria. Este retorno, convergente entre os dois campos, constitui evidência externa da consolidação das competências e confirma a

progressão para níveis de maior proficiência descrita por Benner (2001), traduzindo o sentido de responsabilidade e o juízo clínico que se esperam do Enfermeiro Especialista.

A apresentação da revisão de literatura no fórum de Emergência Pré-Hospitalar foi o momento de maior expressão da competência de basear a *praxis* em evidência e de a disseminar. A revisão sobre liderança no contexto extra-hospitalar e a apresentação sobre o tema da liderança em enfermagem na era digital (Apêndices VI e VII), sintetizaram as estratégias eficazes identificadas na literatura e concluíram com um conjunto de mensagens-chave que importa integrar: que liderar em enfermagem é cuidar de pessoas através de pessoas; que o exemplo é a forma mais eficaz de influência; que a comunicação é a base da liderança; que a liderança é aprendida e treinada, e não um atributo inato; que a liderança transformacional é a mais eficaz; que o poder do líder reside na relação, e não na hierarquia; e que, na era digital, liderar implica integrar a tecnologia com sentido crítico, responsabilidade ética e foco na humanização. Estas conclusões, devolvidas à comunidade profissional, articulam-se de forma coerente com o enquadramento conceptual do relatório e com a tese de que a liderança é uma competência clínica desenvolvível.

O trabalho desenvolvido sobre a liderança em enfermagem na era digital aprofundou, por seu turno, os desafios que a transformação tecnológica coloca ao exercício da liderança. Partindo do reconhecimento de que a liderança é uma temática transversal às organizações — militares, políticas, desportivas, empresariais e de saúde —, a reflexão sublinhou que a crescente mediação tecnológica do cuidado exige do líder a integração da tecnologia com sentido crítico, responsabilidade ética e foco na humanização, sob pena de a eficiência técnica se sobrepor à relação que está no cerne do cuidar. A sua disseminação em contexto de fórum completou a competência de comunicar conclusões a audiências especializadas e de levar o conhecimento produzido para além do contexto imediato de prestação de cuidados.

A competência de basear a prática na evidência não se limitou à produção das revisões de literatura. Traduziu-se, sobretudo, numa atitude permanente de questionamento das práticas e de procura de fundamentação, que é, ela própria, um pilar do grau de Mestre e da prática avançada de enfermagem. A capacidade de formular questões clínicas pertinentes, de localizar e avaliar criticamente a evidência e de a integrar no juízo clínico — articulando-a com a preferência do doente e com os recursos disponíveis — constitui o cerne da prática baseada na evidência. Esta disposição é

também a garantia da aprendizagem ao longo da vida, num contexto em que o conhecimento clínico e tecnológico evolui rapidamente e exige do Enfermeiro Especialista uma atualização contínua e autónoma.

A demonstração deste domínio culmina na noção de autoliderança clínica: a regulação consciente da própria resposta e a fundamentação permanente da prática são o que permite ao enfermeiro reconhecer precocemente a deterioração, agir com autonomia perante o doente em risco e mobilizar a equipa sem aguardar instrução (Prinsloo, 2024). É esta articulação entre autoconhecimento e evidência que sustenta a progressão para níveis de maior proficiência descrita por Benner (2001) e que faz do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o motor das restantes competências.

3.5. Competências Específicas — Pessoa em Situação Crítica

Para além das competências comuns, o percurso desenvolveu as três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2018), que se analisam de seguida.

A competência “Cuidar da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica” foi desenvolvida de forma cumulativa, atingindo no estágio final o nível máximo de diferenciação. No SMIP, a avaliação sistematizada pela abordagem de via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica e exposição (ABCDE), preconizada pelas orientações de suporte avançado de vida do European Resuscitation Council (Soar et al., 2021), a interpretação integrada da monitorização invasiva e não invasiva, a gestão do doente ventilado e a administração de fármacos vasoativos, sedativos e analgésicos com monitorização por escalas validadas constituíram o conjunto de intervenções técnicas mais desenvolvidas. O cuidado à pessoa em situação crítica incluiu, além disso, a gestão da dor e do conforto, a prevenção do delírio e o acompanhamento da família, cuja vivência de processos complexos de doença é parte do âmbito desta competência. A dimensão relacional do cuidado, central na filosofia de Watson (2008), foi exercitada na atenção à pessoa e à família mesmo nos contextos de maior pressão técnica.

A gestão do doente ventilado, com avaliação da adequação dos parâmetros e atenção à prevenção da lesão pulmonar associada à ventilação; a titulação de fármacos vasoativos guiada pela monitorização hemodinâmica; a monitorização da sedação e da

analgesia por escalas validadas, traduzindo o compromisso de não infligir sofrimento evitável a quem não o pode comunicar; e o manuseamento asséptico de cateteres arteriais e venosos centrais constituíram intervenções de elevada complexidade exercidas com autonomia progressiva. No contexto pré-hospitalar, a casuística dos 44 casos efetivados — com predomínio de situações cardiovasculares e respiratórias e ocorrência de paragens cardiorrespiratórias — implicou a aplicação sistemática dos algoritmos da Emergência Pré-Hospitalar e a gestão eficaz da comunicação em equipa e com o CODU, completando o desenvolvimento desta competência na dimensão extra-hospitalar. A comunicação com a família, num ambiente de informação densa e prognóstico incerto, exigiu a tradução do quadro clínico em linguagem acessível e a gestão da esperança sem comprometer a verdade — competência relacional que distingue o Enfermeiro Especialista.

O detalhe destas intervenções ilustra o nível de diferenciação alcançado. No doente ventilado, a vigilância contínua dos parâmetros, a atenção a uma estratégia de ventilação protetora — com volume corrente baixo, titulação da pressão positiva expiratória final e prevenção tanto da lesão pulmonar associada à ventilação como da hiperóxia — e a interpretação seriada da gasometria e da mecânica respiratória orientaram a colaboração com a equipa médica no ajuste terapêutico, abrangendo o suporte ventilatório invasivo e não invasivo (Guimarães et al., 2014); no doente com instabilidade hemodinâmica, a titulação dos fármacos vasoativos foi guiada pela leitura integrada da monitorização invasiva e não invasiva. A sedação e a analgesia foram monitorizadas por escalas validadas — designadamente a escala de RASS para a profundidade da sedação e a Behavioral Pain Scale para a dor no doente incapaz de a comunicar —, permitindo a titulação criteriosa e o rastreio do delírio, com instrumentos que a literatura de referência recomenda utilizar de forma integrada (Guimarães et al., 2014). O manuseamento asséptico de cateteres arteriais e venosos centrais, a programação e a verificação das bombas perfusoras e a dupla verificação dos fármacos de alto risco integraram-se numa prática deliberadamente orientada para a segurança (DGS, 2023). A nutrição em cuidados intensivos, designadamente a nutrição parentérica administrada por via central, foi objeto de atenção específica — da vigilância metabólica e da prevenção da sobrenutrição ao cuidado da mucosa oral —, área diretamente informada pela revisão de literatura desenvolvida e em que o contributo autónomo do enfermeiro é determinante para a segurança (Singer et al., 2023). A aplicação de protocolos institucionais — de controlo glicémico, de prevenção de lesões por pressão e de prevenção da infeção — conferiu

padronização e segurança a estas intervenções, todas exercidas com autonomia progressiva e sob supervisão tutorial.

No contexto pré-hospitalar, esta competência exerceu-se com autonomia acrescida. A avaliação sistematizada pela abordagem ABCDE e a aplicação dos algoritmos de atuação à vítima com dispneia, dor torácica, hipoperfusão ou alteração do estado de consciência (INEM, 2011) estruturaram a abordagem inicial; a monitorização — incluindo a oximetria, a capnografia e o eletrocardiograma de doze derivações —, a gestão da via aérea, incluindo a preparação para a abordagem da via aérea difícil, o controlo de hemorragias, a obtenção de acessos — incluindo o acesso intraósseo quando indicado — e a administração de analgesia e de sedação segundo protocolo concretizaram a intervenção avançada (INEM, 2011). Exercida frequentemente como responsável de equipa na SIV, esta prática exigiu a integração rápida da avaliação, da decisão e da intervenção sob constrangimento de tempo e de recursos, traduzindo o nível de diferenciação esperado da competência. No SMIP, de forma complementar, o acompanhamento de doentes nas diferentes fases do internamento — da instabilidade aguda à estabilização, à mobilização precoce e à preparação da alta — proporcionou uma visão longitudinal do cuidado à pessoa em situação crítica, evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista na continuidade dos cuidados e na articulação da transição entre níveis de cuidado.

As situações clínicas acompanhadas no SMIP abrangeram um espectro alargado de falência, ou de risco de falência, de funções vitais — do acidente vascular cerebral ao doente politraumatizado e ao traumatismo cranioencefálico, na ala de neurocríticos, passando pelo doente ventilado com instabilidade hemodinâmica sob terapêutica vasoativa e risco de deterioração neurológica. O cuidado diário a estes doentes foi sistematizado por abordagens estruturadas de prevenção de complicações, reunindo a nutrição, a analgesia, a sedação, a profilaxia do tromboembolismo, a elevação da cabeceira, a profilaxia de úlceras por pressão e o controlo glicémico, e cuja aplicação sistemática à cabeceira reduz as infeções nosocomiais e estrutura a vigilância do doente crítico (Guimarães et al., 2014). A incorporação desta lógica de feixe de cuidados na prática quotidiana traduziu a passagem de uma intervenção reativa para uma vigilância antecipatória, coerente com o juízo clínico holístico que Benner (2001) associa aos níveis de maior proficiência e com a deteção precoce da deterioração que Prinsloo (2024) situa no núcleo da prática especializada.

A gestão da dor, da sedação e do delírio mereceu atenção específica, por constituir uma área em que a competência técnica e a dimensão ética do cuidado se entrelaçam. A monitorização sistemática da dor e do nível de sedação por escalas validadas, a titulação criteriosa da analgesia e a prevenção e deteção precoce do delírio são intervenções que protegem o doente de sofrimento evitável e de complicações associadas à sedação excessiva ou insuficiente. A atenção a estas dimensões, mesmo nos doentes incapazes de comunicar, traduz o compromisso ético de cuidar da pessoa na sua totalidade, e não apenas de gerir a sua condição fisiológica — expressão concreta da filosofia do cuidado que orienta a enfermagem à pessoa em situação crítica (Watson, 2008).

Relativamente a “Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe”, esta competência encontrou na formação de base um substrato sólido, dada a proximidade conceptual entre a doutrina militar de resposta a situações de exceção e o que as competências específicas do Enfermeiro Especialista preconizam (OE, 2018). No estágio final, foi demonstrada e aprofundada em quatro planos complementares: a observação no CODU forneceu a perspetiva sistémica do acionamento e da regulação; o simulacro de acidente multivítimas operacionalizou-a em simulação realista, incluindo a triagem em catástrofe e a coordenação das comunicações; a prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar; e a participação em reanimação intra-hospitalar no SMIP complementou o seu desenvolvimento na dimensão hospitalar. A análise crítica das falhas de comunicação identificadas no simulacro demonstra que a competência não se esgota na execução do plano, mas inclui a sua avaliação e a proposta de melhoria.

O simulacro concretizou esta competência num cenário de exceção: a organização do teatro de operações, a triagem segundo critérios de catástrofe e a coordenação das comunicações exigiram a articulação entre a avaliação clínica e a gestão da resposta coletiva, e a análise posterior das falhas traduziu-se em propostas de melhoria. A esta dimensão somou-se o transporte do doente crítico em situação urgente, cuja preparação, efetivação e vigilância sistemática de riscos (INEM, 2012b) constituem parte integrante da resposta organizada à emergência. A casuística pré-hospitalar, com a sua proporção relevante de paragens cardiorrespiratórias e a situação com múltiplas vítimas, exigiu a aplicação dos algoritmos de emergência e a coordenação eficaz com o CODU, demonstrando a capacidade de dinamizar a resposta em contextos de imprevisibilidade e de recursos limitados.

A triagem em situação de exceção constituiu o núcleo técnico desta competência no simulacro. Ao contrário da avaliação individual aprofundada, a triagem de catástrofe obedece a uma lógica de maximização do benefício para o maior número, classificando rapidamente as vítimas por prioridade em função da gravidade e da probabilidade de sobrevivência, e reavaliando-as à medida que os recursos se tornam disponíveis (Hogan & Lairet, 2002; INEM, 2012a). A aplicação destes critérios exigiu a articulação entre a rapidez da decisão e a sua fundamentação, bem como a coordenação das comunicações no teatro de operações — domínio em que as falhas identificadas, e posteriormente analisadas, confirmaram a centralidade da comunicação estruturada na resposta coletiva. A experiência evidenciou que dinamizar a resposta à exceção é, simultaneamente, um ato clínico e um ato de liderança, em que a organização do espaço, a atribuição de papéis e o controlo do fluxo de informação determinam a eficácia da resposta tanto quanto a competência técnica individual.

A competência “Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos” foi trabalhada transversalmente. No SMIP, a aplicação rigorosa das medidas agrupadas de prevenção de infeção, a atenção específica à assepsia nos acessos venosos utilizados para nutrição parentérica — área diretamente informada pela revisão de literatura desenvolvida — e a colaboração na vigilância epidemiológica desenvolveram as dimensões previstas para as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018). A cultura de auditoria regular do serviço reforçou esta competência, ao integrar a vigilância das práticas no quotidiano. No contexto pré-hospitalar, a participação numa ação de formação sobre controlo de infeção consolidou a competência num ambiente em que as condições de assepsia são frequentemente desafiantes e em que a consciencialização dos profissionais é determinante para a segurança do doente.

O detalhe das medidas mobilizadas concretiza esta competência. No SMIP, a prevenção da infeção assentou na higiene das mãos, na técnica asséptica nos procedimentos invasivos e na aplicação de feixes de medidas dirigidos às principais infeções associadas aos cuidados de saúde: o feixe de inserção e de manutenção do cateter venoso central, determinante para a prevenção da infeção da corrente sanguínea — particularmente relevante no acesso utilizado para a nutrição parentérica —; as medidas de prevenção da pneumonia associada à ventilação, designadamente a elevação da cabeceira e a higiene oral; e a gestão criteriosa do cateter vesical, com remoção logo que

cl clinicamente possível, para a prevenção da infecção urinária e da urossépsis (Guimarães et al., 2014). A vigilância sistemática de sinais de complicação associados aos dispositivos e a verificação do cumprimento destes feixes integraram estas medidas no quotidiano, articulando a competência específica de prevenção e controlo da infecção com a melhoria contínua da qualidade (OE, 2018). No contexto pré-hospitalar, a transposição destes princípios para um ambiente não controlado exigiu a sua adaptação às condições do terreno, sem comprometer a barreira de proteção da pessoa e da equipa.

4. AVALIAÇÃO GLOBAL DO PERCURSO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este capítulo responde à questão que a academia coloca a qualquer relatório de estágio: as competências necessárias ao reconhecimento como Enfermeiro Especialista e à atribuição do grau de Mestre foram, ou não, adquiridas? A resposta não decorre da enumeração das atividades realizadas, mas da sua leitura à luz dos referenciais de competência. O Projeto de Estágio, elaborado no início do percurso, cumpriu o papel de instrumento de planeamento e de ponto de partida; o que aqui se avalia não é o grau de fidelidade ao plano, mas a competência efetivamente adquirida, sendo as adaptações introduzidas — como a substituição de sessões internas por uma apresentação em fórum institucional — demonstrações da própria capacidade de ajustar a estratégia às contingências.

4.1. Aquisição das competências de Enfermeiro Especialista

A leitura global do percurso evidencia a aquisição dos quatro domínios de competências comuns e das três competências específicas. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a maturidade prévia foi aprofundada pelo confronto com os dilemas do SMIP e pelo exercício da ética em catástrofe. No domínio da melhoria contínua da qualidade, as duas revisões de literatura constituíram dois ciclos completos de melhoria em contextos distintos, evidenciando a apropriação de uma metodologia. No domínio da gestão dos cuidados, a competência demonstrou-se na adaptação do estilo de liderança às situações, na aplicação consistente da comunicação estruturada e no exercício do papel de responsável de equipa. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, manifestou-se na regulação da resposta ao stress, na assertividade interprofissional e na disseminação de evidência a nível institucional.

A solidez desta demonstração reside na sua transversalidade aos dois contextos. As mesmas competências de coordenação e de comunicação exercidas na passagem de turno do SMIP foram exigidas na articulação com o CODU; o mesmo raciocínio ético orientou as decisões de limitação terapêutica e a triagem em catástrofe; e a mesma metodologia de melhoria sustentou as duas revisões. Esta recorrência, em contextos deliberadamente distintos, permite afirmar que não se trata de desempenhos isolados, mas

de competências consolidadas e transferíveis, traduzindo a progressão que Benner (2001) descreve do competente para o proficiente e, em várias áreas, para o perito. Confirma-se, assim, que a formação de base funcionou como elemento facilitador, mas que a competência avaliável foi adquirida e demonstrada nos contextos próprios da especialidade.

Importa sublinhar o caráter dinâmico e não linear deste desenvolvimento. A aquisição de competências não obedeceu a uma sequência rígida, mas a um processo iterativo em que a prática alimentou a reflexão e esta, por sua vez, requalificou a prática. Os momentos de maior aprendizagem coincidiram, frequentemente, com as situações de maior exigência ou de erro percebido, posteriormente analisadas de forma estruturada — confirmando que a competência se constrói tanto no sucesso como na dificuldade. Esta leitura, coerente com o modelo de desenvolvimento de Benner (2001), reforça a ideia de que o reconhecimento como Enfermeiro Especialista não assinala um ponto de chegada, mas a consolidação de uma trajetória que se prolongará ao longo da vida profissional.

4.2. Aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre

O relatório procura igualmente demonstrar a aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre: a capacidade de aplicar conhecimentos e de resolver problemas em situações novas e em contextos multidisciplinares; a capacidade de integrar conhecimentos e de fundamentar juízos mesmo com informação limitada; e a capacidade de comunicar conclusões a audiências especializadas e não especializadas. A resolução de problemas em situações novas demonstrou-se em simulação e nas situações de deterioração aguda; a fundamentação de juízos com informação incompleta, na triagem de catástrofe e nas decisões clínicas autónomas em meio pré-hospitalar; e a comunicação a audiências especializadas, na apresentação no fórum de Emergência Pré-Hospitalar e na sessão de formação no SMIP, e a não especializadas, na comunicação com doentes e famílias.

As duas revisões de literatura (Apêndices I e IV) constituem a evidência mais direta da competência de produzir e mobilizar conhecimento próprio do segundo ciclo de estudos. Não se limitaram a sumariar literatura: identificaram lacunas — o desfasamento entre a evidência e a prática na nutrição parentérica, a ausência de formação estruturada em liderança no contexto pré-hospitalar — e converteram-nas em propostas operacionais.

A capacidade de transformar uma necessidade clínica observada numa questão de revisão, de a responder com método reconhecido (JBI, 2017) e de devolver a resposta ao contexto sob a forma de proposta de melhoria é, precisamente, o que distingue o nível de mestrado da prática competente.

A par da produção de conhecimento, o grau de Mestre exige uma capacidade reflexiva e crítica que percorre todo o relatório. Esta manifestou-se na disposição para questionar as próprias práticas, para reconhecer limitações — como as identificadas na avaliação da sessão de formação e nas duas revisões — e para integrar perspetivas oriundas de campos distintos, designadamente o confronto entre a cultura de liderança militar e a civil em enfermagem. A análise não se limitou a descrever o que foi feito, mas procurou interrogar por que razão resultou ou falhou, à luz da evidência, e que implicações daí decorrem para a prática. É esta postura reflexiva, mais do que a quantidade de atividades realizadas, que traduz a apropriação do nível de Mestre e que sustenta a transferibilidade das aprendizagens para contextos futuros.

4.3. Dificuldades e limitações

Um relatório honesto deve nomear as suas dificuldades. A principal limitação metodológica residiu na avaliação do impacto da sessão de formação no SMIP, comprometida pela baixa taxa de resposta ao questionário pós-sessão, atribuível à rotatividade dos turnos e à ausência de um mecanismo sistemático de recolha. Desta dificuldade resultou uma aprendizagem transferível: a avaliação formativa em contextos de elevada rotação exige instrumentos integrados no fluxo de trabalho. Uma segunda limitação foi a impossibilidade de replicar, no contexto pré-hospitalar, o ciclo formativo desenhado para o SMIP, ultrapassada pela adaptação da estratégia. Uma terceira dificuldade, de natureza reflexiva, foi a necessidade de distinguir, em permanência, entre o que a formação de base facilitava e o que o estágio efetivamente acrescentava — exercício de autocrítica indispensável à validade da demonstração de competências.

4.4. Implicações para a prática profissional

As implicações deste percurso para a prática situam-se em dois planos. No plano da prestação direta de cuidados, o Enfermeiro Especialista está habilitado a assumir um

papel diferenciado na promoção da cultura de qualidade, na liderança de equipas em contextos de elevada pressão, na implementação de projetos de melhoria contínua e na formação de pares. No plano da gestão e da formação, as metodologias testadas — a formação fundamentada em avaliação prévia de necessidades, a análise estruturada após a ação e a revisão de literatura orientada para o contexto — são diretamente transferíveis para os serviços onde o exercício profissional decorre.

A evidência reunida sustenta, em particular, a pertinência de investir no desenvolvimento formal das competências de liderança dos enfermeiros que exercem em contextos de urgência e emergência, dado o impacto mensurável da liderança nos resultados dos doentes e na sustentabilidade das equipas (Cummings et al., 2021; Ystaas et al., 2023) e o peso do conflito com chefias enquanto fator de stress ocupacional (Alehegn et al., 2024). A proposta de um programa de formação contínua em liderança, baseado em simulação e análise após a ação e orientado para os domínios menos consolidados da autoperceção de liderança (Utsch et al., 2025, 2026), constitui a principal implicação prática deste percurso. A institucionalização da comunicação estruturada com monitorização da sua fidelidade (Lo et al., 2021; Scolari et al., 2022) e o desenvolvimento de protocolos de enfermagem na nutrição parentérica completam este conjunto de recomendações operacionais.

O valor destas implicações reside menos na sua enunciação do que no mecanismo que as sustenta. A síntese de evidência produzida nas duas revisões não se esgotou na identificação de boas práticas: converteu-as em instrumentos operacionais — protocolos de enfermagem, medidas agrupadas e programas de formação — diretamente incorporáveis no fluxo de trabalho dos serviços. É esta tradução do conhecimento em dispositivos concretos de mudança, e a sua devolução aos contextos de origem, que distingue a prática avançada da mera atualização individual e que confere ao percurso o seu carácter transferível e sustentável (Cummings et al., 2021; Singer et al., 2023).

4.5. A articulação entre a formação militar e a especialização: implicações para a instituição militar

O percurso aqui documentado assentou também num substrato prévio — a formação e a experiência anteriores —, cujo papel, como se sublinhou ao longo do relatório, foi o de elemento facilitador da aquisição das competências, e não o de objeto

da avaliação. Importa, por isso, situar com rigor o seu contributo: as competências de tomada de decisão sob pressão, de comunicação estruturada em situações de exceção e de gestão de equipas em ambientes de recursos limitados, associadas na literatura ao perfil do enfermeiro militar (Ma et al., 2020), aceleraram a interpretação das exigências da especialidade, mas foi nos contextos de estágio — o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e a Emergência Pré-Hospitalar — que as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2019, 2018) foram efetivamente demonstradas e requalificadas à luz da evidência.

Desta articulação decorre uma implicação modesta, mas pertinente: a evidência de que as competências de liderança são moldáveis pelo treino estruturado (Cummings et al., 2021) e a receptividade demonstrada pela equipa do SMIP à formação realizada sugerem que o percurso entre o exercício militar e o civil pode ser mutuamente enriquecedor e beneficiar de mecanismos de reconhecimento e de transição. Esta nota não desloca, contudo, o centro de gravidade do relatório, que permanece na demonstração das competências do Enfermeiro Especialista adquiridas nos dois contextos de estágio, analisada no terceiro capítulo.

CONCLUSÃO

O presente relatório teve como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências realizado no estágio final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, em dois contextos complementares: o Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e a Emergência Pré-Hospitalar. A análise, organizada pelos domínios de competência e fundamentada na evidência científica e nos trabalhos desenvolvidos ao longo do estágio, permite concluir que as competências exigidas ao reconhecimento como Enfermeiro Especialista e à atribuição do grau de Mestre foram adquiridas e demonstradas.

O percurso confirmou a tese que lhe serviu de fio condutor: a de que a liderança em enfermagem é uma dimensão do cuidado à pessoa em situação crítica, com impacto na qualidade e na segurança, e uma competência que se aprende e se treina. A análise das duas culturas de liderança permitiu compreender que a eficácia da liderança não decorre da posição formal, mas da capacidade de ajustar o estilo à equipa e à situação. A formação de base do autor revelou-se um elemento facilitador da aquisição destas competências, sem nunca constituir, ela própria, o objeto da avaliação académica.

Os aspetos mais relevantes do percurso concentraram-se no domínio da gestão dos cuidados, mas estenderam-se a todos os domínios, num conjunto coerente e transferível. As principais dificuldades — a fragilidade da avaliação de impacto em contextos de elevada rotação, os limites da transposição de metodologias entre contextos e a exigência reflexiva de distinguir o facilitado do adquirido — traduziram-se, elas próprias, em aprendizagens. Do percurso resultaram propostas concretas para a prática, em particular o investimento estruturado no desenvolvimento da liderança em enfermagem, a consolidação da comunicação estruturada e o desenvolvimento de protocolos de cuidados em áreas de risco. Estas propostas dirigem-se tanto aos contextos civis como à instituição militar, reconhecendo o enfermeiro especialista com formação militar como elemento de articulação entre dois sistemas de saúde que muito têm a oferecer um ao outro.

Mais do que o encerramento de um ciclo de estudos, é a devolução deste conhecimento aos contextos de prática que confere sentido ao percurso de especialização aqui documentado, contribuindo para a segurança do doente e para a sustentabilidade das equipas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaberg, O. R., Johannesen, D. T. S., Moi, E. B., Frivold, G., Jensen, F., & Haddeland, K. (2025). Team leader communication in ad hoc teams and its impact on team outcomes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12887-3>

Alehegn, S., Abraha, M., Fikadu, A., Kasahun, G., Mekonen, M. S., Tiruneh, K. G., Ashine, T. M., & Mesfin, E. G. (2024). Magnitude and determinants of job stress among pre-hospital care providers working in ambulance centers, Addis Ababa. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241299507>

Almeida, J., Palheira, T., & Friões, F. (2025). A Medicina Interna e as Unidades de Cuidados Diferenciados: Unidades de Cuidados Intermédios Médicos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 32. <https://doi.org/10.24950/rspmi.2780>

Anders, R. L. (2025). Global perspectives on patient safety: The central role of nursing management. *Healthcare*, 13(24), 3240. <https://doi.org/10.3390/healthcare13243240>

Althobaiti, F. M. (2026). The effects of leadership on patient safety culture in health care: A systematic review. *BMC Nursing*, 25(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04263-7>

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage Publications.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Berger, M. M., & Pichard, C. (2022). When is parenteral nutrition indicated? *Journal of Intensive Medicine*, 2(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2021.11.006>

Blake, R. R., & Mouton, J. S. (1985). *The managerial grid III: The key to leadership excellence*. Gulf Publishing Company.

Blanchard, K. (2023). *Um nível superior de liderança* (10.^a ed.). Leya.

Coimbra, N., Cardoso Teixeira, A., & Costa, P. (2021). *Enfermagem Urgência e Emergência* (1.^a ed.). LIDEL – Edições Técnicas.

Costa, S. D., Silva, P. L. N., Gonçalves, R. P. F., Soares, L. M., Aguiar Filho, W., & Souto, S. G. T. (2017). O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 49–65.

- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Penconek, T., Micaroni, S. P. M., Paananen, T., & Chatterjee, G. E. (2021). The essentials of nursing leadership: A systematic review of factors and educational interventions influencing nursing leadership. *International Journal of Nursing Studies*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103842>
- de Freitas, I. R., Teixeira, R. M., da Costa, M. M., & de Pontes, A. P. M. (2022). Liderança em enfermagem no contexto hospitalar: Percepção de enfermeiros gestores. *Revista Recien*, 12(40), 93–102. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.93-102>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde — Norma n.º 001/2017, de 08/02/2017*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Medicamentos de alta vigilância — Norma n.º 008/2023, de 19/12/2023*. Direção-Geral da Saúde.
- Dirik, H. F., Theiakouli, C., & Efstathiou, N. (2026). The influence of nursing leadership styles on medication safety: A mixed-methods systematic review. *International Nursing Review*, 73(1), e70166. <https://doi.org/10.1111/inr.70166>
- Elliott, B., Chargualaf, K. A., & Patterson, B. (2024). Influencing leadership in nursing education and practice: A qualitative study of military nurse officers. *Nursing Outlook*, 72(4), 102192. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102192>
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 149–156). Lidel – Edições Técnicas.
- Funari, T. S., Feider, L. L., & Schoneboom, B. A. (2015). Build high-performing military nurse leaders through coaching, sponsorship, and engagement. *Nurse Leader*, 13, 54–59.
- Guimarães, H. P., Assunção, M. S. C., Carvalho, F. B., Japiassú, A. M., Veras, K. N., Nácul, F. E., Reis, H. J. L., & Azevedo, R. P. (Eds.). (2014). *Manual de medicina intensiva – AMIB*. Editora Atheneu.
- Hassan, E. A., & El-Ashry, A. M. (2024). Leading with AI in critical care nursing: Challenges, opportunities, and the human factor. *BMC Nursing*, 23(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02363-4>
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1992). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources* (6.^a ed.). Prentice-Hall.
- Hogan, D. E., & Laird, J. R. (2002). Triage. In D. E. Hogan & J. L. Burstein (Eds.), *Disaster Medicine* (pp. 10–16). Lippincott Williams & Wilkins.

Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D., & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>

Inácio, M., Carvalho, M., Paulino, A., Costa, P., Figueiredo, A. R., Nunes, E., Cruchinho, P., & Lucas, P. (2025). Nursing practice environment in the Armed Forces: A scoping review. *Nursing Reports*, 15(11), 394. <https://doi.org/10.3390/nursrep15110394>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de abordagem à vítima: Suporte Imediato de Vida* (2.^a ed.). INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). *Manual de abordagem em situações de exceção*. INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Transporte do doente crítico* (Versão 1.0, 1.^a ed.). INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica* (Versão 2.0, 1.^a ed.). INEM.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2026, 2 de janeiro). *INEM muda prioridades na triagem para responder de acordo com a gravidade*. INEM.

Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2017*. The Joanna Briggs Institute.

Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L., Kolenbrander, M. W., van Groenigen, D., Loer, S. A., et al. (2017). Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: Does stress have an influence? *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 728–733. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-205754>

Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Meelby, J., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2018). A search for training of practising leadership in emergency medicine: A systematic review. *Heliyon*, 4(11), e00968. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00968>

Lo, L., Rotteau, L., & Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*, 11(12), e055247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055247>

Lourenço, A. O. O. S., da Silva, L., & Assoni, M. A. S. (2021). Os principais desafios dos enfermeiros na liderança em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(67), 6705–6711. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6705-6718>

Ma, H., Chihava, T. N., Fu, J., Zhang, S., Lei, L., Tan, J., Lin, L., & Luo, Y. (2020). Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1166–1176. <https://doi.org/10.1111/jonm.13068>

Mondini, C., Cunha, I., Trettene, A., Fontes, C., Bachega, M., & Cintra, F. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: Knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180888. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>

Moura, A. A., Bernardes, A., Dessotte, C. A. M., Matsuda, L. M., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2020). Coaching leadership in the context of Mobile Emergency Care Service. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03657. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019016203657>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

North Atlantic Treaty Organization. (2022). *AJP-01: Allied Joint Doctrine* (Edition F, Version 1). NATO Standardization Office.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico dos enfermeiros. In *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (Anexo). Diário da República, 1.ª série, n.º 181.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica* (Regulamento n.º 429/2018). Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 19359–19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Regulamento n.º 140/2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744–4750.

Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Gestão em organizações de saúde*. Lusociência.

Portugal. Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril*. Diário da República, 2.ª série, n.º 79.

Prinsloo, C. (2024). Nurses' self-leadership in the face of challenging situations, such as patient deterioration. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241274232>

Scolari, E., Soncini, L., Ramelet, A.-S., & Schneider, A. G. (2022). Quality of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool during nurse-physician calls in the ICU: An observational study. *Nursing in Critical Care*, 27(6), 796–803. <https://doi.org/10.1111/nicc.12743>

Sé, A. C. S., Oliveira, J. L. C., Stancato, K., & Souza, V. S. (2023). Workplace violence against pre-hospital mobile emergency nurses: A qualitative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220583. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>

Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., et al. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671–1689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011>

Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., et al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>

Stanley, D. (2006). Recognising and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, 15(2), 108–111. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.2.20373>

Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228–233. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200011>

Universidade Católica Portuguesa. (2025). *Guia Relatório — Mestrado em Enfermagem 2025/2026*. Escola de Enfermagem.

Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Santos, L. C. S., Massa, B. F., Rached, C. D. A., et al. (2025). Liderança coaching exercida pelos enfermeiros no contexto do atendimento pré-hospitalar: Estudo observacional analítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(5), e20240635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0635>

Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Carmo, H. O., & Moura, A. A. (2026). Coaching leadership and structural empowerment of nurses in mobile and fixed

pre-hospital care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 60, e20240450.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0450en>

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8.^a ed.). Pearson Education.

APÊNDICES

APÊNDICE I — Revisão Integrativa da Literatura — Intervenções De Enfermagem na Nutrição Parentérica no Doente Crítico

Intervenções de enfermagem na Nutrição Parentérica em doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos

Revisão de literatura

RESUMO

Introdução: A nutrição parentérica (NP) em doentes críticos é uma terapêutica de elevado risco, associada a complicações metabólicas, infecciosas e mecânicas. As guidelines da ESPEN recomendam uma utilização criteriosa da NP, preferindo a nutrição entérica (NE) sempre que possível e privilegiando abordagens hipocalóricas iniciais, mas o papel específico da enfermagem na implementação segura destas recomendações permanece pouco sistematizado.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem associadas à NP em doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e analisar de que forma a prática de enfermagem contribui para a administração segura, monitorização eficaz e prevenção de complicações.

Metodologia: Revisão de literatura segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute. Foi realizada pesquisa nas bases PubMed, Web of Science e ScienceDirect, entre 2020 e 2025, incluindo estudos em adultos (≥ 18 anos) internados em UCI e expostos a NP total ou suplementar. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, 11 estudos foram incluídos para extração e análise temática dos dados.

Resultados: As intervenções de enfermagem associadas à NP agruparam-se em sete domínios: (1) avaliação e decisão; (2) planeamento e prevenção do overfeeding; (3) implementação prática da NP; (4) monitorização metabólica e infecciosa; (5) vigilância gastrointestinal; (6) cuidados da mucosa oral; e (7) organização de cuidados e formação. Os estudos revelam um desfasamento entre as recomendações (priorização da NE, uso criterioso de NP, metas hipocalóricas iniciais) e a prática, com défices cumulativos de energia/proteína, risco de overfeeding e elevada incidência de complicações gastrointestinais e orais.

Conclusão: O enfermeiro assume um papel central na operacionalização das guidelines de NP, sendo determinante na avaliação nutricional, registo do aporte efetivo, implementação técnica da NP, monitorização de complicações e cuidados GI e orais. Persistem, contudo, lacunas na descrição de protocolos de enfermagem específicos, reforçando a necessidade de desenvolvimento de bundles e investigação centrada em intervenções lideradas por enfermagem para melhorar a segurança da NP em UCI.

ABSTRACT

Introduction: Parenteral nutrition (PN) in critically ill patients is a high-risk therapy associated with metabolic, infectious and mechanical complications. ESPEN guidelines recommend a judicious use of PN, prioritising early enteral nutrition (EN) whenever feasible and favouring an initially hypocaloric approach, but the specific contribution of nurses to the safe implementation of these recommendations remains poorly systematised.

Objective: To identify nursing interventions associated with PN in critically ill patients admitted to Intensive Care Units (ICUs) and to analyse how nursing practice contributes to safe administration, effective monitoring and prevention of PN-related complications.

Methods: Literature review following the Joanna Briggs Institute methodology. A search was conducted in PubMed, Web of Science and ScienceDirect (2020–2025), including studies with adult ICU patients (≥ 18 years) receiving total or supplemental PN. After applying inclusion and exclusion criteria, 11 studies were included for data extraction and thematic analysis.

Results: Nursing interventions related to PN clustered into seven domains: (1) assessment and decision-making; (2) planning and prevention of overfeeding; (3) practical implementation of PN; (4) metabolic and infectious monitoring; (5) gastrointestinal surveillance; (6) oral mucosa care; and (7) organisation of care and staff education. The studies show a gap between guideline recommendations (early EN, cautious and criteria-based use of PN, initially hypocaloric targets) and real-world practice, with cumulative energy/protein deficits, relevant risk of overfeeding and a high incidence of gastrointestinal and oral complications.

Conclusion: Nurses play a pivotal role in operationalising PN guidelines, being key actors in bedside nutritional assessment, accurate documentation of actual intake, technical implementation of PN, monitoring for complications and providing gastrointestinal and oral care. Nevertheless, there is a lack of detailed, nursing-focused PN protocols and outcome indicators, highlighting the need to develop structured care bundles and to conduct nurse-led research aimed at improving PN safety in ICUs.

INTRODUÇÃO

A nutrição em cuidados intensivos tem na atualidade um papel central no plano de cuidados e no tratamento do doente crítico, não sendo apenas vista como um suporte adjuvante, mas como parte integrante do processo. As orientações práticas da The European Society for Clinical Nutrition and Metabolismo (ESPEN), recomendam que em todos os doentes que permaneçam mais de 48h em unidades de cuidados intensivos (UCI) seja considerado o risco de malnutrição e seja introduzida terapêutica médica nutricional (Guideline ESPEN 2023, Singer). Posto isto, a avaliação do estado nutricional, definição de metas energéticas e proteicas e o início atempado de suporte nutricional constituem também uma prioridade estrutural dos cuidados em UCI.

Sempre que a via oral se encontra disponível, a nutrição entérica (NE) precoce é iniciada idealmente nas primeiras 48h, sendo recomendada como primeira linha em doentes com o trato gastrointestinal funcional, sendo preferida à introdução imediata de nutrição parentérica (NP) (Guideline ESPEN 2023, Singer). No entanto, alguns doentes apresentam contraindicações à NE ou incapacidade persistente de suprir, por esta via, as necessidades energéticas e proteicas, devido a intolerância digestiva, falência gastrointestinal parcial, necessidade de interrupções repetidas ou risco acrescido de aspiração. Nestas situações, a literatura sustenta que a NP deve ser considerada quando o doente não atinge cerca de 60% das necessidades energéticas durante vários dias ou quando o défice energético e proteico cumulativo atinge limiares associados a um pior prognóstico (When is parenteral nutrition indicated? Berger).

A evolução recente das fórmulas e bolsas “all-in-one” tem contribuído para a redução de complicações da NP, sendo que alguns estudos sugerem percentagens de eventos globais comparáveis entre a NE e NP (When is parenteral nutrition indicated? Berger). No entanto, a NP mantém-se associada a riscos específicos, nomeadamente hiperglicemia aguda, hipertrigliceridemia, alterações da função hepática e infeções relacionadas com o cateter venoso central, sendo considerada por estas razões uma terapêutica de elevado risco (Guideline ESPEN 2023, Singer; When is parenteral nutrition indicated? Berger). Por isso, as guidelines da ESPEN recomendam que numa fase inicial seja privilegiada uma abordagem hipocalórica, fornecendo 70% das necessidades energéticas estimadas durante a primeira semana de internamento em UCI, de forma a reduzir o risco de complicações metabólicas e de overfeeding (Guideline ESPEN 2023).

Neste contexto, a NP no doente crítico exige decisões individualizadas relativamente ao seu início, via de administração, velocidade de progressão e composição das fórmulas, bem como uma vigilância sistemática de complicações metabólicas, infecciosas e mecânicas. As mesmas guidelines e revisões recentes reforçam a necessidade de equipas multidisciplinares e sugerem a existência de uma lacuna na aplicação prática, à cabeceira do doente, das recomendações (Guideline ESPEN 2023, Singer; When is parenteral nutrition indicated? Berger). O enfermeiro assume neste processo um papel central, já que participa no rastreio nutricional, regista e calcula o aporte efetivo de energia e proteico, monitoriza a tolerância gastrointestinal e os parâmetros laboratoriais, assegurando os cuidados com o cateter venoso e a mucosa oral e operacionaliza as estratégias combinadas de NE e NP. Contudo, apesar da relevância da enfermagem no suporte nutricional ser amplamente reconhecida, as evidências disponíveis sobre quais são, de forma concreta e sistematizada, as intervenções de enfermagem associadas à NP em doentes críticos permanece dispersa.

Desta realidade emerge a pertinência da presente revisão, orientada pela seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem associadas à Nutrição Parentérica em doentes críticos internados em Cuidados Intensivos?”

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem em cuidados intensivos exige um conjunto de competências especializadas que abarcam a avaliação clínica contínua, a gestão de terapêuticas de elevado risco e a coordenação multidisciplinar dos cuidados. No contexto da nutrição parentérica (NP), estas competências traduzem-se em intervenções que vão desde o rastreio nutricional à administração técnica da solução parentérica, passando pela monitorização sistemática de complicações. As intervenções de enfermagem associadas à NP não são, por isso, apenas práticas técnicas isoladas, mas expressão de uma competência especializada diferenciada, orientada para a segurança e a excelência do cuidado ao doente crítico.

A terapêutica nutricional em UCI baseia-se em princípios bem definidos. Primeiramente, todos os doentes críticos com permanência superior a 48 horas devem ser considerados em risco nutricional, avaliado com instrumentos validados como o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) ou o NUTRIC Score, que integram a gravidade clínica e o contexto da UCI. Seguidamente, a NE precoce, por via gástrica ou pós-pilórica, é recomendada como primeira escolha em doentes com trato gastrointestinal funcional. Por último, a NP é indicada quando a ingestão entérica não é viável ou não é suficiente para assegurar as necessidades energéticas e proteicas, apesar da otimização da NE (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022).

Berger e Pichard (2022) afirmam que a NP deve ser considerada quando, mesmo com NE, o doente não atinge cerca de 60% das necessidades energéticas por mais de 4-5 dias e/ou quando o défice energético cumulativo ultrapassa aproximadamente 6000 kcal ou o défice proteico se aproxima de 300g. Esta abordagem reflete a evidência de que tanto a subalimentação (underfeeding) prolongada como o overfeeding se associam a piores outcomes em doentes críticos.

Paralelamente, a NP está associada a um perfil específico de riscos como complicações metabólicas (hiper/hipoglicemia, hipertrigliceridemia, alterações hepáticas), distúrbios eletrolíticos, síndrome de realimentação e infeções relacionadas com o cateter venoso central (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022). As guidelines recomendam o uso de regimes hipocalóricos na fase inicial, com cerca de 70% das necessidades estimadas, com progressão gradual, e enfatizam a necessidade de vigilância laboratorial e clínica atenta.

O enfermeiro especialista assume um papel privilegiado no rastreio nutricional, integrando instrumentos como o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) ou o NUTRIC Score na avaliação de admissão e reavaliando sistematicamente durante o internamento. É também o profissional que deteta precocemente sinais de intolerância à NE, de agravamento do défice nutricional ou de complicações associadas à NP. Para além da administração técnica da solução parentérica, o enfermeiro deve participar na decisão de iniciar ou ajustar a NP, monitorizar o aporte efetivo, vigiar parâmetros laboratoriais e sinais clínicos, gerir interrupções e contribuir para a organização de protocolos e rotinas que visam aumentar a adesão às guidelines, assumindo-se como elemento de referência na equipa multidisciplinar de nutrição em UCI.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo desta revisão foi identificar as intervenções de enfermagem associadas à NP em doentes críticos internados em Cuidados Intensivos e analisar de que forma a prática de enfermagem pode contribuir para a administração segura, monitorização eficaz e prevenção de complicações relacionadas com a NP. A questão de investigação foi elaborada atendendo aos participantes (P), ao conceito (C) e ao contexto (C), sendo:

“Quais as intervenções de enfermagem associadas à Nutrição Parentérica em doentes críticos internados em Cuidados Intensivos?”

Estratégia PCC:

Participantes (P) – adultos (≥ 18 anos) em situação crítica internados em Unidades de Cuidados Intensivos e expostos a nutrição parentérica total ou suplementar;

Conceito (C) – intervenções de enfermagem associadas à nutrição parentérica, incluindo avaliação nutricional, decisão de iniciar ou complementar NP, administração, monitorização clínica e laboratorial, prevenção e gestão de complicações e organização dos cuidados;

Contexto (C) – unidades de cuidados intensivos hospitalares de adultos, enquanto ambiente de elevada complexidade clínica e monitorização contínua.

METODOLOGIA

Esta revisão teve como referência a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para revisões de literatura, seguindo as respetivas orientações para formulação de questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão, estratégias de pesquisa, seleção dos estudos e extração de dados (JBI, 2020).

Seguindo estas diretivas, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados PubMed, Web of Science e ScienceDirect, com o objetivo de identificar revisões prévias sobre o tema específico das intervenções de enfermagem associadas à Nutrição Parentérica, revisões integrativas centradas no objeto de estudo, reforçando assim a pertinência da presente revisão.

Crítérios de inclusão

- Estudos publicados desde 2020;
- Texto integral disponível em acesso livre ou através de bases subscritas pela instituição;
- Populações compostas por adultos (≥ 18 anos) internados em UCI;
- Utentes expostos a NP total ou suplementar, administrada por via central ou periférica;
- Estudos que descrevessem, explicita ou de forma inferível, intervenções de enfermagem associadas a NP, nomeadamente início, administração, avaliação e monitorização ou prevenção de complicações;
- Artigos publicados em inglês ou português.

Crítérios de exclusão

- Estudos realizados em neonatologia, pediatria ou em animais;
- Estudos fora do contexto hospitalar ou fora de UCI;
- Artigos em línguas não dominadas pela equipa de revisão, exceto inglês e português.

A qualidade metodológica dos artigos incluídos foi avaliada com recurso às Critical Appraisal Tools do Joanna Briggs Institute, de acordo com o tipo de estudo (JBI, 2020).

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Numa primeira fase, uma pesquisa exploratória nas bases de dados já referidas, com análise inicial de títulos e resumos, de forma a familiarizar a equipa com a terminologia utilizada na área da nutrição em UCI e identificar descritores relevantes.

Numa segunda fase, foi realizada a pesquisa estruturada nas bases de dados PubMed, Web of Science e ScienceDirect, utilizando a combinação de termos ("parenteral nutrition") AND nurs* AND ("intensive care" OR "critical care") NOT pediatric. Foram aplicados filtros para restringir os resultados a publicações entre 2020 e 2025, em adultos, em inglês ou português. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, todos os artigos foram analisados pelo título e resumo pelo revisor principal; artigos com dúvidas foram reavaliados com apoio de um segundo revisor, alcançando-se consenso em todos os casos. Os estudos potencialmente elegíveis foram selecionados para leitura integral. Em caso de dúvida ou desacordo entre revisores relativamente à inclusão/exclusão, o artigo foi reavaliado em grupo, alcançando consenso.

A extração de dados foi realizada manualmente a partir dos artigos selecionados. Inicialmente, registaram-se informações gerais de cada estudo. Seguidamente foram extraídos os dados específicos relacionados com o papel da enfermagem na NP. Analisados os dados disponíveis, foram organizados de acordo com as seguintes categorias temáticas, correspondentes aos principais domínios de intervenção de enfermagem identificados: avaliação e decisão; planeamento e prevenção do overfeeding; implementação prática da NP; monitorização metabólica e infecciosa; vigilância gastrointestinal; cuidados da mucosa oral; organização de cuidados e formação.

Inicialmente foram identificados 229 artigos sem filtros (115 na Web of Science, 95 na PubMed e 19 ScienceDirect). Após aplicação de filtros, o número foi reduzido para 109 artigos (66 na Web of Science, 28 na PubMed e 15 ScienceDirect).

Procedeu-se à remoção de 12 duplicados, seguida da leitura de títulos e resumos dos artigos restantes. Nesta fase, 86 artigos foram excluídos por não responderem aos critérios de inclusão. Entre os artigos potencialmente elegíveis, 3 foram excluídos por indisponibilidade de texto integral. No total 11 artigos foram lidos na íntegra e incluídos na amostra final para extração e análises de dados.

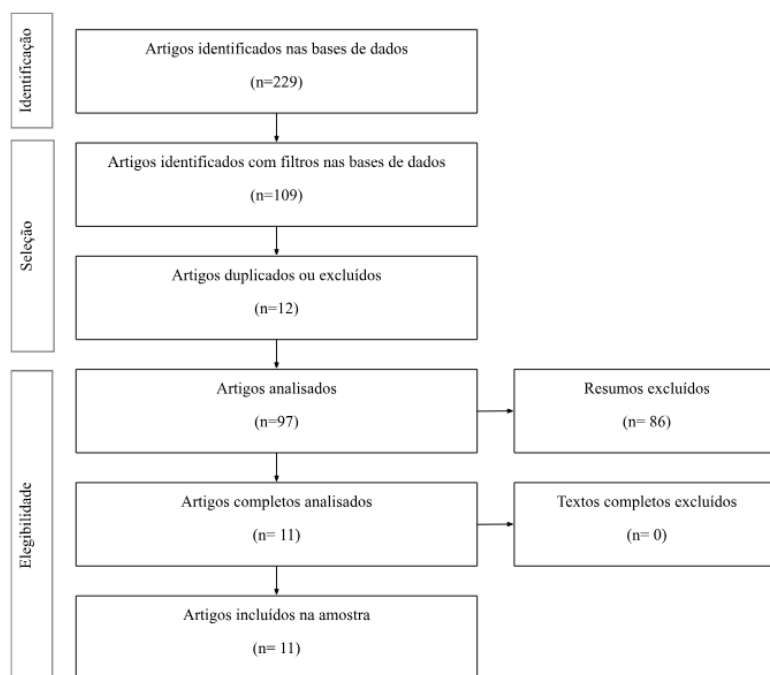


Figura 1 - Diagrama Prisma

RESULTADOS

Os 11 estudos incluídos (coortes observacionais, ensaios clínicos randomizados, estudos longitudinais e revisões narrativas/“scoping reviews”) permitiram identificar um conjunto de intervenções de enfermagem associadas à NP em doentes críticos, que se organizaram em sete domínios principais: avaliação e decisão, planeamento e prevenção do overfeeding, implementação prática da NP, monitorização metabólica e infecciosa, vigilância gastrointestinal, cuidados da mucosa oral e organização de cuidados e formação.

Autor / Ano	País	Desenho	n	Intervenção/Exposição	Outcomes principais	Apreciação JBI
Lopez-Delgado et al. (2023)	Espanha (multicêntrico)	Coorte observacional	443	NE ± NP em UCI	Fatores associados à necessidade de NP; complicações GI; perfil bioquímico	Adequado
Li & Liu (2022)	China	Coorte prospetiva	304	Grupos NET, NPT, SC, sem suporte	Estratégias de suporte nutricional e impacto nos marcadores nutricionais;	Adequado

Autor / Ano	País	Desenho	n	Intervenção/Exposição	Outcomes principais	Apreciação JBI
					incidência de infecções	
Tatucu-Babet et al. (2022)	Internacional	Scoping review	N/A	DLW para medição GET em UCI	Validade e limitações de equações preditivas; variabilidade do GET	Bom
Fabiani et al. (2023)	Itália	Coorte observacional longitudinal	217	Cirurgia cardíaca + NE em UCI	Adequação energética/proteica dia-a-dia; associação com mortalidade 30 dias	Bom
Cehan et al. (2025)	Internacional	Revisão narrativa	N/A	Overfeeding em UCI	Definição, fatores de risco, consequências e prevenção do overfeeding	Moderado
Ridley et al. (INTENT, 2025)	Austrália/Nova Zelândia	Ensaio clínico fase II (RCT)	121	Intervenção nutricional personalizada (NE+NP+suplementos orais) vs cuidados habituais	Aporte energético/proteico diário; segurança da intervenção	Bom
Hill et al. (EFFORTcombo, 2020)	Internacional	Revisão / Racional de ensaio	N/A	NP suplementar em doentes alto risco nutricional	Fundamento para NE+NP combinada; prevenção de overfeeding	Adequado
Lesser & Lesser (2021)	EUA	Revisão narrativa clínica	N/A	Nutrition Support Therapy (NE e NP)	Indicações, monitorização e complicações do suporte nutricional	Moderado
Ünal Aslan (2023)	Turquia	Estudo comparativo observacional	104	NE vs NP em UCI	Estado nutricional, mucosite oral, obstipação e sintomas GI	Bom
Ozdemir & Kavakli (2025)	Turquia	Coorte longitudinal	250	Doentes intubados em UCI (NE ou NP)	Fatores de risco para lesões de pressão oral; NP como fator de risco	Bom
Singer et al. — ESPEN (2023)	Internacional	Guideline clínica (revisão parcial)	N/A	Nutrição clínica em UCI (atualização ESPEN)	Recomendações para NE, NP, metas energéticas e proteicas em UCI	Referência

Tabela 1 — Caracterização dos 11 estudos incluídos. NE: nutrição entérica; NP: nutrição parentérica; NET: nutrição entérica total; NPT: nutrição parentérica total; SC: suporte combinado; GET: gasto energético total; DLW: doubly-labelled water; RCT: ensaio clínico randomizado; GI: gastrointestinal.

Avaliação e decisão

O estudo multicêntrico de Lopez-Delgado et al. (2023) analisou 443 doentes em 38 UCIs espanholas com necessidade de NE. Destes, 9,7% necessitaram de NP

suplementar ou total após início de NE. Os doentes que evoluíram para NP apresentavam maior gravidade clínica, mais complicações gastrointestinais (GI) (60% vs 26%) e pior perfil bioquímico à admissão, nomeadamente triglicerídeos mais elevados e albumina mais baixa (Lopez-Delgado et al., 2023). Estes achados sugerem que a decisão de iniciar NP surge, na prática, fortemente associada a disfunção GI e a marcadores precoces de risco nutricional, aspetos que o enfermeiro deve ajudar a identificar no rastreio e na vigilância diária.

Li e Liu (2022) descreveram, numa amostra de 304 doentes críticos em UCI, a estratégia de suporte nutricional e a forma como as guidelines mais recentes têm sido implementadas. Os doentes foram distribuídos por grupos: sem suporte nutricional, nutrição entérica total (NET), nutrição parentérica total (NPT) e suporte combinado (SC). À admissão, não se observaram diferenças significativas nos marcadores nutricionais (hemoglobina, proteínas totais, albumina, transferrina, pré-albumina, contagem de linfócitos) entre grupos, evidenciando que a decisão inicial de instituir NP nem sempre é suportada por avaliação nutricional sistemática (Li & Liu, 2022).

A revisão de Tatucu-Babet et al. (2022) sobre o uso de doubly-labelled water (DLW) para determinar o gasto energético total (GET) em doentes em cuidados intensivos e agudos mostrou uma grande variabilidade do GET e evidenciou limitações importantes na utilização de equações preditivas. Os autores sublinham que estas equações podem errar até dezenas de pontos percentuais, levando a subalimentação ou overfeeding, e reforçam a necessidade de medidas mais precisas e de reavaliação contínua do risco nutricional (Tatucu-Babet et al., 2022).

Em conjunto, os estudos apontam para a necessidade de decisões sobre NP assentes em escalas de rastreio, parâmetros laboratoriais, gravidade clínica e avaliação funcional do trato GI, áreas onde a observação e registo de enfermagem são determinantes.

Planeamento e prevenção do overfeeding

Fabiani et al. (2023) estudaram 217 doentes submetidos a cirurgia cardíaca, em UCI, avaliando diariamente a relação entre energia/proteína administradas e as necessidades calculadas até 20 dias. Identificaram que, após os primeiros dias de jejum relativo e calorias não nutricionais, a maioria dos doentes permaneceu abaixo das metas energéticas e proteicas, e que a janela entre 80–100% das necessidades entre os dias 4–7 se associou a melhores resultados, enquanto valores persistentemente <80% ou >100%

se relacionaram com piores desfechos, incluindo maior mortalidade aos 30 dias (Fabiani et al., 2022).

A perspectiva narrativa de Cehan et al. (2025) centra-se especificamente no overfeeding em UCI, definindo-o como o fornecimento de energia e nutrientes acima das necessidades metabólicas e relacionando-o com hiperglicemia, hipercapnia, esteatose hepática, retenção hídrica e dificuldade no desmame ventilatório. Os autores identificam como fatores contributivos: estimativa imprecisa das necessidades, protocolos rígidos de alimentação “full feeding” precoce, soma descontrolada de SC e desconsideração de calorias não nutricionais (por exemplo, propofol, dextrose) (Cehan et al., 2025).

A revisão de Tatuco-Babet et al. (2022) reforça este risco ao mostrar que, sem medição objetiva do gasto energético, as equações preditivas podem conduzir a estratégias de alimentação que sobreestimam sistematicamente as necessidades em determinados grupos, potenciando o overfeeding.

Estes resultados convergem numa mensagem central: o planeamento da NP (isolada ou suplementar) exige ajuste fino entre necessidades reais e aporte efetivo, integrando a monitorização diária de energia, proteína e calorias não nutricionais — tarefas nas quais o enfermeiro tem um papel operativo relevante.

Implementação prática da NP

Li e Liu (2022) relataram que, entre os 208 doentes com NE, coexistiam diferentes estratégias: NET, NPT e SC. Verificou-se que todas as enfermeiras confirmavam a posição da sonda antes da NE e que a maioria dos doentes era mantida com cabeceira elevada 30–45°. No entanto, o suporte entérico sofria interrupções frequentes: 62% devido a procedimentos médicos e 37% por intolerância entérica (vómitos, distensão, resíduos gástricos elevados) (Li & Liu, 2022). Além disso, a indicação de NP foi considerada “demasiado permissiva”, com utilização simultânea de SC em situações em que NE poderia ter sido otimizada, traduzindo um desfasamento face às recomendações de uso criterioso de NP.

No estudo de Lopez-Delgado et al. (2023), cerca de metade dos doentes que receberam NP tiveram-na suplementar à NE, enquanto a outra metade transitou para NP total após suspensão da NE, geralmente entre o dia 3 e o dia 10 de internamento em UCI. Curiosamente, a energia e proteína médias administradas foram semelhantes entre o grupo apenas com NE e o grupo com SC/NP total, sugerindo que a NP foi utilizada para

“corrigir” intolerância entérica e não para perseguir metas hipercalóricas agressivas (Lopez-Delgado et al., 2023).

O ensaio INTENT, de Ridley et al. (2025), avaliou uma intervenção nutricional personalizada ao longo de todo o internamento hospitalar, combinando NE, NP protocolada e suplementos orais após início da alimentação entérica. O grupo de intervenção recebeu significativamente mais energia e proteína por dia em comparação com os cuidados habituais, tanto na UCI como nas enfermarias, recorrendo à NP suplementar sempre que a NE isolada não atingia as metas terapêuticas (Ridley et al., 2025). Embora o estudo fosse de fase II e exploratório em termos de desfechos clínicos “duros”, demonstrou que equipas estruturadas e protocolos claros podem aumentar a adequação do aporte nutricional.

A revisão de Hill et al. (EFFORTcombo) sustenta, conceptualmente, o uso de NP combinada com NE (suporte parentérico suplementar) em doentes de alto risco nutricional ou em que a NE, isoladamente, não atinge as metas de proteína e energia, salientando, contudo, a necessidade de evitar o overfeeding e de adaptar a prescrição às fases da doença crítica (Hill et al., 2020).

Monitorização metabólica e infecciosa

Em Li e Liu (2022), após sete dias de suporte nutricional, verificou-se que a pré-albumina e a transferrina estavam significativamente mais elevadas nos grupos NET e SC em comparação com o grupo sem suporte nutricional, sugerindo benefício nutricional objetivo. Contudo, também se observou uma incidência não negligenciável de infeções, sobretudo em doentes com NPT, reforçando o caráter de “terapêutica de alto risco” da NP.

Lopez-Delgado et al. (2023) demonstraram que triglicerídeos séricos elevados e albumina baixa à admissão em UCI estavam associados a uma maior probabilidade de necessidade de NP, o que, além de marcador de gravidade, reforça a necessidade de monitorização sistemática de lípidos, função hepática e proteína sérica em doentes com suporte parentérico.

Fabiani et al. (2023) mostraram que tanto o défice calórico importante como o excesso calórico sustentado se associavam a piores desfechos, sugerindo que a monitorização metabólica não deve limitar-se a “contabilizar calorias”, mas também a avaliar a resposta clínica do doente.

A revisão de Cehan et al. (2025) detalha complicações metabólicas clássicas do overfeeding (hiperglicemia, síndrome de realimentação, hipertrigliceridemia, alterações hepáticas), sublinhando a importância de vigilância ativa e de ajustes de prescrição de NP com base em parâmetros laboratoriais seriados. A revisão de Lesser (2021) sobre Nutrition Support Therapy reforça que doentes sob NP exigem monitorização apertada para detecção precoce de complicações, incluindo síndrome de realimentação (Lesser, 2021).

Vigilância gastrointestinal

No estudo de Lopez-Delgado et al. (2023), 29,3% dos doentes apresentaram complicações GI, com maior frequência no grupo que necessitou de NP (60% vs 26%). As complicações incluíram vômitos, distensão abdominal, diarreia e pseudo-obstrução. Estes dados sugerem que a NP é frequentemente instituída em resposta a disfunção GI persistente, sendo a vigilância de sintomas GI uma área crítica de intervenção de enfermagem.

Ünal Aslan (2023) avaliou 104 doentes em UCI a receber NE ou NP, utilizando escalas padronizadas de estado nutricional, mucosite oral, severidade de obstipação e sintomas GI. Os doentes em NP apresentaram significativamente mais sintomas GI (incluindo obstipação, dor abdominal e distensão), bem como maior severidade global do quadro GI em comparação com os doentes em NE (Ünal Aslan, 2023).

Li e Liu (2022) mostraram que 37% das interrupções da alimentação entérica estavam relacionadas com intolerância gastrointestinal, o que contribui para défices cumulativos de energia/proteína. A identificação precoce de intolerância, a utilização de medidas não farmacológicas (ajuste de posição, alteração da velocidade de infusão) e a comunicação com a equipa médica para ajustes farmacológicos emergem como intervenções de enfermagem centrais para reduzir interrupções e evitar o recurso precoce à NP.

Cuidados da mucosa oral

No estudo de Ünal Aslan (2023), a mucosite oral foi altamente prevalente, com cerca de 43% dos doentes a apresentarem mucosite grave, e 31,7% a necessitarem de SC devido à gravidade das lesões. Embora os resultados não mostrem diferenças estatisticamente marcadas em todas as classes de mucosite entre NE e NP, o grupo em NP apresentou tendência para maior severidade mucosa, sugerindo que a ausência de

estimulação oral, a secura e a dependência de suporte artificial podem favorecer lesões (Ünal Aslan, 2023).

Ozdemir e Kavakli (2025) estudaram 250 doentes intubados em UCI e observaram uma incidência de 41,6% de lesões de pressão da mucosa oral associadas ao tubo orotraqueal (TOT). A análise de árvore de decisão mostrou que o suporte por NP e a menor frequência de reposicionamento do TOT eram os principais fatores de risco para o desenvolvimento destas lesões (Ozdemir & Kavakli, 2025). Os autores concluem que doentes intubados sob NP exigem monitorização rigorosa da cavidade oral, reposicionamento do TOT em intervalos ≤ 8 horas e cuidados de hidratação e proteção da mucosa, intervindo diretamente nas rotinas de enfermagem.

Organização de cuidados e formação

Li e Liu (2022) identificaram um claro “implementation gap” entre as recomendações das guidelines (incluindo ESPEN) e a prática real: indicações de NP demasiadamente permissivas, dificuldade em alcançar as metas energéticas na fase inicial, interrupções frequentes da alimentação e utilização pouco sistemática de ferramentas de rastreio nutricional (Li & Liu, 2022).

O ensaio INTENT demonstrou que uma intervenção nutricional estruturada e continuada ao longo do internamento, envolvendo dietistas e equipa de enfermagem, aumenta significativamente o aporte energético e proteico, sem sinalizar, na fase II, um aumento claro de complicações (Ridley et al., 2025).

A revisão focada na estratégia de SC (EFFORTcombo) sublinha a necessidade de protocolos claros, algoritmos de decisão e formação contínua para que a NP suplementar seja usada de forma adequada, evitando tanto défices cumulativos como overfeeding (Hill et al., 2020).

Por fim, a revisão de Tatuçu-Babet et al. (2022) evidencia a complexidade logística da monitorização precisa do gasto energético (DLW, calorimetria indireta), reforçando a importância de equipas treinadas e de processos organizacionais robustos para operacionalizar uma terapêutica nutricional verdadeiramente individualizada.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sugerem que as intervenções de enfermagem associadas à NP em doentes críticos se concentram em sete domínios interdependentes e

que, em grande medida, estão alinhadas com as recomendações das guidelines ESPEN (Singer et al., 2023) e com a revisão de Berger e Pichard (2022), embora exista um desfasamento importante entre a teoria e a prática quotidiana.

As guidelines da ESPEN recomendam que:

- todos os doentes críticos com permanência >48 h em UCI sejam considerados em risco nutricional;
- a NE precoce seja iniciada nas primeiras 24–48 h em doentes com trato GI funcional;
- a energia seja inicialmente prescrita de forma hipocalórica (cerca de 20–25 kcal/kg/dia ou <70% das necessidades estimadas), com progressão gradual;
- a NP seja introduzida quando, após vários dias de NE otimizada, o doente não atinge cerca de 60–70% das necessidades energéticas e proteicas, ou quando a NE é inviável (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022).

Os estudos empíricos revistos confirmam parte substancial destas recomendações, mas também evidenciam:

- Uso por vezes liberal da NP e coexistência de NE+NP mesmo em situações em que seria possível otimizar a NE (Li & Liu, 2022), o que contrasta com a recomendação de reservar a NP para casos de intolerância persistente ou défice cumulativo significativo (Berger & Pichard, 2022).
- Dificuldade em atingir as metas energéticas e proteicas nas fases iniciais da doença crítica, com défices cumulativos relevantes (Fabiani et al., 2022; Ridley et al., 2025).
- Risco real de overfeeding, especialmente quando se soma NE, NP e calorias não nutricionais ou quando se segue uma estratégia de “full feeding” precoce (Fabiani et al., 2022; Cehan et al., 2025), reforçando a pertinência da abordagem hipocalórica inicial preconizada pela ESPEN.
- Uma associação consistente entre disfunção GI, gravidade clínica e necessidade de NP, sublinhando que a NP é frequentemente um sinal de maior severidade e não apenas uma opção técnica (Lopez-Delgado et al., 2023; Ünal Aslan, 2023).
- A importância de domínios pouco valorizados nas guidelines clássicas, como os cuidados da mucosa oral e a prevenção de lesões associadas à NP e ao TOT, que emergem de forma clara nos estudos de mucosite e lesões de pressão orais (Ünal Aslan, 2023; Ozdemir & Kavakli, 2025).

Do ponto de vista da enfermagem, os dados sugerem que:

- A avaliação e decisão sobre NP não é um ato médico isolado, mas um processo em que o enfermeiro contribui com o rastreio nutricional, a documentação do aporte real (incluindo perdas e interrupções) e a observação de sinais de disfunção GI ou intolerância à NE (Li & Liu, 2022; Lopez-Delgado et al., 2023).
- O planeamento e prevenção do overfeeding depende da capacidade da equipa de enfermagem para registar de forma precisa as calorias administradas (NE, NP, propofol, glicosados), identificar tendências (défice persistente vs aporte excessivo) e comunicar ativamente com o médico/dietista para ajuste da prescrição (Fabiani et al., 2022; Cehan et al., 2025).
- A implementação prática da NP — técnica asséptica na manipulação de sistemas de NP, controlo de velocidade de perfusão, gestão de interrupções, verificação da integridade da linha venosa central — recai largamente sobre a enfermagem. Os estudos mostram que práticas estruturadas (como no INTENT) permitem maior adequação do aporte, o que sugere que a enfermagem especializada em cuidados intensivos e nutrição pode ser decisiva para aproximar a prática das guidelines (Ridley et al., 2025; Hill et al., 2020).
- A monitorização metabólica e infecciosa (controlar glicemias, eletrólitos, função hepática, triglicerídeos, sinais de infeção do cateter) e a resposta rápida a alterações (ajuste da velocidade de infusão, notificação da equipa médica, implementação de protocolos de prevenção de infeção) são áreas clássicas de intervenção de enfermagem, congruentes com o que é recomendado por Singer et al. (2023), Berger e Pichard (2022) e Lesser (2021).
- A vigilância GI (avaliação de dor, distensão, resíduos gástricos, diarreia/obstipação, náuseas, vómitos) e os cuidados da mucosa oral surgem como domínios particularmente associados à NP, sendo que os estudos de Ünal Aslan (2023) e Ozdemir & Kavakli (2025) mostram que, sem monitorização sistemática e intervenções preventivas (higiene oral, hidratação, reposicionamento do ETT), aumentam significativamente a morbilidade (sintomas GI marcados, mucosite grave, lesões de pressão orais).

Em síntese, os resultados confirmam que as recomendações das guidelines (NE precoce, NP criteriosa, metas energéticas moderadas nas primeiras fases e vigilância apertada das complicações) só se tornam realidade quando existem rotinas de

enfermagem bem definidas, formação específica e modelos organizacionais que valorizem a nutrição como intervenção terapêutica central.

Do ponto de vista da evidência, subsiste uma lacuna importante: poucos estudos descrevem, de forma detalhada, protocolos de enfermagem específicos para NP (por exemplo, checklists diárias, bundles de prevenção de complicações, indicadores sensíveis à prática de enfermagem). A maioria dos trabalhos aborda a NP numa perspetiva médica ou nutricional e apenas infere o papel da enfermagem, o que reforça a necessidade de investigação futura centrada no contributo específico dos enfermeiros para a segurança da NP.

Para a prática, estes resultados sugerem a necessidade de:

- desenvolver protocolos de enfermagem específicos para NP, com checklists diárias de monitorização metabólica, GI, oral e de cateter;
- investir em formação especializada em nutrição em cuidados intensivos, incluindo risco de overfeeding, síndrome de realimentação e gestão de complicações;
- integrar enfermeiros com competências avançadas em nutrição nas equipas multidisciplinares de UCI, como elementos de referência na operacionalização das guidelines.

Esta revisão apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a pesquisa foi restrita a três bases de dados (PubMed, Web of Science e ScienceDirect), podendo ter excluído estudos relevantes indexados noutras fontes com relevância específica para a literatura de enfermagem, como o CINAHL ou a Cochrane Library. Em segundo lugar, a maioria dos estudos incluídos não foi desenhada com o enfermeiro como objeto central de investigação, pelo que as intervenções de enfermagem foram frequentemente inferidas a partir de dados clínicos reportados, o que limita a especificidade das conclusões. Em terceiro lugar, a heterogeneidade dos desenhos metodológicos (ensaio clínico, coortes, revisões narrativas) limitou a síntese quantitativa dos dados, sendo a análise essencialmente temática e qualitativa. Estas limitações reforçam a necessidade de estudos futuros com enfoque explícito no papel da enfermagem na terapêutica nutricional em UCI.

Para a investigação, é recomendável que futuros estudos explorem de forma mais explícita o impacto de intervenções lideradas por enfermagem na segurança da NP (redução de infeções, complicações metabólicas, lesões orais, défices nutricionais) e na

adesão às recomendações internacionais, contribuindo para consolidar o papel do enfermeiro especialista em situação crítica como líder clínico na área da terapêutica nutricional.

CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu identificar e sintetizar as intervenções de enfermagem associadas à Nutrição Parentérica em doentes críticos internados em Unidades de Cuidados Intensivos, organizando-as em sete domínios principais:

- Avaliação e decisão sobre o início e tipo de suporte nutricional;
- Planeamento e prevenção do overfeeding;
- Implementação prática da NP;
- Monitorização metabólica e infecciosa;
- Vigilância gastrointestinal;
- Cuidados da mucosa oral;
- Organização dos cuidados e formação da equipa.

Os estudos analisados mostram que a prática clínica atual vai ao encontro das recomendações das guidelines ESPEN e da revisão de Berger e Pichard em vários aspetos fundamentais: priorização da NE, uso da NP como complemento quando a NE é insuficiente, cautela com o overfeeding e foco na monitorização de complicações metabólicas e infecciosas (Singer et al., 2023; Berger & Pichard, 2022). Contudo, evidenciam também um importante “implementation gap”, com:

- utilização por vezes excessiva ou pouco criteriosa de NP;
- défices cumulativos de energia e proteína por interrupções frequentes da NE;
- risco real de overfeeding quando se combinam NE, NP e calorias não nutricionais;
- elevada incidência de complicações GI e lesões da mucosa oral, particularmente em doentes sob NP.

Neste contexto, o papel do enfermeiro é central para transformar recomendações em prática segura, assumindo-se como:

- profissional-chave na avaliação nutricional à cabeceira do doente;
- garante da precisão do registo do aporte efetivo e das interrupções;

- executor e coordenador da implementação técnica da NP e da monitorização de complicações;
- protagonista dos cuidados de mucosa oral e da vigilância GI, áreas pouco enfatizadas nas guidelines mas claramente associadas à NP na evidência disponível;
- elemento ativo na organização de protocolos, formação da equipa e melhoria contínua da qualidade em terapêutica nutricional.

BIBLIOGRAFIA

Berger, M. M., & Pichard, C. (2022). When is parenteral nutrition indicated? *Journal of Intensive Medicine*, 2, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2021.11.006>

Cehan, V.-D., Cehan, A.-R., Pui, M. C., & Lazar, A. (2025). A new perspective on overfeeding in the intensive care unit (ICU): Challenges, dangers and prevention methods. *Life*, 15, 828. <https://doi.org/10.3390/life15050828>

Fabiani, A., Dreas, L., Mazzaro, E., Trampus, E., Zanetti, M., Calabretti, A., Gatti, G., & Sanson, G. (2023). Adequacy of protein and calorie delivery according to the expected calculated targets: A day-by-day assessment in critically ill patients undergoing enteral feeding. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 36, 697–706. <https://doi.org/10.1111/jhn.13105>

Hill, A., Heyland, D. K., Elke, G., Schaller, S. J., Stocker, R., Haberthür, C., von Loeffelholz, C., Suchner, U., Puthucherry, Z. A., Bear, D. E., Ney, J., Clasen, K. C., Meybohm, P., Lindau, S., Laurentius, T., & Stoppe, C. (2020). Meeting nutritional targets of critically ill patients by combined enteral and parenteral nutrition: Review and rationale for the EFFORTcombo trial. *Nutrition Research Reviews*, 33, 312–320. <https://doi.org/10.1017/S0954422420000165>

JB. (2020). *JB Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>

Li, Y., & Liu, H. (2022). Application strategy and effect analysis of nutritional support nursing for critically ill patients in intensive care units. *Medicine*, 101(38), e30396. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030396>

Lopez-Delgado, J. C., Servia-Goixart, L., Grau-Carmona, T., Bordeje-Laguna, L., Portugal-Rodriguez, E., Lorenzo-Cardenas, C., Vera-Artazcoz, P., Macaya-Redin, L., Martinez-Carmona, J. F., Marin Corral, J., Flordelis-Lasierra, J. L., Seron-Arbeloa, C., de las Nieves Alcazar-Espin, M., Navas-Moya, E., Aldunate-Calvo, S., Nieto Martino, B., & Martinez de Lagran, I. (2023). Factors associated with the need of parenteral nutrition in critically ill patients after the initiation of enteral nutrition therapy. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1250305. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1250305>

Lesser, M. N. R., & Lesser, L. I. (2021). Nutrition support therapy. *American Family Physician*, 104(6), 580–588.

Ozdemir, E., & Kavakli, O. (2025). Risk factors for oral mucosal pressure injury associated with endotracheal tubes in intensive care unit patients: A single-centre

longitudinal study with brief follow-up. *Nursing in Critical Care*, 30, e70009.
<https://doi.org/10.1111/nicc.70009>

Ridley, E. J., Bailey, M., Chapman, M. J., Chapple, L.-A. S., Deane, A. M., Gojanovic, M., Higgins, A. M., Hodgson, C. L., King, V. L., Marshall, A. P., Miller, E. G., McGuinness, S. P., Parke, R. L., Paul, E., Udy, A. A., & Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group. (2025). The impact of a tailored nutrition intervention delivered for the duration of hospitalisation on daily energy delivery for patients with critical illness (INTENT): A phase II randomised controlled trial. *Critical Care*, 29, 8. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05189-3>

Singer, P., Reintam Blaser, A., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo-Gonzalez, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Szczeklik, W., van Zanten, A. R. H., & Bischoff, S. C. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42, 1671–1689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.06.021>

Tatucu-Babet, O. A., Nguo, K., Lambell, K. J., Romero, L., Earthman, C. P., & Ridley, E. J. (2022). Doubly labelled water for determining total energy expenditure in adult critically ill and acute care hospitalized inpatients: A scoping review. *Clinical Nutrition*, 41, 424–432. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.12.017>

Ünal Aslan, K. S. (2023). Examining the nutrition, oral mucositis, and gastrointestinal system symptoms of intensive care units patients receiving enteral and parenteral nutrition. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 34(8), 813–821. <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.22125>

**APÊNDICE II — GUIÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO — A
LIDERANÇA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem

18º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização Médico-Cirúrgica

(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Liderança em Enfermagem: Um guia para a coesão de equipas

Guião Sessão de Intervenção em Serviço

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Porto, outubro de 2025



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem

18º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização Médico-Cirúrgica

(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Liderança em Enfermagem: Um guia para a coesão de equipas

Guião Sessão de Intervenção em Serviço

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Sob a orientação do Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, outubro de 2025

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório do segundo ano do 18.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Universidade Católica Portuguesa – Polo do Porto. Enquadrado no projeto de estágio, este documento visa debruçar-se sobre uma temática onde foi encontrada necessidade de formação, num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, onde decorreu um dos dois estágios da Unidade Curricular, com a da Liderança em Enfermagem. Com elementos jovens e equipas recém-formadas, após discussão com os enfermeiros coordenadores, foi percebida a necessidade de orientação dos elementos a assumir cargos de liderança de forma a capacitá-los a desempenhar funções de chefia, com vista a uma melhor coesão de equipa, trazendo consigo cuidados de qualidade para os doentes.

Este documento é então um guião sistematiza dos principais conteúdos trabalhados nesta intervenção, propondo-se uma reflexão estruturada sobre a liderança. O documento organiza-se tendo em conta quatro eixos temáticos

- A Liderança: definição e conceitos

- Teorias clássicas

- Barreiras e desafios

- Conclusões

Ao longo deste guia serão revistas algumas questões colocadas no questionário de perceção sobre a liderança (APÊNDICE I), de forma a articular a teoria com as perspetivas dos profissionais de enfermagem sobre o tema.

A LIDERANÇA: DEFINIÇÃO E CONCEITOS

A liderança é um termo falado, ouvido e até mesmo discutido, na política, no ramo militar, em empresas ou até mesmo em instituições de saúde. Embora existam variadas perspectivas sobre a sua definição, Yukl (2013 p.2) afirma que a maior parte das definições reflete a existência de um processo em que há influência intencional exercida sobre outras pessoas para guiar, estruturar e facilitar atividades relacionadas com um grupo ou organização. Desenvolvendo esta ideia, afirma ainda que o líder tem a capacidade de definir objetivos, motivar a equipa, gerar confiança, organizar e coordenar atividades, alocar os recursos de forma inteligente, desenvolver capacidades dos liderados, partilhar conhecimentos, de forma a gerar um alinhamento coletivo em torno de metas compartilhadas.

Umas áreas onde a liderança assume um papel central é no ramo militar, sendo perceptível que tudo converge para a missão e para o sucesso coletivo, sendo a coesão da equipa e a confiança nos pares fatores determinantes para o cumprimento dos objetivos. Cada esforço e cada decisão são feitos em prol da equipa. Quando se transita para a vida civil, percebe-se que essa lógica poderá ser menos evidente, pese embora conceito seja transponível para outros contextos institucionais

No contexto militar, existe um valor que nos chama mais à atenção: “a camaradagem”. Com vista a uma liderança sólida, desde o primeiro dia, os recrutas são conduzidos a viver em função do grupo, tornando esta pequena comunidade mais coesa, através da aprendizagem de trabalho em grupo. Inerentemente, para o sucesso deste objetivo, a liderança deve ser forte, com um comando que consiga aglomerar um grupo de pessoas e transformá-lo numa equipa. Mas de que forma podemos aplicar este exemplo transversalmente a outras instituições?

TEORIAS CLÁSSICAS

No passado, a liderança foi suportada por uma **teoria dos traços** de personalidade, associada a características do indivíduo, pensando-se que estaria dependente de certas qualidades, sendo por isso mesmo inata. Traços como a inteligência, iniciativa, extroversão, agressividade, segurança em si mesmo, coragem, estabilidade emocional, ainda hoje são associados à imagem do Grande Homem. Esta abordagem tradicional, caiu quando se percebeu a dificuldade de isolar um conjunto “finito” de características que definiriam o líder (Parreira et al., 2013).

No final deste ponto serão analisadas as respostas às seguintes questões do questionário **percepção sobre a liderança**:

Primeira questão: Descreva um(a) líder (p. ex., colega, superior ou outro) que tenha marcado o seu percurso profissional. Quais práticas ou comportamentos o(a) distinguiram e que impacto tiveram em si, na coesão e desempenho da equipa?

Segunda questão: Quais são, na sua perspetiva, as três competências ou características essenciais de um(a) líder de equipa em Cuidados Intensivos? Para cada uma, apresente uma breve justificação e o respetivo impacto na equipa.

Deverá ser analisado em 3 pontos:

Nas Relações Interpessoais

Na predisposição para influenciar

Na realização de objetivos em comum

Parreira et al. (2013), escreve ainda que com White e Lippitt, em 1939, surge a **abordagem comportamental**. Procura-se explicar a liderança pelos estilos de comportamentos, não tendo em conta a personalidade do líder, resumindo esta temática a 3 estilos:

Autoritário – Muita preocupação com a tarefa e nenhuma preocupação com os colaboradores;

Liberal/Laissez-faire – Não impõe regras, dando total liberdade aos colaboradores. Há uma ideia de abandono.

Democrático – Prima-se a relação a nível interpessoal com o grupo.

Ainda dentro da abordagem comportamental, Yukl (2013 p.57) refere que em 1964, Blake e Mouton propuseram que os líderes efetivos têm uma grande consideração pelas pessoas e igualmente uma grande preocupação com a produção. Através de uma “grelha de gestão” (Figura 1), demonstram a sua teoria, nomeando cada tipo de líder

consoante os seus valores. Poderíamos assim assumir que a liderança tem uma natureza bidimensional, um dualismo entre eficiência e humanidade.

PREOCUPAÇÃO COM AS PESSOAS	9	(1-9)								(9-9)
	8	Simpático								Integrador
	7									
	6									
	5				(5-5)					
	4				Intermédio					
	3	Laissez-faire								
	2	Anémico								Autocrático
	1	(1-1)								(9-1)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
PREOCUPAÇÃO COM A TAREFA										

Figura 2 - Grelha de Gestão de Blake e Mouton (adaptada de Yukl, 2013)

Interpretando a grelha acima, concluímos o seguinte:

Líder Autocrático - Eficiência na definição de procedimentos e na organização do trabalho. Criadas estas condições, pressupõe-se que as pessoas produzam.

Líder Simpático - Dá ênfase às pessoas, às suas necessidades e relacionamentos conducentes a um clima organizacional gratificante e a um ritmo de trabalho cordial e consequente.

Líder Anémico (Laissez-faire) - Desempenho caracterizado por um esforço mínimo na execução e integração; apenas o suficiente para ser ainda considerado como membro da organização.

Líder Integrador - Obtém-se elevada sinergia pelo comprometimento das pessoas nos objetivos empresariais considerados de interesse comum. Os problemas são discutidos em profundidade de modo a conseguir consensos motivadores. Conduz a comportamentos de confiança e respeito mútuos.

Líder Intermédio - É uma situação de compromisso tendencialmente elevado. O equilíbrio entre produção e necessidades com um clima organizacional satisfatório.

Em suma, podemos concluir que esta abordagem depende apenas de duas variáveis: tarefa e subordinados. O ideal será conciliar as duas variáveis de forma harmoniosa, com um estilo integrador, sendo este o mais eficaz.

Ao desenvolver este tema, podemos encontrar uma nova visão, sendo ela uma **Abordagem Contingencial ou Situacional**. Parreira et al. (2013), refere que, não sendo

um processo unidirecional, a Liderança é influenciada tanto pelo líder como pelo liderado. Esta teoria, desenvolvida por Blanchard e Hersey, em 1992, baseia-se na ideia de que o estilo de liderança mais eficaz depende da maturidade dos subordinados e das características da situação, referindo que um líder eficaz é quem consegue diagnosticar corretamente o nível de maturidade e escolher o estilo de liderança mais adequado, conforme demonstrado na grelha abaixo (Figura 2).

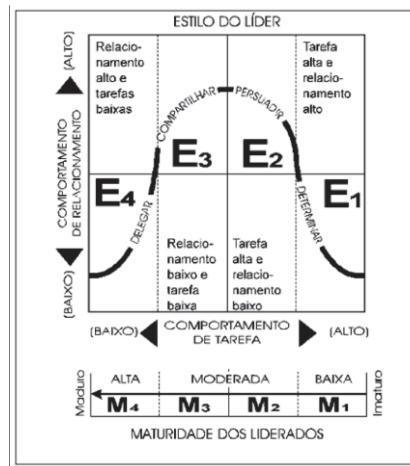


Figura 3 - Grelha de Maturidade e Estilos de Liderança (in: (Parreira et al., 2013))

Assim, a maturidade é a capacidade e a vontade das pessoas em assumir a responsabilidade do seu próprio comportamento. É importante salientar que as dimensões da maturidade são relacionadas com uma tarefa específica, não se aplicando a um grupo de pessoas, sendo uma abordagem mais pessoal. Em M1 o liderado não é capaz, e inseguro, M2 não é capaz, mas é confiante, M3 é capaz, porém inseguro, e em M4 é capaz e confiante. Posto isto, associamos, respetivamente o estilo de relacionamento, em que E1 deve-se determinar, em E2 persuadir, E3 compartilhar, E4 delegar (Parreira et al., 2013).

De uma forma mais sistematizada, na tabela seguinte podemos entender melhor as associações referidas:

Níveis de maturidade	M1	M2	M3	M4
	Não é capaz e não quer assumir	É incapaz de assumir responsabilidades,	É capaz mas não tem vontade de	É capaz de assumir a responsabilidade e,

	responsabilidades ou é inseguro Não empenhado nem competente	mas tem vontade ou confiança É empenhado mas incompetente	assumir responsabilidades ou é inseguro. Não é empenhado, mas é competente	simultaneamente tem vontade ou confiança. É empenhado e competente
Estilos de liderança apropriados	Estilo E1	Estilo E2	Estilo E3	Estilo E4
	Dar ordens Guiar Dirigir Estabelecer Proporciona instruções específicas e supervisão rígida; diz o que fazer, quando e como.	“Vender” Explicar Clarificar Persuadir Explica decisões e proporciona oportunidade para clarificar; dialoga; explica o “porquê”.	Participar Encorajar Colaborar Comprometer Partilha ideias, discute, apoia, facilita, leva à participação na tomada de decisões.	Delegar Observar Monitorar Delega as responsabilidades na tomada de decisões e na sua implementação; “dá a bola e deixa jogar”.

Tabela 1- Funcionamento do modelo de Hersey e Blanchard (Adaptado de Parreira et al., 2013)

Em 1978, James Burns, já havia elaborado a teoria de uma **Abordagem Transacional vs. Transformacional**, apelando aos valores morais, centrando-se no comprometimento mútuo. A liderança Transacional baseia-se na troca entre líderes e liderados, sendo que há uma recompensa do bom desempenho e correção de desvios, focando-se em metas, regras e resultados imediatos, não gerando uma mudança profunda, mas mantendo o funcionamento de uma organização. Por sua vez a abordagem Transformacional tem como fim a transformação dos liderados em líderes, permitindo uma relação de estímulo recíproco entre ambos (Yukl, 2013) p. 321. Podemos assim concluir que a liderança transacional gere o presente, enquanto a transformacional cria o futuro.

Mais tarde, em 1990, Bass e Avolio desenvolvem esta teoria, defendendo um *continuum* que definem como **Full Range Leadership Model**, relacionando a Liderança Transacional com a Transformacional (Yukl, 2013 p.322). Na tabela abaixo, podemos entender de modo resumido esta relação.

Laissez-Faire	Transacional		Transformacional			
	Gestão por Exceção	Recompensa Contingente	Consideração individualizada	Estimulação intelectual	Inspiração motivacional	Influência Idealizada
	Passiva	Ativa	<i>Caring</i>	<i>Thinking</i>	<i>Role Model</i>	<i>Carisma</i>

Tabela 2 - Full Range Leadership Model (adaptado de Yukl, 2013)

Em suma, desconstruindo a tabela podemos afirmar o seguinte:

Laissez-Faire: o líder adota uma postura passiva, abstendo-se de tentar influenciar os subordinados, intervindo apenas quando algo corre mal, representando uma ausência de liderança efetiva.

Liderança Transacional: centra-se na gestão e controlo, sendo caracterizada por relações de troca entre líder e liderados.

Segundo Yukl (2013), este tipo de liderança apoia-se em mecanismos de recompensa e correção, orientados para o desempenho e a conformidade.

Gestão por exceção (passiva ou ativa) foca-se em identificar erros, assegurando o cumprimento das normas e objetivos. Na passiva, aguarda que os problemas ocorram para que sejam tomadas ações corretivas. Na ativa o desempenho dos seguidores é monitorizado e são adotadas ações corretivas se estes não alcançam os padrões estabelecidos.

Recompensa contingente baseia-se na negociação de resultados e compensações conforme o desempenho demonstrado (exemplo do SIADAP).

Liderança Transformacional: como já referido visa inspirar, motivar e desenvolver os liderados, integrando quatro componentes fundamentais (Parreira et al., 2013):

Consideração Individualizada (*Caring*): atenção personalizada e apoio ao crescimento individual.

Estimulação intelectual (*Thinking*): incentivo à criatividade e ao pensamento crítico. É fomentada a resolução de problemas, lançando desafios estimulantes.

Inspiração motivacional (*Role Model*): o líder motiva através do exemplo e da visão partilhada, inspirando otimismo.

Influência idealizada (*Carisma*): o líder é admirado e respeitado, sendo fonte de confiança e identificação.

BARREIRAS E DESAFIOS

Na enfermagem, à semelhança de outras profissões onde existem hierarquias, a liderança tem como objetivo a coesão de equipas, por vezes multidisciplinares, fomentando um ambiente de trabalho produtivo e superando desafios, para responder ao objetivo primordial: suprir as necessidades dos utentes.

Posto isto é essencial que o enfermeiro, quando assume uma posição de chefia, seja sensível para perceber que a liderança depende de uma “aprendizagem social”, devendo ser treinada e aperfeiçoada, sendo influenciada por diversos fatores, intrínsecos ao líder (que deve conhecer-se), bem como ao contexto (deve conhecer o ambiente e os seus liderados) (Parreira et al., 2013).

Serão analisadas as respostas às seguintes questões do questionário **perceção sobre a liderança**:

Terceira questão: Qual é o principal fator que o(a) impulsiona a dar o seu melhor diariamente no exercício da liderança, mesmo perante desafios? Justifique brevemente a sua resposta.

Quarta questão: Para além da remuneração, que estratégias considera mais eficazes para promover e sustentar a motivação dos colaboradores e o sentido de pertença à equipa?

Quinta questão: Qual considera ser, presentemente, a principal barreira que impede a sua equipa de Cuidados Intensivos de alcançar o seu máximo potencial? Indique-a e descreva, sucintamente, medidas concretas para a sua superação.”

A liderança é amplamente reconhecida como um fator determinante e com impacto indireto na qualidade dos cuidados ao doente, através da motivação das equipas e na eficácia organizacional (Frederico, 2022; Solman, 2017). Pese embora a sua importância, muitos enfermeiros continuam a percecioná-la como uma tarefa complexa e desafiante, confundindo frequentemente o ato de liderar com a execução de tarefas técnicas ou de rotinas profissionais (Strapasson & Medeiros, 2009).

No contexto organizacional, os enfermeiros líderes enfrentam diversos desafios que podem comprometer o seu desenvolvimento e o das equipas. Entre os mais relevantes destacam-se as barreiras estruturais e institucionais, como hierarquias rígidas, culturas conservadoras resistentes à mudança e modelos de gestão tradicionais que limitam a autonomia e a valorização dos profissionais. A estas dificuldades juntam-se a escassez de recursos humanos e materiais, as restrições orçamentais e as infraestruturas deficitárias,

que dificultam a prestação de cuidados de qualidade. Soma-se ainda a excessiva centralização das decisões e a ineficiência nos canais de comunicação, fatores que fragilizam o papel dos líderes intermédios (Blanchard, 2023).

A comunicação é um elemento central da liderança e uma das áreas mais vulneráveis. Conflitos interpessoais, diferenças geracionais e divergências entre profissionais de distintas áreas constituem obstáculos frequentes nas equipas multidisciplinares. Mesmo as tecnologias de comunicação, embora úteis, podem criar novos desafios quando não são acompanhadas por competências relacionais adequadas (Costa et al., 2017).

Em termos profissionais, a sobrecarga de trabalho, o *burnout*, a baixa valorização e a acumulação de funções e responsabilidades são fatores críticos que condicionam o desempenho dos líderes. No plano psicossocial, sobressai a necessidade de desenvolver competências de gestão emocional, resiliência, inteligência emocional e gestão de conflitos, uma vez que a promoção de um ambiente de trabalho saudável continua a ser uma das maiores dificuldades (Ystaas et al., 2023).

De acordo com Lourenço(2021), as relações entre líderes e equipas nem sempre são harmoniosas, sendo a gestão de conflitos e a criação de um clima organizacional positivo desafios permanentes. A resistência à mudança surge, frequentemente, associada a fatores psicológicos e à dificuldade de adaptação a novas dinâmicas de trabalho. Para mitigar esses efeitos, torna-se essencial investir em estratégias de comunicação eficaz, na gestão da ansiedade organizacional e na implementação de processos de adaptação bem estruturados.

(Strapasson & Medeiros, 2009)Entre abordagens que se têm revelado mais eficazes em Enfermagem, destaca-se a liderança transformacional, que procura, como antes referido, inspirar e motivar as equipas, estimular o desenvolvimento individual e promover mudanças organizacionais positivas, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados. A comunicação assume aqui um papel fundamental, exigindo transparência, escuta ativa, feedback construtivo, assertividade e empatia. A existência de protocolos claros, formação contínua e respeito mútuo são igualmente essenciais para reforçar a coesão e a confiança entre os membros da equipa (Strapasson & Medeiros, 2009).

No que concerne à gestão de equipas, a motivação dos profissionais, a delegação eficaz de funções, o desenvolvimento de competências coletivas, a resolução de conflitos

e o trabalho colaborativo são estratégias fundamentais para prevenir a sobrecarga e fomentar a inovação. O *coaching*, em particular, tem sido reconhecido como uma das ferramentas eficaz para apoiar novos líderes, facilitando transições bem-sucedidas e o crescimento pessoal e profissional (Frederico, 2022).

A formação contínua constitui outro pilar essencial, possibilitando o aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, comunicacionais e de liderança, através de workshops, formações especializadas ou pós-graduações (Mondini et al., 2020; Ystaas et al., 2023).

Finalmente, o bem-estar profissional dos líderes e das equipas deve ser entendido como uma prioridade estratégica. A implementação de programas de saúde mental, apoio psicológico, estratégias de gestão de stress, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e iniciativas de reconhecimento contribuem para ambientes de trabalho mais saudáveis e produtivos, impactando positivamente a qualidade de cuidados e a eficácia organizacional Blanchard (2023).

CONCLUSÕES

Chegados ao final deste trabalho, podemos concluir que liderar em enfermagem é muito mais do que ocupar um cargo ou dar orientações. É cuidar de pessoas, que não devem ser apenas um grupo e sim uma equipa, com uma missão em comum. Liderar envolve um ato humano e relacional que exige presença, empatia e capacidade de visão além da tarefa.

Ao longo desta reflexão, percebemos que a liderança não é inata, mas aprendida, desenvolvida e aperfeiçoada ao longo de uma jornada. Ser líder implica autoconhecimento, humildade e disponibilidade para crescer com os pares e colaboradores. O enfermeiro que lidera deve saber ler o contexto, compreender as pessoas e ajustar o seu estilo à maturidade e às necessidades da equipa.

Entre as diferentes abordagens, a liderança transformacional destaca-se por promover equipas coesas, motivadas e comprometidas com a qualidade dos cuidados. Este é um tipo de liderança que inspira e faz crescer, que orienta pelo exemplo, estimula a superação e promove a garantia de futuros líderes. O modelo transformacional valoriza o ser humano como centro do processo, reconhecendo que cuidar da equipa não exige apenas qualidades técnicas, mas também de relação, empatia e propósito.

Consequentemente, o estilo de liderança influencia diretamente o ambiente da equipa, a motivação dos profissionais e a segurança e qualidade dos cuidados ao doente. Equipas lideradas com proximidade, escuta ativa e justiça demonstram mais coesão, satisfação e eficiência. O papel do enfermeiro líder é, por isso mesmo, determinante para a criação de ambientes de trabalho colaborativos, saudáveis e acima de tudo orientados para o bem comum.

Como mensagens chave podemos reter o seguinte:

Liderar em enfermagem é cuidar de pessoas através de pessoas – O foco da liderança deve ser sempre o bem-estar da equipa, garantindo cuidados de excelência ao utente;

O exemplo é a forma mais eficaz de influência – A coerência entre o que se diz e o que se faz é a mensagem mais inspiradora;

A comunicação é a base da liderança – a escuta ativa, o feedback empático, construtivo, participativo e regular mantém a equipa unida e funcional;

A liderança é aprendida e treinada – não se nasce líder, aprende-se através da prática, da reflexão e do autoconhecimento;

A liderança transformacional é a mais eficaz – motiva, desenvolve, inspira e cria equipas mais resilientes, colaborativas e seguras;

Um bom líder promove o crescimento dos colaboradores – quando se investe no desenvolvimento da equipa, todos crescem e o serviço melhora;

O poder do líder está na relação, não na hierarquia – é a confiança, não o posto ou cargo, que sustenta a autoridade.

Concluindo, liderar é dar sentido ao trabalho coletivo, reconhecer cada elemento como parte de um todo, com uma missão comum. É promover a **coesão das equipas num presente sólido, garantindo o futuro**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanchard, K. (2023). *Um nível superior de liderança (10ª edição)*. Leya.
- Costa, S. D., Silva, P. L. N., Gonçalves, R. P. F., Soares, L. M., Aguiar Filho, W., & Souto, S. G. T. (2017). O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 49–65. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.v11i67p6705-6718>
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. Em M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 149–156). Livraria Lidel – Edições Técnicas.
- Lourenço, A. O. O. S., da Silva, L., & Assoni, M. A. S. (2021). Os principais desafios dos enfermeiros na liderança em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(67), 6705–6711. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6705-6718>
- Mondini, C., Cunha, I., Trettene, A., Fontes, C., Bachega, M., & Cintra, F. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: Knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Gestão em organizações de saúde*.
- Solman, A. (2017). Nursing leadership challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 405–406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12507>
- Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228–233.
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8ª edição). PEARSON EDUCATION.

APÊNDICE I - Questionário de percepção sobre Liderança

QUESTIONÁRIO: LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

O meu nome é Enoque Guedes, sou estudante do 18.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica — Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola de Enfermagem Porto da Universidade Católica Portuguesa. Ao longo da minha carreira e formação enquanto oficial das Forças Armadas, a liderança assumiu um papel determinante. No âmbito do meu trabalho académico, procuro analisar esse conceito e os seus princípios aplicados à enfermagem. Pretendo refletir sobre a liderança, partilhando conhecimentos oriundos do contexto militar e adaptando-os com vista a reforçar a coesão das equipas e a eficácia do seu desempenho quotidiano. Este breve questionário foi concebido com o objetivo de adequar o conteúdo da sessão sobre liderança em enfermagem, tornando-o o mais pertinente, interativo e aplicável possível. A perspetiva dos participantes é essencial para o sucesso desta iniciativa; desde já agradeço a vossa colaboração e honestidade. A submissão deste formulário não implicará a recolha automática de dados pessoais (por exemplo, nome ou endereço de e-mail), exceto quando esses sejam facultados voluntariamente pelo respondente.

Descreva um(a) líder (p. ex., colega, superior ou outro) que tenha marcado o seu percurso profissional. Quais práticas ou comportamentos o(a) distinguiram e que impacto tiveram em si, na coesão e desempenho da equipa?

Quais são, na sua perspetiva, as três competências ou características essenciais de um(a) líder de equipa em Cuidados Intensivos? Para cada uma, apresente uma breve justificação e o respetivo impacto na equipa.

Qual é o principal fator que o(a) impulsiona a dar o seu melhor diariamente no exercício da liderança, mesmo perante desafios? Justifique brevemente a sua resposta.

Para além da remuneração, que estratégias considera mais eficazes para promover e sustentar a motivação dos colaboradores e o sentido de pertença à equipa?

Qual considera ser, presentemente, a principal barreira que impede a sua equipa de Cuidados Intensivos de alcançar o seu máximo potencial? Indique-a e descreva, sucintamente, medidas concretas para a sua superação

APÊNDICE II- Questionário de percepção da Sessão

Questão	Respostas	
Os objetivos da sessão foram apresentados de forma clara. (Avalie de 0 a 5)	5	5
Os conteúdos abordados são pertinentes para a prática de enfermagem. (Avalie de 0 a 5)	5	5
A sessão contribuiu para aprofundar a compreensão do conceito de liderança em enfermagem. (Avalie de 0 a 5)	5	5
A sessão contribuiu para a reflexão sobre o meu próprio estilo de liderança. (Avalie de 0 a 5)	4	5
De forma global, estou satisfeito(a) com a sessão sobre Liderança em Enfermagem. (Avalie de 0 a 5)	5	5
Na sua opinião, quais foram os aspetos mais positivos desta sessão?	Clareza, explanação dos conceitos de forma fluida e integrada no tema.	Troca de ideias, fundamentação teórica sobre técnicas de liderança, reflexão prévia sobre estilos de liderança
Que aspetos considera que poderiam ser melhorados em futuras sessões sobre liderança em enfermagem?	Fazer role-play sobre casos práticos e treinar as competências em ambiente mais próximo da realidade.	Discussão de casos práticos

**APÊNDICE III — APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM
SERVIÇO — LIDERANÇA**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Liderança em Enfermagem

Um guia para a coesão de equipas

Por Enf.º Enoque Guedes
Sob a orientação do Prof.º Doutor Vasco Neves

Agenda da Sessão

- Introdução
- 1 – A liderança: definição e conceitos
- 2 – Teorias clássicas de Liderança
- 3 – Barreiras e desafios na Liderança



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

05/

Introdução e Objetivos

- Contexto:
 - Estágio curricular.
- Objetivo geral:
 - Reforçar a coesão e a eficácia da equipa através de práticas de liderança.
- Metodologia:
 - Exploração da temática, com breve discussão guiada do questionário aplicado

A liderança: definição e conceitos

Definição

- Yukl (2013), afirma que a maior parte das definições reflete a existência de um **processo** em que há **influência intencional** exercida sobre outras pessoas para **guiar, estruturar e facilitar** atividades relacionadas com um **grupo ou organização**.

O ramo militar e o termo “liderança”

Na vida militar, tudo gira em torno da missão e do sucesso coletivo. Cada esforço e cada decisão são feitos em nome da equipa. Mas quando se transita para a vida civil, percebe-se que essa lógica não está tão presente.

- Temática transversal às instituições
 - Política
 - Desporto
 - Empresas
 - Instituições de Saúde
- O valor da camaradagem
 - ...desde o primeiro dia, os recrutas são conduzidos a viver em função do grupo, tornando esta pequena comunidade mais coesa, através da aprendizagem de trabalho em grupo.

Yukl (2013)

Teorias clássicas da liderança



Teorias clássicas de Liderança

Evolução das Teorias

- Abordagem dos Traços de Personalidade
- Abordagem Comportamental
- Abordagem Situacional
- Liderança Transacional e Transformacional



Teoria dos Traços de Personalidade

- Postulava que a liderança era inata, dependendo de qualidades específicas como inteligência ou iniciativa (Parreira et al., 2013).
- Ideia do “Grande Homem”! Mas quais as suas características?

QUESTÃO 1

- Descreva um(a) líder que tenha marcado o seu percurso profissional. Quais práticas ou comportamentos o(a) distinguiram e que impacto tiveram em si, na coesão e desempenho da equipa?

Temas-chave	Síntese	Impacto percebido
Trabalho em equipa e coesão; Comunicação feedback; Foco no doente	Líderes com escuta ativa, calma e clareza; promovem entreajuda e dão o exemplo no cuidado centrado no doente.	Mais coesão, confiança nas decisões, ambiente seguro para aprender.
As observações dos participantes destacam serenidade, humildade, entreajuda e orientação clínica próxima.		

QUESTÃO 2

- Quais são, na sua perspectiva, as três competências ou características essenciais de um(a) líder de equipa em Cuidados Intensivos? Para cada uma, apresente uma breve justificação e o respetivo impacto na equipa.

Temas-chave	Síntese	Impacto percebido
Comunicação & feedback; Trabalho em equipa; Propósito/impacto no doente	Transparência na comunicação + alinhamento da equipa + foco no doente = liderança eficaz.	Decisões mais rápidas e partilhadas; menos conflito; melhores resultados em segurança/qualidade.

Exemplos referidos: dar feedback regular, clarificar prioridades, promover participação nas decisões.



Teoria dos Traços de Personalidade

- Esta abordagem transicional, caiu quando se percebeu a dificuldade de isolar um conjunto “finito” de características que definiriam o líder (Parreira et al., 2013).



Abordagem Comportamental

- Introduzida em 1939 por White e Lippit, focava-se nos estilos de comportamento do líder em vez da sua personalidade (Parreira et al., 2013)
- Definição de 3 tipos:
 - Autoritário
 - Liberal/Laissez-faire
 - Democrático

Abordagem Comportamental

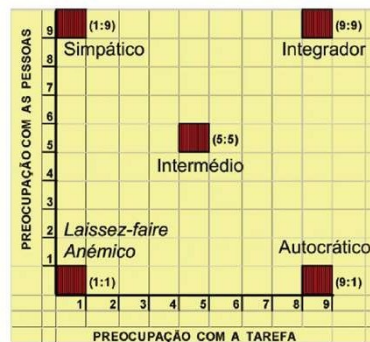
- Autoritário
 - Muita preocupação com a tarefa e nenhuma com os colaboradores;
- Liberal/Laissez-faire
 - Não impõe regras, dando total liberdade aos colaboradores. Há uma ideia de abandono.
- Democrático
 - Prima-se a relação a nível interpessoal com o grupo

Abordagem Comportamental

- Em 1964, Blake e Mouton propuseram que os líderes efetivos têm uma grande consideração com a produção (Yukl, 2013, p. 57)

Abordagem

- A grelha de gestão ilustra a natureza bidimensional, equilibrando eficácia e humanidade (Yukl, 2013, p. 57).



Abordagem Comportamental

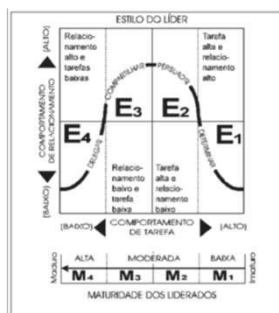
- Esta abordagem depende apenas de duas variáveis: tarefa e subordinados.
- O ideal será conciliar as duas variáveis de forma harmoniosa, com um estilo integrador, sendo este o mais eficaz.

Abordagem Situacional

- Desenvolvida por Blanchard e Hersey em 1992, defendia que a eficácia de um estilo de liderança dependia da maturidade dos subordinados e das características da situação (Parreira et al., 2013).

Abordagem Situacional

- O modelo associa quatro níveis de maturidade dos colaboradores a quatro estilos de liderança, sugerindo que um líder eficaz adapte seu estilo à maturidade de sua equipe.



(Parreira et al., 2013).

Abordagem Situacional

	M1	M2	M3	M4
Níveis de maturidade dos colaboradores	Não é capaz e não quer assumir responsabilidades ou é inseguro Não empenhado nem competente	É incapaz de assumir responsabilidades, mas tem vontade ou confiança É empenhado, mas incompetente	É capaz mas não tem vontade de assumir responsabilidades ou é inseguro. Não é empenhado, mas é competente	É capaz de assumir responsabilidade e, simultaneamente tem vontade ou confiança. É empenhado e competente
Estilos de liderança	Estilo E1 Dar ordens Guiar Dirigir Estabelecer Proporciona instruções específicas e supervisão rígida; diz o que fazer, quando e como.	Estilo E2 Vender* Explicar Clarificar Persuadir Explica decisões e proporciona oportunidade para clarificar; dialoga; explica o "porquê".	Estilo E3 Participar Encorajar Colaborar Comprometer Partilha ideias, discute, apoia, facilita, leva à participação na tomada de decisões.	Estilo E4 Delegar Observar Monitorizar Delega as responsabilidades na tomada de decisões e na sua implementação; "dá a bola e deixa jogar".

(Parreira et al., 2013)

Abordagem Situacional

- Chave: O líder eficaz diagnosticará corretamente o nível de maturidade de sua equipa e adaptará seu estilo em consequência.



Liderança Transacional e Transformacional

- Em 1978, James Burns, já havia elaborado a teoria de uma Abordagem Transacional vs. Transformacional, apelando aos valores morais, centrando-se no comprometimento mútuo (Yukl, 2013, p. 321).



Liderança Transacional e Transformacional

- Em 1990, Bass e Avolio desenvolveram o continuum “Full Range Leadership Model” (Yukl, 201, p 321).

Laissez-Faire	Transacional		Transformacional (4 I's)			
	Gestão por Exceção	Recompensa Contingente	Consideração individualizada	Estimulação intelectual	Inspiração motivacional	Influência Idealizada
	Passiva	Ativa	Caring	Thinking	Role Model	Carisma

Teorias Clássicas de Liderança

- Mudança de Ponto de Vista
 - A evolução das teorias de liderança reflete um deslocamento progressivo do foco:
 - Do líder (quem era) para as ações (o que fazia);
 - Das características pessoais para as interações sociais;
 - De uma visão estática para uma visão dinâmica do líder.

Este conceito é transferível para a
Enfermagem?

Na Enfermagem

O objetivo é também:

- Coesão de equipa
- Ambiente de trabalho produtivo
- Suprir as necessidades do utente
- Motivar a equipa
- Organizar e coordenar
- Desenvolver capacidades

O Papel do Enfermeiro Líder

- APRENDIZAGEM SOCIAL
 - A liderança deve ser treinada e aperfeiçoada, sendo constante o desenvolvimento de competências, a adaptação a novas situações, compreendendo as dinâmicas do grupo (Parreira et al., 2013).

O Papel do Enfermeiro Líder

- Fatores que influenciam a eficácia
 - Intrínsecos
 - Conhecimento e si mesmo
 - Auto-consciência
 - Auto-reflexão
 - Contextuais
 - Conhecimento:
 - Do ambiente
 - Dos subordinados

(Parreira et al., 2013)

Barreiras e desafios na liderança

Desafios de Liderança em Enfermagem

- Barreiras estruturais e institucionais
 - Hierarquias rígidas e culturas conservadoras
 - Modelos de gestão tradicionais que limitam a autonomia
 - Escassez de recursos humanos e materiais

(Blanchard, 2023)

Desafios de Liderança em Enfermagem

- Barreiras comunicacionais
 - Conflitos interpessoais e diferenças geracionais
 - Divergências entre profissionais de distintas áreas
 - Desafios criados pelas tecnologias de comunicação

(Costa et al., 2017)

Desafios de Liderança em Enfermagem

- Barreiras profissionais
 - Sobrecarga de trabalho e burnout
 - Acumulação de funções e responsabilidades
 - Baixa valorização do trabalho de liderança

(Ystaas et al., 2023)

Desafios de Liderança em Enfermagem

- Barreiras psicossociais
 - Desenvolvimento de competências de gestão emocional
 - Dificuldades na gestão de conflitos
 - Resistência à mudança e adaptação a novas dinâmicas

(Ystaas et al., 2023)



QUESTÃO 3

- Qual é o principal fator que o(a) impulsiona a dar o seu melhor diariamente no exercício da liderança, mesmo perante desafios?

Temas-chave	Síntese	Impacto percebido
Propósito e impacto no doente; Espírito de equipa; Recursos/carga de trabalho	Sentido de missão e ver a melhoria no doente são o principal motor; coesão reforça; cargas elevadas travam.	Resiliência aumenta quando o trabalho tem significado e há apoio entre pares.
Motivação intrínseca (dever/propósito) citada como principal; barreiras: excesso de trabalho e limitações de recursos.		



QUESTÃO 4

- Para além da remuneração, que estratégias considera mais eficazes para promover e sustentar a motivação dos colaboradores e o sentido de pertença à equipa?

Temas-chave	Síntese	Impacto percebido
Gestão de recursos/horários; Coesão & envolvimento; Reconhecimento	Flexibilizar escalas; envolver nas decisões; reconhecer contribuições.	Melhor clima de equipa e sentimento de pertença com feedback e reconhecimento frequentes.
Ações sugeridas: feedback estruturado; momentos de partilha; planos de desenvolvimento/mentoria; simplificação de processos.		

QUESTÃO 5

- Qual considera ser, presentemente, a principal barreira que impede a sua equipa de Cuidados Intensivos de alcançar o seu máximo potencial?

Temas-chave	Síntese	Impacto percebido
Dinâmica de equipa Carga de trabalho/escassez; Comunicação/feedback	Equipas jovens/desalinhas + excesso de tarefas minam motivação; falta de feedback agrava.	Medidas: integração/mentoria estruturada, ajuste de dotação/escala, reuniões curtas de alinhamento, ciclos de feedback frequentes.
Barreiras descritas: desmotivação por excesso de trabalho/processos; pouca integração e pouco feedback prático.		

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- Liderança Transformacional
 - Inspira e motiva as equipas, estimula o desenvolvimento individual e promove mudanças organizacionais positivas, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados (Lourenço, 2021).

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- Comunicação Eficaz
 - Transparência, escuta ativa, feedback construtivo, assertividade e empatia são fundamentais. Protocolos claros, formação contínua e respeito mútuo reforçam a coesão e a confiança (Lourenço, 2021).

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- Gestão de Equipa
 - Motivação dos profissionais, delegação eficaz de funções e desenvolvimento de competências coletivas. Resolução de conflitos e trabalho colaborativo para prevenir a sobrecarga (Frederico, 2022).

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- Formação Contínua
 - Aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, comunicacionais e de liderança através de workshops, formações especializadas ou pós-graduações (Mondini et al., 2020; Ystaas et al., 2023).

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- Bem-Estar Profissional
 - Implementação de programas de saúde mental e apoio psicológico. Estratégias de gestão de stress e equilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Iniciativas de reconhecimento para criar ambientes de trabalho mais saudáveis (Blanchard, 2023).

Estratégias eficazes

Abordagens para superar os desafios de liderança em enfermagem

- *Coaching*
 - Ferramenta eficaz para apoiar novos líderes, facilitando transições bem-sucedidas e o crescimento pessoal e profissional (Frederico, 2022).

Conclusões e mensagens a reter



Conclusão

Liderar em enfermagem é muito mais do que ocupar um cargo ou dar orientações.

- Cuidar de pessoas através de pessoas
 - A liderança visa o bem-estar da equipa para garantir a excelência dos cuidados
- Liderança é aprendida e treinada
 - A liderança aperfeiçoa-se com a prática e reflexão
- Comunicação é a base
 - A escuta ativa e o *feedback* construtivo são cruciais para manter a equipa unida.
- Liderança transformacional
 - O estilo transformacional cria equipas mais resilientes e colaborativas.



Mensagens chave a reter

7 princípios fundamentais para um líder eficaz em enfermagem

- Liderar em enfermagem é cuidar de pessoas através de pessoas
- O exemplo é a forma mais eficaz de influência
- A comunicação é a base da liderança
- A liderança é aprendida e treinada



Mensagens chave a reter

7 princípios fundamentais para um líder eficaz em enfermagem

- A liderança transformacional é a mais eficaz
- Um bom líder promove o crescimento dos colaboradores
- O poder do líder está na relação, não na hierarquia



Q&A

Grato pela vossa atenção



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

05/05/2026 47

Bibliografia

- Blanchard, K. (2023). Um nível superior de liderança (10ª edição). Leya.
- Costa, S. D., Silva, P. L. N., Gonçalves, R. P. F., Soares, L. M., Aguiar Filho, W., & Souto, S. G. T. (2017). O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 49–65. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.v11i67p6705-6718>
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. Em M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 149–156). Livraria Lidel – Edições Técnicas.
- Lourenço, A. O. O. S., da Silva, L., & Assoni, M. A. S. (2021). Os principais desafios dos enfermeiros na liderança em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(67), 6705–6711. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6705-6718>
- Mondini, C., Cunha, I., Trettene, A., Fontes, C., Bachega, M., & Cintra, F. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: Knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). Gestão em organizações de saúde. Solman, A. (2017). Nursing leadership challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 405–406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12507>
- Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228–233.
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>
- Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8ª edição). PEARSON EDUCATION.



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

05/

**APÊNDICE IV — REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA —
LIDERANÇA EM ENFERMAGEM EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR**

O Impacto do treino de competências de liderança em enfermeiros no contexto extra-hospitalar

Revisão de literatura

RESUMO

Introdução: A liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar assume particular relevância devido à imprevisibilidade dos cenários, limitação de recursos, pressão temporal e necessidade de coordenação contínua entre profissionais e instituições.

Objetivo: Identificar as competências de liderança relevantes para enfermeiros em contexto extra-hospitalar e compreender o impacto do treino dessas competências nos cuidados prestados.

Metodologia: Revisão da literatura orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram considerados estudos publicados entre 2021 e 2026, em português ou inglês, envolvendo enfermeiros em contexto extra-hospitalar ou transporte de doente crítico.

Resultados: Foram incluídos cinco estudos, dois dos quais quantitativos com enfermeiros do atendimento pré-hospitalar, um quantitativo com prestadores de cuidados pré-hospitalares em centros de ambulância e dois qualitativos, um no pré-hospitalar móvel e outro em contexto tático-militar. A liderança foi descrita sobretudo através de competências comportamentais observáveis, com destaque para comunicação, feedback, influência e apoio à equipa. Verificou-se associação entre liderança coaching e empoderamento estrutural. Foram ainda identificados fatores sistémicos com impacto no desempenho e bem-estar profissional, como sobrecarga de trabalho, falta de recursos, informação inadequada, conflitos com chefias e violência no local de trabalho. Em contexto tático, salientaram-se ainda a formação, a gestão de recursos e a coordenação em ambientes hostis.

Conclusão: A liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar deve ser compreendida de forma integrada, articulando competências não técnicas, condições organizacionais e fatores psicossociais. A evidência disponível sustenta a pertinência de programas de treino centrados em comunicação operacional, gestão de conflitos, coordenação interinstitucional, simulação e *debriefings* regulares, embora persistam lacunas quanto ao impacto direto desse treino em *outcomes* clínicos, organizacionais e de segurança.

ABSTRACT

Introduction: Leadership in extra-hospital nursing is particularly relevant due to the unpredictability of care settings, limited resources, time pressure, and the need for continuous coordination among professionals and institutions.

Objective: To identify the leadership competencies required for nurses working in extra-hospital settings and to understand the impact of training these competencies on care delivery.

Methodology: A literature review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. Searches were performed in PubMed, Scopus, and Web of Science, applying predefined inclusion and exclusion criteria. Studies published between 2021 and 2026, in Portuguese or English, involving nurses in extra-hospital care or critical patient transport were considered.

Results: Five studies were included, two of those quantitative studies with pre-hospital nurses, one quantitative study with pre-hospital care providers in ambulance centers, and two qualitative studies, one in mobile pre-hospital care and one in tactical settings. Leadership was mainly described through observable behavioral competencies, particularly communication, feedback, influence, and team support. An association between coaching leadership and structural empowerment was identified. Systemic factors affecting professional performance and well-being were also reported, including workload, lack of resources, inadequate information, conflicts with leaders, and workplace violence. In tactical settings, training, resource management, and coordination in hostile environments also emerged as relevant dimensions.

Conclusion: Leadership in extra-hospital nursing should be understood in an integrated way, combining non-technical competencies, organizational conditions, and

psychosocial factors. The available evidence supports the relevance of training programs focused on operational communication, conflict management, interinstitutional coordination, simulation, and regular debriefings, although important gaps remain regarding the direct impact of such training on clinical, organizational, and safety outcomes.

INTRODUÇÃO

Embora existam várias perspectivas sobre a definição de liderança, Yukl (2013) refere que a maioria das definições converge na existência de um processo de influência intencional, exercido sobre outras pessoas, com o propósito de orientar, estruturar e facilitar atividades relacionadas com um grupo ou organização. Esta conceptualização enquadra a liderança como um fenómeno relacional e comportamental, expresso em interações e decisões que moldam o desempenho coletivo.

Assim, as características associadas à eficácia do líder são em grande parte relacionais e contextuais, pelo que podem ser desenvolvidas por via de treino e aprendizagem (Brites Zangão et al., 2024). Em enfermagem, esta premissa assume particular relevância, dado que a liderança se traduz frequentemente na coordenação de equipas, gestão de prioridades e de situações clínicas complexas.

No contexto de emergência extra-hospitalar, a variabilidade do cenário, limitação de recursos e a escassez de tempo, intensificam a exigência de coordenação dos cenários em tempo real. No quadro das competências interpessoais e relacionais, o espírito de liderança e capacidade de trabalho em equipa tornam-se então competências exigidas ao enfermeiro na emergência pré-hospitalar, já que contribuem enquanto elementos estruturantes para a organização de cuidados e para a segurança da equipa (Coimbra et al., 2021). Todavia, apesar do reconhecimento da sua importância, permanece a necessidade de compreender com maior atenção quais as competências de liderança mais relevantes neste contexto específico. Também é igualmente importante clarificar de que forma o treino dessas competências pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em termos de coordenação, segurança e eficácia das equipas. É neste quadro que se justifica a presente revisão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A realidade extra-hospitalar tende a intensificar a carga cognitiva e emocional das equipas, aumentando o risco de falhas, sobretudo quando existem fragilidades na comunicação, na clarificação de papéis e na articulação entre equipas e serviços. Além do mais, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doença crónica têm contribuído para uma maior complexidade clínica e operacional na emergência médica. Reforça-se assim, a necessidade de preparação mais especializada dos

profissionais que atuam na rua, através de uma liderança que impulse a capacitação profissional, empoderamento dos colaboradores e com uma prática baseada na evidência (Coimbra et al., 2021).

A literatura em emergência tem vindo a sublinhar que, para além de competências técnicas robustas, o desempenho seguro em situações críticas depende de competências não técnicas, como comunicação, consciência situacional, tomada de decisão sob pressão, liderança e gestão de conflitos. O fraco desempenho nestes domínios associa-se a piores resultados em cenários críticos e tem sido identificado como área prioritária de treino em equipas de emergência (Hunziker et al., 2011; Larsen, Beier-Holgersen, Meelby, et al., 2018; Larsen, Beier-Holgersen, Østergaard, et al., 2018). Em contextos de maior stress, descreve-se igualmente uma relação entre competências não técnicas e desempenho técnico, sugerindo que a capacidade do líder para organizar tarefas, gerir prioridades e manter a equipa funcional pode influenciar a execução técnica durante eventos críticos, como a reanimação (Krage et al., 2017).

No âmbito específico do extra-hospitalar, a liderança pode ser compreendida não apenas como atributo individual, mas como competência relacional e organizacional, expressa como os profissionais comunicam, distribuem tarefas, sustentam decisões e mantêm a equipa funcional em cenários de incerteza. Entre os modelos aplicados à enfermagem, a liderança coaching tem vindo a destacar-se por permitir uma abordagem operacionalizável do exercício da liderança, assente em dimensões observáveis e potencialmente treináveis, nomeadamente a comunicação eficaz e em circuito fechado, dando e recebendo *feedback*, o exercício de influência e empoderamento e apoio à equipa orientado para resultados. Esta perspetiva torna-se particularmente útil em contextos onde a atuação depende da coordenação rápida entre elementos da equipa e da capacidade de alinhar objetivos em tempo real (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025).

A análise da liderança em contexto extra-hospitalar exige uma leitura que ultrapasse a dimensão estritamente comportamental. O desempenho do enfermeiro líder é também condicionado pelas estruturas organizacionais que enquadram a prática, incluindo o acesso a informação, suporte, recursos, oportunidades e formas de poder formal e informal. Nesse sentido, o conceito de empoderamento estrutural oferece um referencial relevante para compreender em que medida as condições institucionais favorecem ou limitam a autonomia, a coordenação e a eficácia profissional. A articulação entre liderança e condições estruturais é particularmente pertinente em contextos

assistenciais marcados pela pressão temporal, dependência de interfaces e necessidade de resposta integrada (Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

Para além das dimensões comportamentais e organizacionais, a prática extra-hospitalar decorre frequentemente sob exposição a riscos psicossociais significativos. O stress ocupacional e a violência no local de trabalho constituem fenómenos relevantes neste domínio, não apenas pelos seus efeitos no bem-estar dos profissionais, mas também pelo impacto no funcionamento da equipa, na comunicação e na continuidade de cuidados. No estudo de Alehegn et al. (2024), quase metade dos prestadores de cuidados pré-hospitalares em centros de ambulância apresentava stress ocupacional, associado sobretudo a sobrecarga de trabalho, escassez de recursos, medo de errar, conflito com chefias e informação inadequada do despacho. De forma complementar, Sé et al. (2023) descrevem a violência laboral como fenómeno que pode ser verbal, psicológica, física ou sexual, praticado por doentes, populares, colegas ou superiores, e que pode ainda decorrer de aspetos do próprio processo de trabalho, como a sobrecarga e a privação de necessidades básicas. Estes riscos não devem, por isso, ser entendidos como periféricos, mas como componentes do próprio contexto de trabalho, com implicações diretas na segurança, no desempenho e na sustentabilidade da prática clínica.

Em contextos de maior complexidade operacional, como o atendimento pré-hospitalar tático, a liderança adquire contornos adicionais. Para além da coordenação clínica imediata, exige-se a capacidade de gestão logística, articulação interinstitucional, treino de equipas, bem como adaptação a ambientes hostis e recursos escassos. Nestes cenários, a liderança deixa de se restringir à condução da resposta clínica e passa a integrar funções de preparação, organização e sustentação da equipa em condições extremas (Souza et al., 2026).

Assim, a liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar deve ser compreendida de forma integrada, articulando competências não técnicas treináveis, condições organizacionais da prática e fatores psicossociais inerentes ao terreno. Este enquadramento sustenta a pertinência de analisar quais as competências de liderança mais relevantes neste contexto de trabalho e de que forma o seu treino poderá influenciar a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O objetivo desta revisão foi identificar quais as competências de liderança que um enfermeiro que atue no ambiente extra-hospitalar deve ter, compreendendo também qual o impacto do treino das mesmas nos cuidados prestados. A questão de investigação foi elaborada tendo em conta os participantes (P), o conceito (C) e o contexto (C), sendo:

“Qual é o impacto do treino de competências de liderança em enfermeiros no contexto extra-hospitalar?”

Estratégia PCC:

Participantes (P) – enfermeiros com atividade assistencial extra-hospitalar

Conceito (C) – treino de competências de liderança

Contexto (C) – cuidados de enfermagem em ambiente extra-hospitalar

METODOLOGIA

Esta revisão teve como referência a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de literatura, seguindo as orientações para formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão, estratégias de pesquisa, seleção dos estudos e extração de dados (Joanna Briggs Institute, 2017).

Seguindo estas diretrizes, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, com o objetivo de identificar revisões prévias sobre o tema do treino de competências de liderança em enfermagem, clarificar terminologia e reforçar a pertinência da presente revisão.

Critérios de inclusão

Estudos publicados entre 2021 e 2026;

Estudos primários e secundários;

Participantes: enfermeiros em cuidados extra-hospitalares e/ou transporte de doente crítico;

Artigos sobre treino/desenvolvimento de liderança;

Estudos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões;

Texto integral disponível;

Artigos em inglês ou português.

Critérios de exclusão

Estudos exclusivamente em contexto intra-hospitalar;

Artigos de opinião ou guidelines;

Estudos que não abordem enfermeiros.

A qualidade metodológica dos artigos incluídos foi avaliada com recurso às Critical Appraisal Tools do JBI, de acordo com o tipo de estudo (Joanna Briggs Institute, 2017).

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Numa primeira fase, procedeu-se a uma pesquisa exploratória nas bases de dados referidas, com leitura inicial de títulos e resumos, visando compreender a terminologia utilizada na área e identificar descritores relevantes. Numa segunda fase, foi realizada a pesquisa estruturada nas bases PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando a combinação de termos:

(nurs AND leadership) AND (“Pre-Hospital Care” OR “Patient Transfer”)

Foram aplicados filtros para restringir os resultados a publicações entre 2021 e 2026, em inglês ou português. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, todos os

artigos foram analisados por título e resumo. Os estudos potencialmente elegíveis foram selecionados para leitura integral.

A extração de dados foi realizada manualmente a partir dos artigos selecionados. Inicialmente, registaram-se informações gerais de cada estudo. Seguidamente, extraíram-se os dados específicos relacionados com competências de liderança e impacto associado, organizando-os por categorias temáticas correspondentes aos domínios principais.

Foram identificados 239 artigos sem filtros (65 na PubMed, 66 na Scopus e 109 na Web of Science). Após aplicação de filtros, o número foi reduzido para 76 artigos (18 na PubMed, 25 na Scopus e 33 na Web of Science). Procedeu-se à remoção de 21 duplicados, seguida da leitura de títulos e resumos dos artigos restantes. Nesta fase, 50 artigos foram excluídos por não responderem aos critérios de inclusão. No total, 5 artigos foram lidos na íntegra e incluídos na amostra final para extração e análise de dados. O diagrama PRISMA reflete este processo.

O diagrama PRISMA abaixo demonstra o processo descrito.

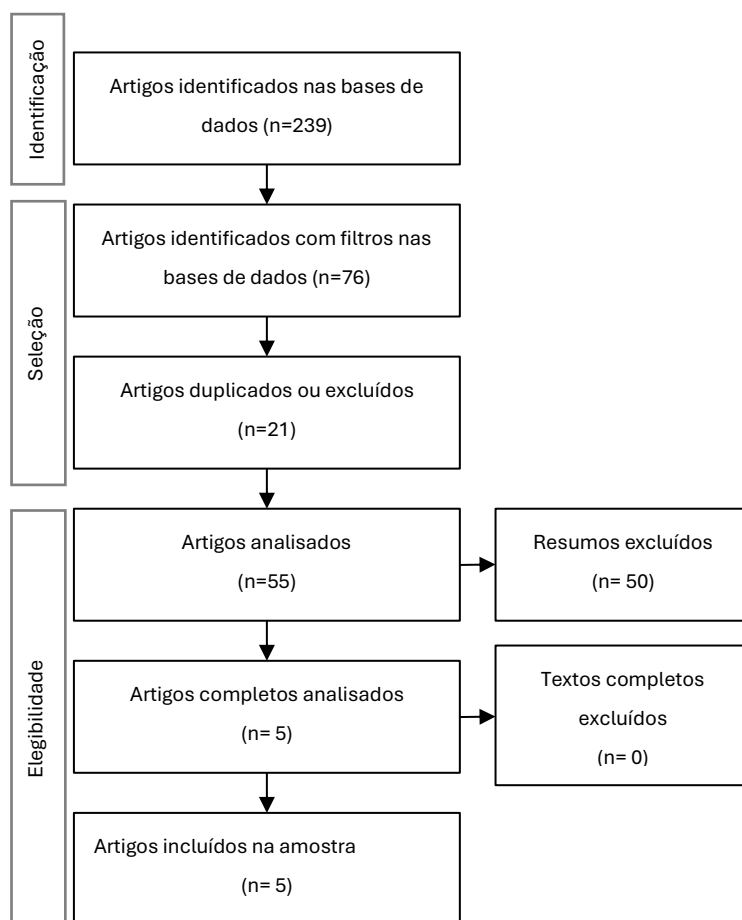


Figura 4 - Diagrama Prisma

RESULTADOS

Foram incluídos cinco estudos: dois quantitativos com enfermeiros do atendimento pré-hospitalar (n=79 em ambos), um estudo quantitativo com prestadores de cuidados pré-hospitalares em centros de ambulâncias (n=134), e dois estudos qualitativos, um com enfermeiros do pré-hospitalar (n=67) e outro com profissionais de enfermagem militar e forças auxiliares em contexto tático (n=15) (Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Souza et al., 2026; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

Nos dois primeiros estudos quantitativos realizados, a liderança coaching foi avaliada através do QUAPEEL (Questionário de Autopercepção do Enfermeiro no Exercício da Liderança), instrumento que avalia a percepção do enfermeiro relativamente ao exercício da liderança em quatro dimensões. São elas a comunicação, dar e receber feedback, delegar poder/exercer influência e apoiar a equipa para alcançar resultados (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

No estudo observacional analítico, o score total médio do QUAPEEL foi de 83,89/100, com desvio padrão (DP) de 10,44, sugerindo autopercepção global elevada de liderança coaching. As médias por domínios, numa escala de 0 a 25, foram: comunicação com 22,27 (DP= 2,25), dar e receber feedback com 21,72 (DP=2,60), delegar poder/exercer influência com 20,85 (DP=3,23) e apoiar a equipa para alcançar resultados com 18,85 (DP=4,80). Entre as dimensões avaliadas, a comunicação apresentou a média mais elevada e o apoio à equipa para alcançar resultados a média mais baixa. No mesmo estudo, não foram reportadas correlações estatisticamente significativas entre os scores do QUAPEEL, quer totais, quer por domínios, e a idade, o tempo de profissão ou no serviço. Foram, contudo, identificadas associações estatisticamente significativas pontuais entre sexo masculino e a dimensão “apoiar a equipa para alcançar resultados” ($p=0,044$), entre contrato a termo e a dimensão “comunicação” ($p=0,043$) e entre a ausência de outro vínculo laboral e melhores valores na dimensão “comunicação” ($p<0,001$) (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

No estudo correlacional, foi analisada a relação entre liderança coaching e empoderamento estrutural, entendido como o conjunto de condições organizacionais que favorecem a eficácia profissional, nomeadamente acesso a oportunidades, informação,

suporte, recursos, poder formal e poder informal. Para este efeito foi utilizado o CET-II (*Conditions of Effectiveness at Work II*), instrumento que permite avaliar essas condições estruturais do contexto de trabalho. Foi reportada uma correlação positiva entre o score total do QUAPEEL e o score total do CET-II ($R=0,376$; $p<0,001$), indicando associação entre níveis mais elevados de liderança coaching e melhor percepção das condições estruturais de trabalho (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025).

Ao nível dos domínios, a dimensão comunicação apresentou correlações com todas as dimensões do CET-II e com o score total, incluindo correlação com recursos ($r=0,477$; $p<0,001$) e com o CET-II total ($r=0,467$; $p<0,001$). A dimensão dar e receber feedback apresentou correlação com o CET-II total ($r=0,366$; $p<0,001$), não tendo sido reportada correlação com poder informal. A dimensão delegar poder/exercer influência apresentou correlação com poder formal ($r=0,246$; $p=0,029$), sem correlação estatisticamente significativa com o score total do CET-II. A dimensão apoiar a equipa para alcançar resultados apresentou correlações com suporte ($r=0,246$; $p=0,029$), poder formal ($r=0,314$; $p=0,005$) e CET-II total ($r=0,272$; $p=0,015$). Para o score total do QUAPEEL, foram ainda reportadas associações com informação, suporte, recursos e poder formal, sem correlações estatisticamente significativas com oportunidades ($p=0,056$) nem com poder informal ($p=0,747$) (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025).

No estudo realizado em centros de ambulância, o stress ocupacional foi avaliado pela Nursing Stress Scale, tendo sido reportada uma prevalência de 47%. O estudo apresenta esta estimativa com intervalo de confiança a 95% (IC95%) de 38,2 a 55,8, isto é, com uma margem de precisão estatística para a estimativa observada. No modelo multivariável, a força da associação entre os fatores estudados e o stress ocupacional foi expressa através do odds ratio ajustado (AOR), medida que traduz a probabilidade aumentada do desfecho após controlo de outras variáveis. Foram reportados como fatores associados ao stress ocupacional: sobrecarga de trabalho (AOR=18,94; IC95%: 4,33–38,73), falta de recursos ou condições de trabalho (AOR=11,06; IC95%: 5,19–22,41), medo de cometer erros (AOR=8,22; IC95%: 1,86–36,34), informação inadequada fornecida pela central de regulação/despacho (AOR=7,35; IC95%: 3,32–16,62), conflito com líderes ou chefias (AOR=5,07; IC95%: 2,98–12,53) e morte do doente na ambulância (AOR=3,09; IC95%: 1,61–11,68) (Alehegn et al., 2024).

No estudo qualitativo sobre violência no local de trabalho, desenvolvido com enfermeiros do pré-hospitalar móvel, a violência foi descrita como fenómeno abrangente, incluindo violência verbal, psicológica ou moral, física e sexual. Para além destas formas, os participantes identificaram também aspetos do próprio processo de trabalho como experiências de violência, designadamente a sobrecarga e a privação de necessidades básicas, como descanso, alimentação, hidratação e eliminações. As situações foram relatadas em diferentes momentos do percurso de assistência, nomeadamente no local de ocorrência, na interação com doentes e acompanhantes, na relação com a central de regulação e na articulação com serviços ou unidades de destino. Foram ainda descritas situações de violência interna praticadas por colegas e superiores hierárquicos. Entre as consequências referidas destacaram-se repercussões físicas e psicológicas, menor prazer no trabalho e afastamento laboral (Sé et al., 2023).

No estudo qualitativo realizado em contexto tático, os resultados foram apresentados em quatro classes organizadas em três eixos: liderança na formação, gestão de recursos em ambientes hostis e desafios relacionados com comunicação e escassez de insumos. Os participantes descreveram a enfermagem militar como elemento central na preparação das equipas, na operacionalização do cuidado e na adaptação da resposta às limitações do terreno (Souza et al., 2026).

Globalmente, os estudos incluídos descrevem a liderança em contexto extra-hospitalar através de dimensões comportamentais observáveis, de condições estruturais do trabalho e de fatores psicossociais presentes no terreno, com destaque para comunicação, feedback, suporte, recursos, stress ocupacional, violência laboral e coordenação interinstitucional (Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Souza et al., 2026; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

DISCUSSÃO

A evidência sugere que a liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar tem sido predominantemente descrita a partir de dimensões comportamentais observáveis, entre as quais a comunicação eficaz e em circuito fechado, ocupam posição de destaque. Este foco é coerente com a natureza do contexto pré-hospitalar, caracterizado por imprevisibilidade, limitação de tempo, necessidade de decisões rápidas e dependência de articulação entre múltiplos intervenientes. O facto de a comunicação surgir como o

domínio com valores mais elevados no QUAPEEL e, simultaneamente, como a dimensão mais consistentemente associada ao CET-II reforça a sua relevância enquanto competência de liderança neste cenário (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

Os resultados mostram também que a liderança não pode ser compreendida apenas como atributo individual. A associação entre liderança coaching e empoderamento estrutural, ainda que de magnitude fraca, sugere que o exercício da liderança se relaciona com condições organizacionais concretas, como acesso à informação, suporte, recursos e poder formal. Deste modo, a capacidade do enfermeiro para influenciar, coordenar e sustentar o desempenho da equipa parece depender não só das suas competências comportamentais, mas também do enquadramento em que atua a nível estrutural, ou seja, da própria instituição onde trabalha (Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025).

A menor pontuação observada na dimensão “apoiar a equipa para alcançar resultados” merece particular atenção. Apesar da autoperceção global elevada de liderança coaching, este domínio parece menos consolidado do que comunicação e feedback. Tal poderá traduzir maior dificuldade em sustentar coesão, motivação, monitorização do desempenho e orientação para objetivos em contextos de elevada pressão assistencial. Em termos práticos, este achado sugere que programas de treino de liderança no extra-hospitalar não devem centrar-se apenas na transmissão de informação ou na coordenação imediata da ação, mas integrar também competências relacionadas com apoio à equipa, gestão de prioridades, manutenção do foco nos objetivos e condução do desempenho coletivo em condições adversas (Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

Os dados relativos ao stress ocupacional reforçam a importância dos determinantes sistémicos no funcionamento das equipas. A associação do stress à sobrecarga, à falta de recursos, à informação inadequada da central de regulação, ao medo de errar e ao conflito com chefias mostra que o desgaste profissional no pré-hospitalar não decorre exclusivamente da gravidade clínica das situações, mas também de falhas organizacionais, comunicacionais e relacionais (Alehegn et al., 2024). Ainda que o estudo não avalie diretamente intervenções formativas, os fatores identificados apontam para áreas em que o treino de competências de liderança e competências não técnicas poderá ter utilidade prática, nomeadamente ao nível da comunicação operacional estruturada, gestão de conflitos, clarificação de papéis, cultura de segurança e suporte da chefia.

A violência no local de trabalho amplia esta compreensão ao demonstrar que o risco no pré-hospitalar não se limita ao cenário clínico. Os resultados mostram que a violência é experienciada em múltiplas dimensões do percurso assistencial, incluindo a relação com doentes, acompanhantes, colegas, superiores hierárquicos, central de regulação e instituições de destino. Acresce ainda a identificação de formas de violência associadas ao próprio processo de trabalho, como sobrecarga e privação de necessidades básicas. Estes achados reforçam a necessidade de conceptualizar a liderança no contexto extra-hospitalar também como função de proteção da equipa, implicando competências de gestão de conflito, comunicação em situações de tensão, negociação interinstitucional e suporte após eventos críticos. No entanto, a evidência sugere igualmente que estas competências, por si só, serão insuficientes se não forem acompanhadas por respostas organizacionais adequadas, como protocolos de prevenção e reporte, políticas de proteção do profissional e suporte pós-incidente (Sé et al., 2023).

No contexto tático, a liderança assume contornos ainda mais amplos, integrando dimensões de formação, gestão logística, adaptação a ambientes hostis e coordenação em condições de escassez. A enfermagem surge não apenas como executora do cuidado, mas como agente central na preparação, sustentação e adaptação da resposta assistencial. Este alargamento do papel do enfermeiro reforça a necessidade de treino contextualizado, próximo da realidade operacional, capaz de articular liderança clínica, gestão de recursos e coordenação interagências. Neste âmbito, a simulação adquire especial pertinência, por permitir treinar tomada de decisão, comunicação, distribuição de papéis e resposta a falhas em cenários de elevada exigência. De igual modo, a implementação de *debriefings* regulares poderá constituir estratégia relevante para consolidar aprendizagem, promover reflexão crítica sobre a prática, identificar fragilidades de coordenação e reforçar cultura de segurança e melhoria contínua (Souza et al., 2026).

De forma global, a evidência disponível sustenta a pertinência do treino de competências de liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar, sobretudo nas áreas da comunicação operacional, feedback, coordenação, gestão de conflitos e apoio à equipa. Todavia, importa sublinhar que os estudos incluídos são predominantemente observacionais e qualitativos, o que limita inferências causais diretas sobre o impacto do treino em *outcomes* clínicos, organizacionais ou de segurança. Assim, embora os dados permitam identificar competências nucleares e determinantes contextuais consistentes, persiste a necessidade de estudos interventivos que avaliem programas de treino,

simulação e *debriefing* estruturado, bem como os seus efeitos em indicadores concretos, de desempenho, como adesão a protocolos, incidentes relacionados com falhas de coordenação, satisfação da equipa, níveis de stress ocupacional, segurança assistencial e qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Os estudos incluídos descrevem a liderança em enfermagem no contexto pré-hospitalar a partir de três dimensões principais: a liderança coaching enquanto expressão comportamental observável da liderança, o empoderamento estrutural enquanto conjunto de condições organizacionais que enquadram a prática, e os riscos psicossociais, nomeadamente stress ocupacional e violência no local de trabalho, enquanto elementos que influenciam o funcionamento das equipas e a segurança assistencial.

A comunicação e o feedback emergem como dimensões particularmente relevantes, simultaneamente associadas a melhores condições percebidas de trabalho e implicadas em fatores críticos do desempenho extra-hospitalar. Em paralelo, os resultados evidenciam que o exercício da liderança ocorre sob forte influência de determinantes sistémicos, como disponibilidade de recursos, suporte organizacional, qualidade da informação transmitida, conflitos hierárquicos e exposição a violência laboral. Assim, a liderança no contexto extra-hospitalar não deve ser entendida apenas como competência individual, mas como fenómeno relacional e organizacional, dependente das condições em que a prática se desenvolve (Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

A evidência disponível sustenta, por isso, a pertinência de programas de treino centrados em comunicação operacional, gestão de conflitos, coordenação interinstitucional, apoio à equipa e tomada de decisão sob pressão, articulados com medidas organizacionais que garantam recursos, circuitos funcionais e proteção do profissional. Neste quadro, a simulação assume potencial particular enquanto estratégia pedagógica para o desenvolvimento de competências de liderança em cenários complexos, permitindo treinar comunicação, clarificação de papéis, gestão de prioridades e resposta em condições de elevada exigência. Do mesmo modo, a implementação de *debriefings* regulares poderá contribuir para consolidar a aprendizagem, promover

reflexão estruturada sobre o desempenho da equipa, reforçar a cultura de segurança e identificar oportunidades de melhoria contínua (Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Souza et al., 2026; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025).

Em síntese, a literatura disponível sugere que o treino de competências de liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar é promissor, sobretudo no reforço da comunicação operacional, do feedback, do apoio à equipa, da coordenação e da adaptação a cenários complexos e imprevisíveis. Contudo, a evidência atualmente existente permanece limitada e maioritariamente indireta, sendo mais consistente ao nível das competências comportamentais e do funcionamento das equipas do que na demonstração de benefícios clínicos, organizacionais ou de segurança. Esta revisão encontra-se condicionada pelo reduzido número de estudos incluídos, pela possível restrição da estratégia de pesquisa e pela heterogeneidade metodológica das amostras, contextos e outcomes analisados. Assim, impõe-se o desenvolvimento de ensaios randomizados controlados (RCTs), quando metodológica e eticamente exequíveis em contexto pré-hospitalar, bem como de estudos quasi-experimentais e longitudinais, que permitam avaliar com maior robustez a eficácia, a sustentabilidade e a transferência para a prática de programas de formação em liderança, simulação e debriefing estruturado, incluindo o seu impacto em indicadores clínicos, segurança assistencial, desempenho das equipas e bem-estar profissional.

BIBLIOGRAFIA

Alehegn, S., Abraha, M., Fikadu, A., Kasahun, G., Mekonen, M. S., Tiruneh, K. G., Ashine, T. M., & Mesfin, E. G. (2024). Magnitude and Determinants of job Stress among pre-Hospital Care Providers Working in Ambulance Centers, Addis Ababa. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241299507>

Brites Zangão, M. O., da Silva Poeira, A. F., Vaqueirinho Bilro, P. C., & Mota Sousa, L. M. (2024). Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções. In *Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções* (1ª edição). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/978-65-5360-676-0>

Coimbra, N., Cardoso Teixeira, A., & Costa, P. (2021). *Enfermagem Urgência e Emergência* (1ª). LIDEL – Edições Técnicas, Lda.

Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D., & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>

Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses 2*. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html> www.joannabriggs.org

Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L., Kolenbrander, M. W., Van Groenigen, Di., Loer, S. A., Wagner, C., & Schober, P. (2017). Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 34(11), 728–733. <https://doi.org/10.1136/emered-2016-205754>

Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Meelby, J., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2018). A search for training of practising leadership in emergency medicine: A systematic review. *Heliyon*, 4(11). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00968>

Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Østergaard, D., & Dieckmann, P. (2018). Training residents to lead emergency teams: A qualitative review of barriers, challenges and learning goals. *Heliyon*, 4(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e01037>

Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Gonçalves, R. C. da S., & Figueiredo, N. M. A. de. (2023). Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-

hospitalar móvel. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333046>

Souza, F. I. da S., Broca, P. V., Guilherme, F. J. de A., Haberland, D. F., Louro, T. de S., Pereira, E. R., Silva, T. A. S. M. da, & Oliveira, A. B. de. (2026). Military nursing in tactical pre-hospital care: structure, action, and challenges in high-risk contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 79, e20250183. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0183>

Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Carmo, H. de O., & de Moura, A. A. (2025). Coaching Leadership and structural empowerment of nurses in mobile and fixed Pre-Hospital Care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 59, e20240450. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0450en>

Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Santos, L. C. S., Massa, B. F., Rached, C. D. A., & Moura, A. A. de. (2025). Coaching leadership exercised by nurses in the context of pre-hospital care: an analytical observational study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(5), e20240635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0635>

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8th edition). English.

**APÊNDICE V — APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA —
LIDERANÇA EM ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR**



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

O Impacto do treino de competências de liderança em enfermeiros no contexto extra-hospitalar

Revisão de literatura

Por Enfermeiro Enoque Guedes

Sob orientação do Prof.º Doutor Vasco Neves

Março de 2026

Agenda da Sessão

- Introdução
- Enquadramento Teórico
- Questão de investigação
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusões



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

05/05/2026

2

Introdução



Conceito de Liderança

Definição Central:

- Processo de influência intencional sobre pessoas.
- Propósito: orientar, estruturar e facilitar atividades.

Natureza da Liderança:

- Fenómeno relacional e comportamental.
- Moldado por interações e decisões coletivas.

Desenvolvimento:

- Eficácia baseada em competências relacionais.
- Capacidades passíveis de treino e aprendizagem.

(Brites Zangão et al.,2024; Yukl, 2013)



Liderança em Enfermagem Extra-Hospitalar

Contexto Geral:

- Coordenação de equipas e gestão de prioridades.
- Abordagem de situações clínicas complexas.

Emergência Pré-Hospitalar (PH):

- Cenários variáveis e recursos limitados.
- Exigência de coordenação em tempo real.

Competências Críticas:

- Espírito de liderança e trabalho em equipa.
- Foco na organização de cuidados e segurança.

(Coimbra et al., 2021)

Justificação da Revisão

Necessidades Identificadas:

- Definir competências de liderança específicas para o PH.
- Avaliar o impacto do treino na qualidade dos cuidados.

Objetivos da Análise:

- Compreender a relação entre treino e eficácia.
- Melhorar a coordenação e segurança das equipas.

Foco Final:

- Contributo para a eficácia clínica no terreno.

Enquadramento teórico



Desafios do Contexto Extra-Hospitalar

Carga Cognitiva e Emocional:

- Risco de erros por falhas na comunicação.
- Dificuldades na clarificação de papéis.

Complexidade Crescente:

- Envelhecimento e aumento de doenças crónicas.
- Maior complexidade clínica e operacional.

Necessidade de Capacitação:

- Empoderamento e preparação especializada.
- Liderança, capacitação e empoderamento de equipas.

(Coimbra et al., 2021)



Competências Não Técnicas

Pilares do Desempenho Seguro:

- Consciência situacional e tomada de decisão.
- Comunicação.
- Gestão de conflitos sob pressão.

Relação Técnico-Comportamental:

- O líder organiza tarefas para viabilizar a técnica.
- Essencial em eventos críticos (ex: reanimação).

Área Prioritária de Treino:

- Défice nestas áreas associa-se a piores resultados.

(Hunziker et al., 2011; Krage et al., 2017; Larsen et al.,

Questão de investigação

Questão de investigação

“Qual é o impacto do treino de competências de liderança em enfermeiros no contexto extra-hospitalar?”

Estratégia PCC:

- **Participantes (P)** – enfermeiros com atividade assistencial extra-hospitalar
- **Conceito (C)** – treino de competências de liderança
- **Contexto (C)** – cuidados de enfermagem em ambiente extra-hospitalar



Metodologia



Metodologia

Critérios de inclusão

- Estudos publicados entre 2021 e 2026;
- Estudos primários e secundários;
- Participantes: enfermeiros em cuidados extra-hospitalares e/ou transporte de doente crítico;
- Artigos sobre treino/desenvolvimento de liderança;
- Estudos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões;
- Texto integral disponível;
- Artigos em inglês ou português

Metodologia

Critérios de exclusão

- Estudos exclusivamente em contexto intra-hospitalar;
- Artigos de opinião ou guidelines;
- Estudos que não abordem enfermeiros.

Metodologia

Numa primeira fase:

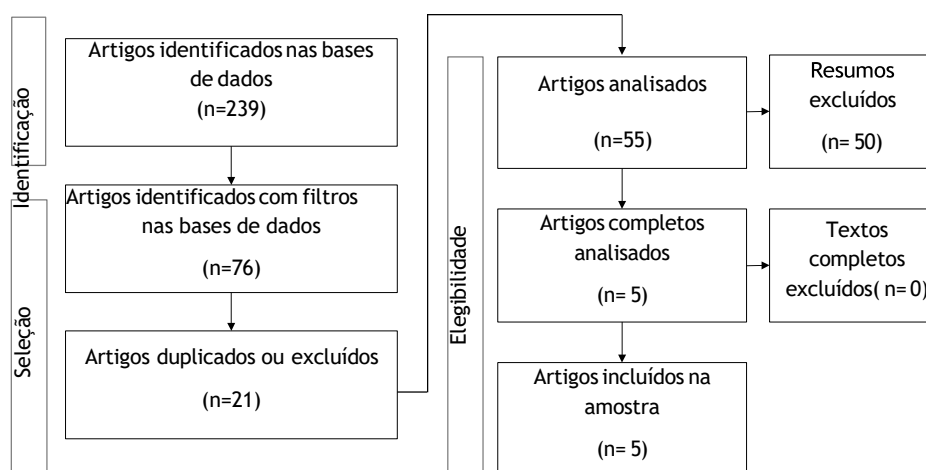
- Pesquisa exploratória nas bases de dados (títulos e resumos)

Numa segunda fase:

- Realizada a pesquisa estruturada nas bases PubMed, Scopus e Web of Science, utilizando a combinação de termos:

(nurs AND leadership) AND ("Pre-Hospital Care" OR "Patient Transfer")

Metodologia



Resultados



Resultados

Incluídos cinco estudos:

- dois quantitativos com enfermeiros do atendimento pré-hospitalar (n=79 em ambos);

(Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025)

- um estudo quantitativo com prestadores de cuidados pré-hospitalares em centros de ambulâncias (n=134);

(Alehegn et al., 2024)

- dois estudos qualitativos, um com enfermeiros do pré-hospitalar (n=67) e outro com profissionais de enfermagem militar e forças auxiliares em contexto tático (n=15).

(Sé et al., 2023; Souza et al., 2026)



Resultados

Estudo	Desenho / amostra / contexto	Foco do estudo	Principais achados	Contributo para a revisão	Leitura do nível de evidência
Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al. (2025)	Estudo analítico e descritivo; 79 enfermeiros do APH móvel e fixo; Belo Horizonte, Brasil.	Relação entre liderança coaching e empoderamento estrutural .	Correlação positiva fraca entre score total de liderança coaching e empoderamento estrutural ($R = 0,376$; $p < 0,001$). A dimensão comunicação correlacionou-se com todos os domínios do CET-II.	Mostra que a liderança, sobretudo através da comunicação , se relaciona com condições organizacionais que favorecem autonomia, suporte e funcionamento profissional.	Baixa para causalidade, mas relevante para sustentar associações entre liderança e condições estruturais .



Resultados

Estudo	Desenho / amostra / contexto	Foco do estudo	Principais achados	Contributo para a revisão	Leitura do nível de evidência
Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al. (2025)	Estudo observacional analítico transversal; 79 enfermeiros do APH móvel e fixo; Belo Horizonte, Brasil.	Autopercepção da liderança coaching e relação com fatores sociodemográficos e profissionais.	Score total médio do QUAPEEL de 83,89/100; comunicação foi a dimensão com média mais elevada; apoio à equipa apresentou a média mais baixa. Surgiram associações com sexo, tipo de contrato e outro vínculo laboral.	Identifica quais dimensões da liderança aparecem como mais presentes e quais parecem mais frágeis no contexto pré-hospitalar, ajudando a orientar o treino .	Baixa para causalidade; útil para caracterização de competências comportamentais e prioridades formativas .



Resultados

Estudo	Desenho / amostra / contexto	Foco do estudo	Principais achados	Contributo para a revisão	Leitura do nível de evidência
Alehegn et al. (2024)	Estudo quantitativo transversal; 134 prestadores de cuidados pré-hospitalares em centros de ambulância; Addis Ababa, Etiópia.	Magnitude e determinantes do stress ocupacional.	47% apresentavam stress ocupacional. Associaram-se significativamente ao stress: conflito com líderes, medo de errar, falta de recursos, sobrecarga de trabalho e informação inadequada do despacho.	Mostra que o exercício da liderança decorre sob forte influência de condições organizacionais e comunicacionais que afetam o bem-estar e, potencialmente, o desempenho das equipas.	Baixa para causalidade, mas relevante para identificar moderadores contextuais e fatores de risco organizacional.



Resultados

Estudo	Desenho / amostra / contexto	Foco do estudo	Principais achados	Contributo para a revisão	Leitura do nível de evidência
Sé et al. (2023)	Estudo transversal com análise temática; 67 enfermeiros do APH móvel; Rio de Janeiro, Brasil.	Violência no trabalho na perspetiva dos enfermeiros do APH móvel.	Foram descritas formas de violência física, verbal, psicológica, comportamental e sexual, exercidas por doentes, populares, colegas, profissionais hospitalares e superiores hierárquicos, com impacto físico, mental e laboral.	Alarga a compreensão da liderança para além da coordenação clínica , incluindo proteção da equipa, gestão de conflito, negociação e suporte após incidentes.	Evidência qualitativa/contextual, importante para compreender processos e riscos psicossociais , mas limitada para demonstrar efeito de treino .



Resultados

Estudo	Desenho / amostra / contexto	Foco do estudo	Principais achados	Contributo para a revisão	Leitura do nível de evidência
Souza et al. (2026)	Estudo qualitativo descritivo; 15 profissionais de enfermagem militar; contexto tático / alto risco.	Atuação da enfermagem militar no atendimento pré-hospitalar tático.	Emergiram três eixos: liderança na formação, gestão de recursos em ambientes hostis e desafios de comunicação e escassez de insumos. O estudo defende investimento em formação, tecnologias e institucionalização do campo.	Sustenta a importância de treino contextualizado para liderança , gestão de recursos , adaptação e coordenação em cenários de elevada complexidade.	Evidência qualitativa/contextual, útil para compreensão do fenómeno e da necessidade de treino, mas sem demonstrar impacto em outcomes clínicos .

Discussão

Discussão – Achados principais

- A liderança em enfermagem no contexto extra-hospitalar é descrita sobretudo através **de dimensões comportamentais observáveis**.
- Entre estas, destaca-se a **comunicação eficaz e em circuito fechado**.
- Este foco é coerente com a especificidade do pré-hospitalar: **imprevisibilidade, tempo limitado, decisões rápidas e articulação entre vários intervenientes**.

Discussão - Liderança e Comunicação

- A **comunicação** é o domínio mais relevante ao nível das competências.
- É também a dimensão mais consistentemente associada ao **empoderamento estrutural**.
- Reforça-se a sua importância para a **coordenação da equipa, segurança e eficácia assistencial**.

(Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025)

Discussão - Liderança e Empoderamento Estrutural

Visão além do atributo individual:

- Liderança influenciada por **condições organizacionais**.

Determinantes do exercício da liderança:

- Acesso a **informação, suporte e recursos materiais**.
- Importância do **poder formal** conferido pela instituição.

Interdependência: O **desempenho do líder é limitado pela estrutura**.

(Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025)

Discussão - Stress Ocupacional e Fatores Sistémicos

- Causas do desgaste profissional:
 - **Sobrecarga e falhas na regulação** (informação inadequada).
 - **Conflitos** com chefias e **medo** de cometer **erros**.
- Implicação para a liderança:
 - O stress não é apenas clínico, mas organizacional.
 - Exige liderança focada na **clarificação de papéis**.

(Alc heg n et al., 2024)

Discussão - Violência Laboral e Proteção

Risco **multidimensional** no pré-hospitalar:

- Exposição a violência de doentes, colegas e superiores.

Liderança como função de **proteção**:

- Gestão de conflitos em cenários de alta tensão.
- Necessidade de suporte emocional após eventos críticos.

Gestão de processo: Combate à privação de necessidades básicas.

(Sé et al., 2023)

Discussão - Liderança em Contexto Tático

Alargamento das **competências**:

- Integração de formação de tropas, gestão logística e adaptação a ambientes hostis.

O Enfermeiro como agente central:

- **Coordenação** interagências e **gestão** de recursos escassos.

Preparação operacional:

- A liderança foca-se na **sustentação da equipa** em condições extremas.

(Souza et al., 2026)

Discussão - Estratégias de Desenvolvimento

Simulação de alta fidelidade:

- Treino de tomada de decisão e resposta a falhas.

Debriefing como ferramenta de reflexão:

- Identificação de fragilidades na coordenação em tempo real.

Cultura de **segurança**:

- Consolidação de comportamentos baseados na evidência.

(Souza et al., 2026)

Síntese da discussão

- Necessidade de treino contextualizado:
 - Foco em competências não técnicas e inteligência emocional.
- Integração em treino das dimensões:
 - Comportamental (comunicação/feedback).
 - Organizacional (suporte/recursos).
 - Psicossocial (gestão de stress/violência).

(Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Souza et al., 2026; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025; Utsch, Santos, Oliveira, Santos, et al., 2025)

Síntese da discussão



3 dimensões:

1. Liderança Coaching:
 - Expressão comportamental observável.
2. Empoderamento Estrutural:
 - Condições organizacionais que enquadram a prática.
3. Riscos Psicossociais:
 - Stress ocupacional e violência laboral.

Impacto:

- Fatores que ditam a segurança assistencial.

Conclusões

Conclusões – Implicações Práticas

- Impacto potencialmente positivo e promissor, sobretudo no reforço de competências não técnicas e comportamentais.
- Benefícios sugeridos na comunicação operacional, feedback, coordenação, gestão de conflitos, apoio à equipa e tomada de decisão sob pressão.

(Alehegn et al., 2024; Sé et al., 2023; Utsch, Santos, Oliveira, Carmo, et al., 2025;

Conclusões – Implicações Práticas

Potencial da Simulação:

- Treino de clarificação de papéis e prioridades.
- Resposta em cenários de elevada exigência.

Papel do Debriefing Estruturado:

- Reflexão sobre o desempenho da equipa.
- Consolidação de uma cultura de segurança.

(Souza et al., 2026)

Conclusões – Implicações Práticas

Em suma, a evidência é mais consistente na melhoria do funcionamento das equipas do que na demonstração de ganhos clínicos, organizacionais ou de segurança assistencial.

Conclusões – Limitações da Evidência

Natureza dos Dados:

- Evidência maioritariamente indireta.
- Foco em comportamentos, com poucos dados clínicos.

Fragilidades Metodológicas:

- Reduzido número de estudos incluídos.
- Elevada heterogeneidade de contextos e amostras.

Conclusões — Recomendações para Investigação

Necessidade de Estudos Robustos:

- Ensaaios Clínicos Controlados (RCTs).
- Estudos longitudinais e quasi-experimentais.

Foco em Indicadores Concretos:

- Impacto na segurança do doente e outcomes clínicos.
- Sustentabilidade do treino na prática real.

Questões

Grato pela vossa atenção

Bibliografia

- Alehegn, S., Abraha, M., Fikadu, A., Kasahun, G., Mekonen, M. S., Tiruneh, K. G., Ashine, T. M., & Mesfin, E. G. (2024). Magnitude and Determinants of job Stress among pre-Hospital Care Providers Working in Ambulance Centers, Addis Ababa. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241299507>
- Brites Zangão, M. O., da Silva Poeira, A. F., Vaqueirinho Bilro, P. C., & Mota Sousa, L. M. (2024). Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções. In *Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções* (1a edição). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/978-65-5360-676-0>
- Coimbra, N., Cardoso Teixeira, A., & Costa, P. (2021). *Enfermagem Urgência e Emergência* (1a). LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschann, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D., & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>
- Joanna Briggs Institute. (2017). Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses 2. <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Krage, R., Zwaan, L., Tjon Soei Len, L., Kolenbrander, M. W., Van Groenigen, D., Loer, S. A., Wagner, C., & Schober, P. (2017). Relationship between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 34(11), 728–733. <https://doi.org/10.1136/emmed-2016-205754>
- Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Meelby, J., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2018). A search for training of practising leadership in emergency medicine: A systematic review. *Heliyon*, 4(11). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00968>
- Larsen, T., Beier-Holgersen, R., Østergaard, D., & Dieckmann, P. (2018). Training residents to lead emergency teams: A qualitative review of barriers, challenges and learning goals. *Heliyon*, 4(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e01037>
- Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Gonçalves, R. C. da S., & Figueiredo, N. M. A. de. (2023). Violência no trabalho na perspectiva dos enfermeiros do atendimento pré-hospitalar móvel. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333046>
- Souza, F. I. da S., Broca, P. V., Guilherme, F. J. de A., Haberland, D. F., Louro, T. de S., Pereira, E. R., Silva, T. A. S. M. da, & Oliveira, A. B. de. (2026). Military nursing in tactical pre-hospital care: structure, action, and challenges in high-risk contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 79, e20250183. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0183>
- Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Carmo, H. de O., & de Moura, A. A. (2025). Coaching Leadership and structural empowerment of nurses in mobile and fixed Pre-Hospital Care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 59, e20240450. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0450en>
- Utsch, L. S., Santos, F. O., Oliveira, K. J. L., Santos, L. C. S., Massa, B. F., Rached, C. D. A., & Moura, A. A. de. (2025). Coaching leadership exercised by nurses in the context of pre-hospital care: an analytical observational study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(5), e20240635.



APÊNDICE VI — A LIDERANÇA EM ENFERMAGEM NA ERA DIGITAL



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem

18º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização Médico-Cirúrgica

(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Liderança em Enfermagem na Era Digital

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Porto, março de 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem

18º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização Médico-Cirúrgica

(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Liderança em Enfermagem na Era Digital

Por

Enoque Filipe dos Santos Guedes

Sob a orientação do Prof. Doutor Vasco Neves

Porto, março de 2025

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório do segundo ano do 18.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Universidade Católica Portuguesa – Polo do Porto. Enquadrado no projeto de estágio, este documento visa debruçar-se sobre uma temática onde foi encontrada necessidade de formação, num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, onde decorreu um dos dois estágios da Unidade Curricular, com a da Liderança em Enfermagem. Com elementos jovens e equipas recém-formadas, após discussão com os enfermeiros coordenadores, foi percebida a necessidade de orientação dos elementos a assumir cargos de liderança de forma a capacitá-los a desempenhar funções de chefia, com vista a uma melhor coesão de equipa, trazendo consigo cuidados de qualidade para os doentes.

Este documento é então um guião sistematiza dos principais conteúdos trabalhados nesta intervenção, propondo-se uma reflexão estruturada sobre a liderança. O documento organiza-se tendo em conta quatro eixos temáticos

- A Liderança: definição e conceitos

- Teorias clássicas

- Barreiras e desafios

- Desafios da Era Digital

- Conclusões

Ao longo deste guia serão revistas algumas questões colocadas no questionário de perceção sobre a liderança (APÊNDICE I), de forma a articular a teoria com as perspetivas dos profissionais de enfermagem sobre o tema.

A LIDERANÇA: DEFINIÇÃO E CONCEITOS

A liderança é um termo falado, ouvido e até mesmo discutido, na política, no ramo militar, em empresas ou até mesmo em instituições de saúde. Embora existam variadas perspectivas sobre a sua definição, Yukl (2013 p.2) afirma que a maior parte das definições reflete a existência de um processo em que há influência intencional exercida sobre outras pessoas para guiar, estruturar e facilitar atividades relacionadas com um grupo ou organização. Desenvolvendo esta ideia, afirma ainda que o líder tem a capacidade de definir objetivos, motivar a equipa, gerar confiança, organizar e coordenar atividades, alocar os recursos de forma inteligente, desenvolver capacidades dos liderados, partilhar conhecimentos, de forma a gerar um alinhamento coletivo em torno de metas compartilhadas.

Umas áreas onde a liderança assume um papel central é no ramo militar, sendo perceptível que tudo converge para a missão e para o sucesso coletivo, sendo a coesão da equipa e a confiança nos pares fatores determinantes para o cumprimento dos objetivos. Cada esforço e cada decisão são feitos em prol da equipa. Quando se transita para a vida civil, percebe-se que essa lógica poderá ser menos evidente, pese embora conceito seja transponível para outros contextos institucionais

No contexto militar, existe um valor que nos chama mais à atenção: “a camaradagem”. Com vista a uma liderança sólida, desde o primeiro dia, os recrutas são conduzidos a viver em função do grupo, tornando esta pequena comunidade mais coesa, através da aprendizagem de trabalho em grupo. Inerentemente, para o sucesso deste objetivo, a liderança deve ser forte, com um comando que consiga aglomerar um grupo de pessoas e transformá-lo numa equipa. Mas de que forma podemos aplicar este exemplo transversalmente a outras instituições?

TEORIAS CLÁSSICAS

No passado, a liderança foi suportada por uma **teoria dos traços** de personalidade, associada a características do indivíduo, pensando-se que estaria dependente de certas qualidades, sendo por isso mesmo inata. Traços como a inteligência, iniciativa, extroversão, agressividade, segurança em si mesmo, coragem, estabilidade emocional, ainda hoje são associados à imagem do Grande Homem. Esta abordagem tradicional, caiu quando se percebeu a dificuldade de isolar um conjunto “finito” de características que definiriam o líder (Parreira et al., 2013).

Parreira et al. (2013), escreve ainda que com White e Lippitt, em 1939, surge a **abordagem comportamental**. Procura-se explicar a liderança pelos estilos de comportamentos, não tendo em conta a personalidade do líder, resumindo esta temática a 3 estilos:

Autoritário – Muita preocupação com a tarefa e nenhuma preocupação com os colaboradores;

Liberal/Laissez-faire – Não impõe regras, dando total liberdade aos colaboradores. Há uma ideia de abandono.

Democrático – Prima-se a relação a nível interpessoal com o grupo.

Ainda dentro da abordagem comportamental, Yukl (2013 p.57) refere que em 1964, Blake e Mouton propuseram que os líderes efetivos têm uma grande consideração pelas pessoas e igualmente uma grande preocupação com a produção. Através de uma “grelha de gestão” (Figura 1), demonstram a sua teoria, nomeando cada tipo de líder consoante os seus valores. Poderíamos assim assumir que a liderança tem uma natureza bidimensional, um dualismo entre eficiência e humanidade.

PREOCUPAÇÃO COM AS PESSOAS	9	(1-9)							(9-9)
	8	Simpático							Integrador
	7								
	6								
	5				(5-5)				
	4				Intermédio				
	3	Laissez-faire							
	2	Anémico							Autocrático
	1	(1-1)							(9-1)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PREOCUPAÇÃO COM A TAREFA									

Figura 5 - Grelha de Gestão de Blake e Mouton (adaptada de Yukl, 2013)

Interpretando a grelha acima, concluímos o seguinte:

Líder Autocrático - Eficiência na definição de procedimentos e na organização do trabalho. Criadas estas condições, pressupõe-se que as pessoas produzam.

Líder Simpático - Dá ênfase às pessoas, às suas necessidades e relacionamentos conducentes a um clima organizacional gratificante e a um ritmo de trabalho cordial e consequente.

Líder Anémico (Laissez-faire) - Desempenho caracterizado por um esforço mínimo na execução e integração; apenas o suficiente para ser ainda considerado como membro da organização.

Líder Integrador - Obtém-se elevada sinergia pelo comprometimento das pessoas nos objetivos empresariais considerados de interesse comum. Os problemas são discutidos em profundidade de modo a conseguir consensos motivadores. Conduz a comportamentos de confiança e respeito mútuos.

Líder Intermédio - É uma situação de compromisso tendencialmente elevado. O equilíbrio entre produção e necessidades com um clima organizacional satisfatório.

Em suma, podemos concluir que esta abordagem depende apenas de duas variáveis: tarefa e subordinados. O ideal será conciliar as duas variáveis de forma harmoniosa, com um estilo integrador, sendo este o mais eficaz.

Ao desenvolver este tema, podemos encontrar uma nova visão, sendo ela uma **Abordagem Contingencial ou Situacional**. Parreira et al. (2013), refere que, não sendo um processo unidirecional, a Liderança é influenciada tanto pelo líder como pelo liderado.

Esta teoria, desenvolvida por Blanchard e Hersey, em 1992, baseia-se na ideia de que o estilo de liderança mais eficaz depende da maturidade dos subordinados e das características da situação, referindo que um líder eficaz é quem consegue diagnosticar corretamente o nível de maturidade e escolher o estilo de liderança mais adequado, conforme demonstrado na grelha abaixo (Figura 2).

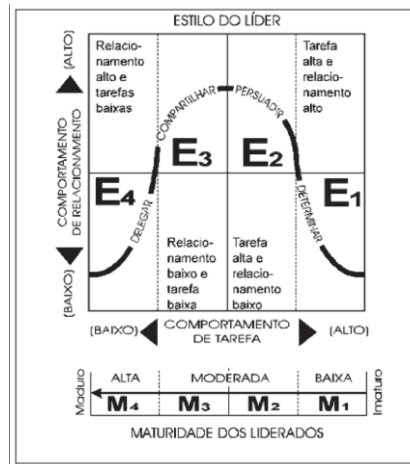


Figura 6 - Grelha de Maturidade e Estilos de Liderança (in: (Parreira et al., 2013))

Assim, a maturidade é a capacidade e a vontade das pessoas em assumir a responsabilidade do seu próprio comportamento. É importante salientar que as dimensões da maturidade são relacionadas com uma tarefa específica, não se aplicando a um grupo de pessoas, sendo uma abordagem mais pessoal. Em M1 o liderado não é capaz, e inseguro, M2 não é capaz, mas é confiante, M3 é capaz, porém inseguro, e em M4 é capaz e confiante. Posto isto, associamos, respetivamente o estilo de relacionamento, em que E1 deve-se determinar, em E2 persuadir, E3 compartilhar, E4 delegar (Parreira et al., 2013).

De uma forma mais sistematizada, na tabela seguinte podemos entender melhor as associações referidas:

Níveis de maturidade dos colaboradores	M1	M2	M3	M4
	Não é capaz e não quer assumir responsabilidades ou é inseguro. Não empenhado nem competente.	É incapaz de assumir responsabilidades, mas tem vontade ou confiança. É empenhado mas incompetente.	É capaz mas não tem vontade de assumir responsabilidades ou é inseguro. Não é empenhado, mas é competente.	É capaz de assumir responsabilidade e, simultaneamente tem vontade ou confiança. É empenhado e competente.
Estilos de liderança apropriados	Estilo E1	Estilo E2	Estilo E3	Estilo E4
	Dar ordens Guiar Dirigir Estabelecer Proporciona instruções específicas e supervisão rígida; diz o que fazer, quando e como.	“Vender” Explicar Clarificar Persuadir Explica decisões e proporciona oportunidade para clarificar; dialoga; explica o “porquê”.	Participar Encorajar Colaborar Comprometer Partilha ideias, discute, apoia, facilita, leva à participação na tomada de decisões.	Delegar Observar Monitorar Delega as responsabilidades na tomada de decisões e na sua implementação; “dá a bola e deixa jogar”.

Tabela 3- Funcionamento do modelo de Hersey e Blanchard (Adaptado de Parreira et al., 2013)

Em 1978, James Burns, já havia elaborado a teoria de uma Abordagem Transacional vs. Transformacional, apelando aos valores morais, centrando-se no comprometimento mútuo. A liderança Transacional baseia-se na troca entre líderes e liderados, sendo que há uma recompensa do bom desempenho e correção de desvios, focando-se em metas, regras e resultados imediatos, não gerando uma mudança profunda, mas mantendo o funcionamento de uma organização. Por sua vez a abordagem Transformacional tem como fim a transformação dos liderados em líderes, permitindo

uma relação de estímulo recíproco entre ambos (Yukl, 2013) p. 321. Podemos assim concluir que a liderança transacional gere o presente, enquanto a transformacional cria o futuro.

Mais tarde, em 1990, Bass e Avolio desenvolvem esta teoria, defendendo um *continuum* que definem como **Full Range Leadership Model**, relacionando a Liderança Transacional com a Transformacional (Yukl, 2013 p.322). Na tabela abaixo, podemos entender de modo resumido esta relação.

Laissez-Faire	Transacional		Transformacional				
	Gestão por Exceção		Recompensa Contingente	Consideração individualizada	Estimulação intelectual	Inspiração motivacional	Influência Idealizada
	Passiva	Ativa		Caring	Thinking	Role Model	Carisma

Tabela 4 - Full Range Leadership Model (adaptado de Yukl, 2013)

Em suma, desconstruindo a tabela podemos afirmar o seguinte:

1. Laissez-Faire: o líder adota uma postura passiva, abstendo-se de tentar influenciar os subordinados, intervindo apenas quando algo corre mal, representando uma ausência de liderança efetiva.
2. Liderança Transacional: centra-se na gestão e controlo, sendo caracterizada por relações de troca entre líder e liderados.

Segundo Yukl (2013), este tipo de liderança apoia-se em mecanismos de recompensa e correção, orientados para o desempenho e a conformidade.

Gestão por exceção (passiva ou ativa) foca-se em identificar erros, assegurando o cumprimento das normas e objetivos. Na passiva, aguarda que os problemas ocorram para

que sejam tomadas ações corretivas. Na ativa o desempenho dos seguidores é monitorizado e são adotadas ações corretivas se estes não alcançam os padrões estabelecidos.

Recompensa contingente baseia-se na negociação de resultados e compensações conforme o desempenho demonstrado (exemplo do SIADAP).

3. Liderança Transformacional: como já referido visa inspirar, motivar e desenvolver os liderados, integrando quatro componentes fundamentais (Parreira et al., 2013):

- Consideração Individualizada (*Caring*): atenção personalizada e apoio ao crescimento individual.
- Estimulação intelectual (*Thinking*): incentivo à criatividade e ao pensamento crítico. É fomentada a resolução de problemas, lançando desafios estimulantes.
- Inspiração motivacional (*Role Model*): o líder motiva através do exemplo e da visão partilhada, inspirando otimismo.
- Influência idealizada (*Carisma*): o líder é admirado e respeitado, sendo fonte de confiança e identificação.

LIDERAR EM ENFERMAGEM PERANTE OS DESAFIOS DA ERA DIGITAL

Na atualidade, à prática da liderança em enfermagem acrescem novas exigências relacionadas com a transformação digital dos contextos assistenciais e organizacionais. A evolução tecnológica tem vindo a alterar de forma significativa os contextos de trabalho em saúde, introduzindo novas formas de comunicar, registar, monitorizar, decidir e organizar os cuidados. Neste cenário, a liderança em enfermagem mantém a sua essência relacional e humana, mas passa a exigir novas competências associadas à utilização crítica da tecnologia, à gestão da informação e à adaptação contínua à mudança. De acordo com Laukka et al. (2022), a liderança no contexto dos serviços digitais de saúde pressupõe comportamentos, papéis e qualidades específicas do líder, sustentadas por competências informáticas, compreensão dos sistemas de cuidados e acesso a ferramentas e formação adequadas. Acresce que, perante a crescente integração da inteligência artificial na enfermagem, torna-se essencial que os enfermeiros assumam um papel ativo na orientação, governação e desenvolvimento destas soluções, garantindo que a inovação tecnológica permanece alinhada com os valores da profissão e com a qualidade dos cuidados (Hoelscher & Pugh, 2025; Ronquillo et al., 2021).

A crescente incorporação de sistemas de informação em saúde, registos eletrónicos, plataformas de comunicação digital e ferramentas baseadas em inteligência artificial veio criar novas oportunidades para os enfermeiros em funções de liderança. Estas tecnologias podem apoiar a tomada de decisão clínica e organizacional, facilitar a distribuição de recursos, antecipar necessidades de pessoal, identificar precocemente situações de risco e monitorizar indicadores de qualidade e segurança. A literatura recente mostra que os sistemas de IA aplicados à gestão e liderança em enfermagem têm sido utilizados em áreas como o planeamento da força de trabalho, a segurança dos cuidados, a previsão de necessidades e a otimização de tarefas administrativas, com potencial para melhorar a eficiência operacional e apoiar decisões mais informadas. Deste modo, o enfermeiro líder passa a dispor de mais informação em tempo real, o que pode contribuir para uma gestão mais eficiente, uma melhor articulação entre equipas e uma resposta mais célere às necessidades dos doentes e dos serviços (Abdelmohsen & Al-jabri, 2025; Gonzalez-Garcia et al., 2024; Kiwanuka et al., 2025; Mikkonen et al., 2026).

Contudo, a era digital também introduz desafios relevantes para a liderança. A resistência à mudança, já presente nos contextos organizacionais tradicionais, pode intensificar-se perante a introdução de novas tecnologias, sobretudo quando os

profissionais sentem insegurança, falta de formação ou dificuldade em acompanhar a inovação. A par disso, a sobrecarga informacional, a multiplicidade de sistemas, a falta de interoperabilidade entre plataformas e a desigualdade nas competências digitais entre os membros da equipa podem comprometer a comunicação, aumentar a frustração e dificultar a coesão grupal. Estudos recentes sublinham que os líderes de enfermagem enfrentam, neste domínio, a necessidade de desenvolver competências digitais e de inteligência artificial, bem como de apoiar as equipas em processos de adaptação que exigem tempo, recursos e mudanças culturais. Neste contexto, o papel do líder torna-se mais complexo, pois deixa de gerir apenas pessoas e processos assistenciais, passando também a gerir transições tecnológicas, adaptação organizacional e impactos emocionais associados à mudança (Gonzalez-Garcia et al., 2024; Katebi et al., 2025; Kiwanuka et al., 2025; Määttä et al., 2026).

Paralelamente, a integração da inteligência artificial e de outras ferramentas digitais levanta questões éticas que não podem ser ignoradas. Entre estas destacam-se a privacidade e proteção de dados, o viés algorítmico, a transparência das decisões automatizadas e o risco de desumanização dos cuidados. Embora a tecnologia possa apoiar a prática clínica e a gestão, o seu uso acrítico pode fragilizar a autonomia profissional e reduzir o espaço da relação terapêutica. Por esse motivo, o enfermeiro líder deve assumir uma postura crítica e vigilante, assegurando que os sistemas tecnológicos são utilizados como instrumentos de apoio e não como substitutos do raciocínio clínico, da responsabilidade profissional e da centralidade da pessoa cuidada. Neste sentido, Arcadi (2025) defende que os líderes de enfermagem devem promover transparência nos processos algorítmicos, responsabilidade partilhada nas decisões apoiadas por IA e preservação das relações humanas como núcleo do cuidado. De forma convergente, outros autores alertam para a necessidade de garantir que os ganhos de eficiência não sejam obtidos à custa da desvalorização do tempo relacional e da humanização dos cuidados (El Arab et al., 2025; Katebi et al., 2025; Lipschuetz & Topaz, 2026).

Neste enquadramento, torna-se evidente que a liderança em enfermagem, na era digital, exige o desenvolvimento de novas competências. Para além das competências relacionais, comunicacionais e organizacionais já reconhecidas como fundamentais, o líder contemporâneo deve desenvolver literacia digital, capacidade de análise crítica da informação, sensibilidade ética perante a inovação e aptidão para formar, capacitar e acompanhar equipas em ambientes tecnologicamente mediados. A formação contínua

assume, por isso, renovada importância, não apenas para o domínio técnico das ferramentas, mas também para promover uma cultura de utilização segura, responsável e orientada por evidência. Neste domínio, a literatura tem vindo a salientar a importância da literacia em inteligência artificial, da capacitação dos profissionais de enfermagem e do fortalecimento da voz da enfermagem na conceção, implementação e avaliação destas tecnologias (Hoelscher & Pugh, 2025; Reading Turchioe et al., 2025; Ronquillo et al., 2021)

Em síntese, os desafios da era digital não anulam os princípios fundamentais da liderança em enfermagem, mas tornam o seu exercício mais exigente e multifacetado. Continuará a ser essencial comunicar com clareza, motivar equipas, gerir conflitos e promover ambientes colaborativos; contudo, estas funções passam agora a ser desempenhadas num contexto mais dinâmico, tecnológico e eticamente complexo. O verdadeiro desafio do enfermeiro líder contemporâneo reside, assim, em conjugar inovação com humanização, eficiência com prudência e tecnologia com responsabilidade, garantindo que a transformação digital se coloca efetivamente ao serviço da equipa, da segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

BARREIRAS E DESAFIOS

Na enfermagem, à semelhança de outras profissões onde existem hierarquias, a liderança tem como objetivo a coesão de equipas, por vezes multidisciplinares, fomentando um ambiente de trabalho produtivo e superando desafios, para responder ao objetivo primordial: suprir as necessidades dos utentes.

Posto isto é essencial que o enfermeiro, quando assume uma posição de chefia, seja sensível para perceber que a liderança depende de uma “aprendizagem social”, devendo ser treinada e aperfeiçoada, sendo influenciada por diversos fatores, intrínsecos ao líder (que deve conhecer-se), bem como ao contexto (deve conhecer o ambiente e os seus liderados) (Parreira et al., 2013).

A liderança é amplamente reconhecida como um fator determinante e com impacto indireto na qualidade dos cuidados ao doente, através da motivação das equipas e na eficácia organizacional (Frederico, 2022; Solman, 2017). Pese embora a sua importância, muitos enfermeiros continuam a percecioná-la como uma tarefa complexa e desafiante, confundindo frequentemente o ato de liderar com a execução de tarefas técnicas ou de rotinas profissionais (Strapasson & Medeiros, 2009).

No contexto organizacional, os enfermeiros líderes enfrentam diversos desafios que podem comprometer o seu desenvolvimento e o das equipas. Entre os mais relevantes destacam-se as barreiras estruturais e institucionais, como hierarquias rígidas, culturas conservadoras resistentes à mudança e modelos de gestão tradicionais que limitam a autonomia e a valorização dos profissionais. A estas dificuldades juntam-se a escassez de recursos humanos e materiais, as restrições orçamentais e as infraestruturas deficitárias, que dificultam a prestação de cuidados de qualidade. Soma-se ainda a excessiva centralização das decisões e a ineficiência nos canais de comunicação, fatores que fragilizam o papel dos líderes intermédios (Blanchard, 2023).

A comunicação é um elemento central da liderança e uma das áreas mais vulneráveis. Conflitos interpessoais, diferenças geracionais e divergências entre profissionais de distintas áreas constituem obstáculos frequentes nas equipas multidisciplinares. Mesmo as tecnologias de comunicação, embora úteis, podem criar novos desafios quando não são acompanhadas por competências relacionais adequadas (Costa et al., 2017).

Em termos profissionais, a sobrecarga de trabalho, o *burnout*, a baixa valorização e a acumulação de funções e responsabilidades são fatores críticos que condicionam o

desempenho dos líderes. No plano psicossocial, sobressai a necessidade de desenvolver competências de gestão emocional, resiliência, inteligência emocional e gestão de conflitos, uma vez que a promoção de um ambiente de trabalho saudável continua a ser uma das maiores dificuldades (Ystaas et al., 2023).

De acordo com Lourenço(2021), as relações entre líderes e equipas nem sempre são harmoniosas, sendo a gestão de conflitos e a criação de um clima organizacional positivo desafios permanentes. A resistência à mudança surge, frequentemente, associada a fatores psicológicos e à dificuldade de adaptação a novas dinâmicas de trabalho. Para mitigar esses efeitos, torna-se essencial investir em estratégias de comunicação eficaz, na gestão da ansiedade organizacional e na implementação de processos de adaptação bem estruturados (Strapasson & Medeiros, 2009).

Entre abordagens que se têm revelado mais eficazes em Enfermagem, destaca-se a liderança transformacional, que procura, como antes referido, inspirar e motivar as equipas, estimular o desenvolvimento individual e promover mudanças organizacionais positivas, refletindo-se diretamente na qualidade dos cuidados. A comunicação assume aqui um papel fundamental, exigindo transparência, escuta ativa, feedback construtivo, assertividade e empatia. A existência de protocolos claros, formação contínua e respeito mútuo são igualmente essenciais para reforçar a coesão e a confiança entre os membros da equipa (Strapasson & Medeiros, 2009).

No que concerne à gestão de equipas, a motivação dos profissionais, a delegação eficaz de funções, o desenvolvimento de competências coletivas, a resolução de conflitos e o trabalho colaborativo são estratégias fundamentais para prevenir a sobrecarga e fomentar a inovação. O *coaching*, em particular, tem sido reconhecido como uma das ferramentas eficaz para apoiar novos líderes, facilitando transições bem-sucedidas e o crescimento pessoal e profissional (Frederico, 2022).

A formação contínua constitui outro pilar essencial, possibilitando o aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, comunicacionais e de liderança, através de workshops, formações especializadas ou pós-graduações (Mondini et al., 2020; Ystaas et al., 2023).

Finalmente, o bem-estar profissional dos líderes e das equipas deve ser entendido como uma prioridade estratégica. A implementação de programas de saúde mental, apoio psicológico, estratégias de gestão de stress, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e iniciativas de reconhecimento contribuem para ambientes de trabalho mais saudáveis e

produtivos, impactando positivamente a qualidade de cuidados e a eficácia organizacional Blanchard (2023).

CONCLUSÕES

Podemos concluir que liderar em enfermagem é muito mais do que ocupar um cargo ou dar orientações. É cuidar de pessoas, que não devem ser apenas um grupo e sim uma equipa, com uma missão em comum. Liderar envolve um ato humano e relacional que exige presença, empatia e capacidade de visão além da tarefa.

Ao longo desta reflexão, percebemos que a liderança não é inata, mas aprendida, desenvolvida e aperfeiçoada ao longo de uma jornada. Ser líder implica autoconhecimento, humildade e disponibilidade para crescer com os pares e colaboradores. O enfermeiro que lidera deve saber ler o contexto, compreender as pessoas e ajustar o seu estilo à maturidade e às necessidades da equipa.

Entre as diferentes abordagens, a liderança transformacional destaca-se por promover equipas coesas, motivadas e comprometidas com a qualidade dos cuidados. Este é um tipo de liderança que inspira e faz crescer, que orienta pelo exemplo, estimula a superação e promove a garantia de futuros líderes. O modelo transformacional valoriza o ser humano como centro do processo, reconhecendo que cuidar da equipa não exige apenas qualidades técnicas, mas também de relação, empatia e propósito.

Consequentemente, o estilo de liderança influencia diretamente o ambiente da equipa, a motivação dos profissionais e a segurança e qualidade dos cuidados ao doente. Equipas lideradas com proximidade, escuta ativa e justiça demonstram mais coesão, satisfação e eficiência. O papel do enfermeiro líder é, por isso mesmo, determinante para a criação de ambientes de trabalho colaborativos, saudáveis e acima de tudo orientados para o bem comum.

Contudo, a liderança em enfermagem é hoje exercida num contexto cada vez mais marcado pela transformação digital dos cuidados, pela crescente utilização de sistemas de informação e pela integração progressiva da inteligência artificial na prática clínica e organizacional. Esta realidade não altera a essência da liderança, mas torna o seu exercício mais exigente, uma vez que o enfermeiro líder passa a necessitar também de competências de literacia digital, análise crítica da informação, capacidade de adaptação à mudança e sensibilidade ética perante a inovação tecnológica. Neste sentido, o desafio contemporâneo da liderança em enfermagem não está apenas em acompanhar a modernização dos serviços, mas em garantir que a tecnologia é utilizada de forma segura, responsável e centrada na pessoa, sem comprometer a relação terapêutica nem os valores humanísticos da profissão.

Como mensagens chave podemos reter o seguinte:

1. Liderar em enfermagem é cuidar de pessoas através de pessoas – O foco da liderança deve ser sempre o bem-estar da equipa, garantindo cuidados de excelência ao utente;
2. O exemplo é a forma mais eficaz de influência – A coerência entre o que se diz e o que se faz é a mensagem mais inspiradora;
3. A comunicação é a base da liderança – a escuta ativa, o feedback empático, construtivo, participativo e regular mantém a equipa unida e funcional;
4. A liderança é aprendida e treinada – não se nasce líder, aprende-se através da prática, da reflexão e do autoconhecimento;
5. A liderança transformacional é a mais eficaz – motiva, desenvolve, inspira e cria equipas mais resilientes, colaborativas e seguras;
6. Um bom líder promove o crescimento dos colaboradores – quando se investe no desenvolvimento da equipa, todos crescem e o serviço melhora;
7. O poder do líder está na relação, não na hierarquia – é a confiança, não o posto ou cargo, que sustenta a autoridade.
8. Na era digital, liderar também implica saber integrar tecnologia com sentido crítico e responsabilidade ética – a inovação só tem valor quando reforça a segurança, a qualidade dos cuidados e a centralidade da pessoa.

Concluindo, liderar é dar sentido ao trabalho coletivo, reconhecer cada elemento como parte de um todo, com uma missão comum. É promover a coesão das equipas num presente sólido, garantindo o futuro. Na enfermagem contemporânea, esse futuro será inevitavelmente influenciado pela transformação digital. Assim, o verdadeiro desafio do enfermeiro líder consiste em conjugar conhecimento, humanidade, inovação e responsabilidade, garantindo que a tecnologia se coloca ao serviço da equipa, do doente e da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelmohsen, S. A., & Al-jabri, M. M. (2025). Artificial Intelligence Applications in Healthcare: A Systematic Review of Their Impact on Nursing Practice and Patient Outcomes. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 57(6), 957–966. <https://doi.org/10.1111/jnu.70040>
- Arcadi, P. (2025). Nursing leadership and artificial intelligence ethics: Safeguarding relationships and values. *Nursing ethics*, 32(8), 2468–2476. <https://doi.org/10.1177/09697330251366599>
- Blanchard, K. (2023). *Um nível superior de liderança (10ª edição)*. Leya.
- Costa, S. D., Silva, P. L. N., Gonçalves, R. P. F., Soares, L. M., Aguiar Filho, W., & Souto, S. G. T. (2017). O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 49–65. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.v11i67p6705-6718>
- El Arab, R. A., Al Moosa, O. A., Sagbakken, M., Ghannam, A., Abuadas, F. H., Somerville, J., & Al Mutair, A. (2025). Integrative review of artificial intelligence applications in nursing: education, clinical practice, workload management, and professional perceptions. *Frontiers in public health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1619378>
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. Em M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 149–156). Livraria Lidel – Edições Técnicas.
- Gonzalez-Garcia, A., Pérez-González, S., Benavides, C., Pinto-Carral, A., Quiroga-Sánchez, E., & Marqués-Sánchez, P. (2024). Impact of Artificial Intelligence-Based Technology on Nurse Management: A Systematic Review. *Journal of nursing management*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/3537964>
- Hoelscher, S. H., & Pugh, A. (2025). N.U.R.S.E.S. embracing artificial intelligence: A guide to artificial intelligence literacy for the nursing profession. *Nursing Outlook*, 73(4). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102466>

Katebi, M., Bahreini, M., Bagherzadeh, R., & Pouladi, S. (2025). Artificial Intelligence and Nursing Management: Opportunities, Challenges, and Ethical Considerations-A Scoping Review. *Journal of nursing management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/2797535>

Kiwanuka, F., Stevanin, S., Ahtisham, Y., Owusu, B., Nurmeksela, A., & Kvist, T. (2025). Nurse Leadership and Artificial Intelligence Integration in Nursing Workforce Management: A Scoping Review. *Journal of advanced nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.70296>

Laukka, E., Pölkki, T., & Kanste, O. (2022). Leadership in the context of digital health services: A concept analysis. *Journal of nursing management*, 30(7), 2763–2780. <https://doi.org/10.1111/jonm.13763>

Lipschuetz, M., & Topaz, M. (2026). Prioritizing nurse-patient relationships in the digital transformation of nursing: A discussion paper. *International journal of nursing studies*, 177, 105369. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105369>

Lourenço, A. O. O. S., da Silva, L., & Assoni, M. A. S. (2021). Os principais desafios dos enfermeiros na liderança em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(67), 6705–6711. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6705-6718>

Määttä, M., Hammarén, M., Kuha, S., & Kanste, O. (2026). Healthcare Professionals' Perceptions of Future Leadership in Digital Healthcare: A Qualitative Study. *Journal of advanced nursing*, 82(2), 1482–1497. <https://doi.org/10.1111/jan.17035>

Mikkonen, K., Tuunainen, S., Oikarinen, A., Jansson, M., Woo, B., Zhou, W., Tam, W., Tuomikoski, A. M., Kaakinen, P., Juntunen, J., & Jarva, E. (2026). Artificial Intelligence Technologies Supporting Nurses' Clinical Decision-Making: A Systematic Review. *Journal of clinical nursing*, 35(4). <https://doi.org/10.1111/jocn.70156>

Mondini, C., Cunha, I., Trettene, A., Fontes, C., Bachega, M., & Cintra, F. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: Knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>

Parreira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Gestão em organizações de saúde*.

Reading Turchioe, M., Pepingco, C., Ronquillo, C., Ferrara, S. A., Topaz, M., Austin, R., & Lytle, K. (2025). Education, empowerment, and elevating nursing voices: Nursing informatics leaders' perspectives on the path forward with artificial intelligence in nursing. *Nursing Outlook*, 73(5). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102484>

Ronquillo, C. E., Peltonen, L. M., Pruinelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., Cato, K., Hardiker, N., Junger, A., Michalowski, M., Nyrup, R., Rahimi, S., Reed, D. N., Salakoski, T., Salanterä, S., Walton, N., Weber, P., Wiegand, T., & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of advanced nursing*, 77(9), 3707–3717. <https://doi.org/10.1111/jan.14855>

Solman, A. (2017). Nursing leadership challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 405–406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12507>

Strapasson, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228–233.

Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

Yukl, G. (2013). *Leadership in Organizations* (8ª edição). PEARSON EDUCATION.

**APÊNDICE VII — APRESENTAÇÃO NO IX FÓRUM FCSE — A LIDERANÇA
EM ENFERMAGEM NA ERA DIGITAL**



Liderança em Enfermagem na Era Digital

Por Enf. Enoque Guedes
Sob a orientação do Prof.º Doutor

26 de março de 2026

Agenda da Sessão

- Introdução
- Definição da Liderança
- Teorias clássicas de Liderança
- Os desafios da era digital
- Barreiras e desafios na Liderança
- Conclusões e mensagens-chave

Definição da liderança

Definição

Processo em que há influência intencional exercida sobre outras pessoas para guiar, estruturar e facilitar atividades relacionadas com um grupo ou organização.

Temática transversal às instituições

- Militar
- Política
- Desporto
- Empresas
- Instituições de Saúde

Yukl (2013)

Teorias clássicas da liderança

Teorias clássicas de Liderança

Evolução das Teorias

- Abordagem dos Traços de Personalidade
- Abordagem Comportamental
- Abordagem Situacional
- Liderança Transacional e Transformacional

(Parreira et al., 2013)



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:
desafios para a enfermagem especializada



Teoria dos Traços de Personalidade

- Postulava que a liderança era inata, dependendo de qualidade específicas como inteligência ou iniciativa.
- Ideia do “Grande Homem”! Mas quais as suas características?
- Esta abordagem tradicional, caiu quando se percebeu a dificuldade de isolar um conjunto “finito” de características que definiriam o líder.

(Parreira et al., 2013).



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: ^A
desafios para a enfermagem especializada



Abordagem Comportamental

- Introduzida em 1939 por White e Lippit, focavam-se nos estilos de comportamento do líder em vez da sua personalidade.
- Definição de 3 tipos:
 - Autoritário
 - Muita preocupação com a tarefa e nenhuma com os colaboradores.
 - Liberal/Laissez-faire
 - Não impõe regras, dando total liberdade aos colaboradores. Há uma ideia de abandono.
 - Democrático
 - Prima-se a relação a nível interpessoal com o grupo.

(Parreira et al., 2013)

Abordagem

Em 1964, Blake e Mouton propuseram que os **líderes efetivos** têm uma grande consideração com a produção, ilustrando a gestão de um ponto de **vista bidimensional, equilibrando a eficácia e a humanidade**.

Esta abordagem depende apenas de duas variáveis: **tarefa e subordinados**.

O ideal será **conciliar as duas variáveis** de forma **harmoniosa**, com um estilo integrador, sendo este o mais eficaz.



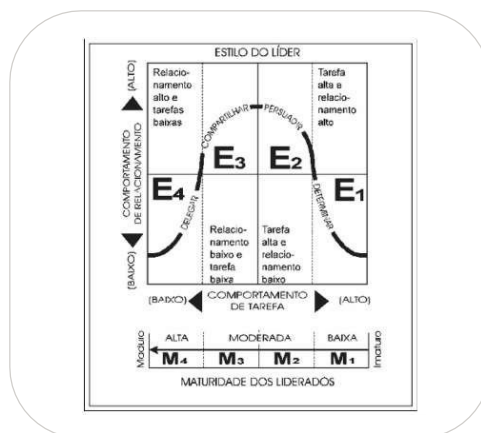
(Yukl, 2013).

Fig 1. - A grelha de gestão, adaptado

Abordagem Situacional

Desenvolvida por Blanchard e Hersey em 1992, defendia que a eficácia de um estilo de liderança dependia da maturidade dos subordinados e das características da situação.

O modelo associa quatro níveis de maturidade dos colaboradores a quatro estilos de liderança, sugerindo que um líder eficaz adapte seu estilo à maturidade de sua equipe.



(Parreira et al., 2013).

Fig 2. - A grelha de gestão, adaptado de Parreira et al, 2013

Liderança Transacional e Transformacional

Em 1990, Bass e Avolio desenvolveram o continuum "Full Range Leadership Model", apelando aos valores morais, centrando-se no comprometimento mútuo.

(Avolio & Bass, 2004)

Laissez-Faire	Transacional		Transformacional (4 I's)				
	Gestão por Exceção		Recompensa Contingente	Consideração individualizada	Estimulação intelectual	Inspiração motivacional	Influência Idealizada
	Passiva	Ativa		Caring	Thinking	Role Model	Carisma

Teorias Clássicas de Liderança

Mudança de Ponto de Vista

- A evolução das teorias de liderança reflete um deslocamento progressivo do foco:
 - Do líder (quem era) para as ações (o que fazia);
 - Das características pessoais para as interações sociais;
 - De uma visão estática para uma visão dinâmica do líder.

Este conceito é transferível para a Enfermagem especializada?

Na Enfermagem

O objetivo é também:

- **Coesão** de equipa
- **Ambiente** de trabalho **produtivo**
- Suprir as **necessidades** dos utentes e colaboradores
- **Motivar** a equipa
- Organizar e **coordenar**
- Desenvolver **capacidades**



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:
desafios para a enfermagem especializada



O Papel do Enfermeiro Líder

Aprendizagem Social

- A liderança deve ser treinada e aperfeiçoada, sendo constante o desenvolvimento de competências, a adaptação a novas situações, compreendendo as dinâmicas do grupo.

Fatores que influenciam a eficácia:

Intrinsecos

- Conhecimento de si mesmo
- Auto-consciência
- Auto-reflexão

Contextuais

- Conhecimento do ambiente
- Conhecimento dos subordinados



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: ^A
desafios para a enfermagem especializada



Os desafios da era digital

Liderar em enfermagem na era digital

- A transformação digital alterou os contextos assistenciais e organizacionais em saúde.
- Surgem novas formas de comunicar, registrar, monitorizar e decidir.
- A liderança mantém a sua essência relacional e humana.
- Passa a exigir novas competências digitais e adaptação contínua à mudança.

(Laukka et al., 2022; Hoelscher & Pugh, 2025; Ronquillo et al., 2021)

Oportunidades da transformação digital e Inteligência Artificial

- **Apoio** à tomada de **decisão** clínica e organizacional.
- Melhor **distribuição** de recursos e **planeamento** da força de trabalho.
- Identificação precoce de situações de **risco**.
- Monitorização de **indicadores** de qualidade e segurança.
- **Otimização** de tarefas administrativas e maior **eficiência** operacional.

O enfermeiro líder passa a dispor de mais informação em tempo real, permitindo decisões mais informadas e respostas mais céleres.

(Abdelmohsen & Al-jabri, 2025; Gonzalez-Garcia et al., 2024; Kiwanuka et al., 2025; Mikkonen et al., 2026)

Desafios para o enfermeiro especialista (líder)

- **Resistência** à mudança e insegurança perante a inovação.
- **Sobrecarga** de informação e **multiplicidade** de sistemas.
- Falta de **interoperabilidade** entre plataformas.
- **Desigualdade** nas competências digitais entre os profissionais.
- Necessidade de **gerir transições** tecnológicas e impactos emocionais da mudança.

O líder deixa de gerir apenas pessoas e processos assistenciais, passando também a gerir adaptação organizacional e tecnológica.

(Gonzalez-Garcia et al., 2024; Katebi et al., 2025; Kiwanuka et al., 2025; Määtä et al., 2026)

Ética, humanização e novas competências

- **Privacidade** e proteção de dados.
- **Viés** algorítmico e transparência das decisões automatizadas .
- Risco de **desumanização** dos cuidados.
- A tecnologia deve **apoiar, não substituir**, o raciocínio clínico e a relação terapêutica.
- O líder deve desenvolver **literacia** digital, **análise** crítica da informação e **sensibilidade** ética.

Inovar só faz sentido quando a tecnologia reforça a segurança, a qualidade e a centralidade da pessoa.

(Arcadi, 2025; El Arab et al., 2025; Lipschuetz & Topaz, 2026; Hoelscher & Pugh, 2025; Reading Turchioe et al., 2025)

Novas competências

- **Mantêm-se fundamentais** as competências **relacionais, comunicacionais** e **organizacionais**.
- O líder contemporâneo deve **desenvolver** literacia **digital** e **análise crítica** da informação.
- Torna-se essencial a **sensibilidade ética** perante a inovação e a inteligência artificial.
- O enfermeiro líder deve **formar, capacitar** e **acompanhar** equipas em ambientes tecnologicamente mediados.
- A **formação contínua** é indispensável para uma utilização segura, responsável e orientada por evidência.

(Hoelscher & Pugh, 2025; Reading Turchioe et al., 2025; Ronquillo et al., 2021)

Barreiras e desafios na liderança

Desafios de Liderança em Enfermagem

Barreiras estruturais e institucionais

- Hierarquias rígidas e culturas conservadoras
- Modelos de gestão tradicionais que limitam a autonomia
- Escassez de recursos humanos e materiais
- Centralização excessiva das decisões

(Blanchard, 23)

Barreiras comunicacionais

- Conflitos interpessoais e diferenças geracionais
- Divergências entre profissionais de distintas áreas
- Desafios criados pelas tecnologias de comunicação
- Comunicação inadequada em equipas multidisciplinares

(Costa et al., 2017)

Desafios de Liderança em Enfermagem

Barreiras profissionais

- Sobrecarga de trabalho e burnout Acumulação de funções e responsabilidades
- Baixa valorização do trabalho de liderança
- Dificuldades em delegar tarefas

(Ystaas et al., 2023)

Barreiras psicossociais

- Desenvolvimento de competências de gestão emocional
- Dificuldades na gestão de conflitos
- Resistência à mudança e adaptação a novas dinâmicas
- Promoção de um ambiente de trabalho saudável

(Ystaas et al., 2023)



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:
desafios para a enfermagem especializada



Estratégias eficazes

Liderança Transformacional

- **Inspira** e **motiva** as equipas, **estimula** o desenvolvimento individual e promove mudanças organizacionais positivas, **refletindo-se** diretamente na **qualidade** dos cuidados.

Comunicação Eficaz

- Transparência, escuta ativa, feedback construtivo, assertividade e empatia são fundamentais. Protocolos claros, formação contínua e respeito mútuo reforçam a coesão e a confiança.

(Lourengo, 2021).



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: ^A
desafios para a enfermagem especializada



Estratégias eficazes

Gestão de Equipa

- **Motivação** dos profissionais, **delegação** eficaz de funções e desenvolvimento de **competências coletivas**. Resolução de **conflitos** e trabalho colaborativo para prevenir a **sobrecarga**.

(Frederico, 2022).

Formação Contínua

- **Aperfeiçoamento** de competências técnico-científicas, comunicacionais e de liderança através de workshops, **formações** especializadas ou pós-graduações

(Mondini et al., 2020; Ystaas et al., 2023).

Estratégias eficazes

Bem-Estar Profissional

- Implementação de programas de saúde mental e apoio psicológico.
- Estratégias de **gestão** de **stress** e **equilíbrio** entre a vida pessoal e profissional, criando ambientes de trabalho mais saudáveis.

(Blanchard, 2023).

Coaching

- Ferramenta eficaz para apoiar novos líderes, facilitando transições bem-sucedidas e o crescimento pessoal e profissional.

(Frederico, 2022).

Conclusões e mensagens a reter



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:
desafios para a enfermagem especializada



Conclusão

Liderar em enfermagem na era digital é muito mais do que ocupar um cargo ou dar orientações. É entender que:

Cuidamos de pessoas através de pessoas

- A liderança visa o bem-estar da equipa para garantir a excelência dos cuidados

Liderança é aprendida e treinada

- A liderança aperfeiçoa-se com a prática e reflexão

Liderança na era digital

- O enfermeiro líder deve integrar tecnologia com sentido crítico, responsabilidade ética e foco na humanização.

Comunicação é a base

- A escuta ativa e o *feedback* construtivo são cruciais para manter a equipa unida.

Liderança transformacional

- O estilo transformacional cria equipas mais resilientes e colaborativas.



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL: ^A
desafios para a enfermagem especializada



Mensagens chave a reter

8 princípios fundamentais para um líder eficaz em enfermagem

- Liderar em enfermagem é cuidar de pessoas através de pessoas.
- O exemplo é a forma mais eficaz de influência.
- A comunicação é a base da liderança.
- A liderança é aprendida e treinada.
- A liderança transformacional é a mais eficaz.
- Um bom líder promove o crescimento dos colaboradores.
- O poder do líder está na relação, não na hierarquia.
- Na era digital, liderar implica integrar tecnologia com sentido crítico, ética e humanização.



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:

desafios para a enfermagem especializada



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PAROISSA

Bibliografia

- Abdelmohsen, S. A., & Al-Jabri, M. M. (2025). Artificial Intelligence Applications in Healthcare: A Systematic Review of Their Impact on Nursing Practice and Patient Outcomes. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International*, Honor Society of Nursing, 57(6), 957–968. <https://doi.org/10.1111/jnu.73046>
- Arcadi, P. (2025). Nursing leadership and artificial intelligence ethics: Safeguarding relationships and values. *Nursing ethics*, 32(8), 2468–2476. <https://doi.org/10.1177/09697330251365568>
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and sampler set (3rd ed.). Mind Garden.
- Blanchard, K. (2023). *Um nível superior de liderança* (10ª edição). Leya.
- Costa, S. D., Silva, P. F. L., Gonçalves, R. P. F., Soares, L. M., Aguiar Filho, W., & Souto, S. G. T. (2017). O exercício da liderança e seus desafios na prática do enfermeiro. *Journal of Management and Primary Health Care*, 8(1), 49–65. <https://doi.org/10.36488/saudecoletiva.v11i67p6705-6718>
- El Arab, R. A., Al Moosa, O. A., Sagbakken, M., Ghannam, A., Abudias, F. H., Somerville, J., & Al Mutair, A. (2025). Integrative review of artificial intelligence applications in nursing: education, clinical practice, workload management, and professional perceptions. *Frontiers in public health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1616478>
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. Em M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (pp. 149–156). Livraria Lidel – Edições Técnicas.
- Gonzalez-Garcia, A., Pérez-González, S., Benevides, C., Pinto-Carral, A., Quiroga-Sánchez, E., & Marqués-Sánchez, P. (2024). Impact of Artificial Intelligence-Based Technology on Nurse Management: A Systematic Review. *Journal of nursing management*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/3537964>
- Hoelscher, S. H., & Pugh, A. (2025). N.U.R.S.E.S. embracing artificial intelligence: A guide to artificial intelligence literacy for the nursing profession. *Nursing Outlook*, 73(4). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102466>
- Katebi, M., Bahreini, M., Bagherzadeh, R., & Pouladi, S. (2025). Artificial Intelligence and Nursing Management: Opportunities, Challenges, and Ethical Considerations-A Scoping Review. *Journal of nursing management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/jonm/2797336>
- Kiwanuka, F., Stevanin, S., Ahtisham, Y., Owusu, B., Nurmekela, A., & Kvist, T. (2025). Nurse Leadership and Artificial Intelligence Integration in Nursing Workforce Management: A Scoping Review. *Journal of advanced nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.72936>
- Laukka, E., Poiki, T., & Kanste, O. (2022). Leadership in the context of digital health services: A concept analysis. *Journal of nursing management*, 30(7), 2763–2780. <https://doi.org/10.1111/jonm.13763>
- Lipschultz, M., & Topaz, M. (2026). Prioritizing nurse-patient relationships in the digital transformation of nursing: A discussion paper. *International journal of nursing studies*, 177, 105369. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105369>
- Lourengo, A. O. O. S., da Silva, L., & Assoni, M. A. S. (2021). Os principais desafios dos enfermeiros na liderança em enfermagem. *Saúde Coletiva*, 11(67), 6705–6711. <https://doi.org/10.36488/saudecoletiva.v11i67p6705-6711>
- Määttä, M., Hammarinen, M., Kuha, S., & Kanste, O. (2026). Healthcare Professionals' Perceptions of Future Leadership in Digital Healthcare: A Qualitative Study. *Journal of advanced nursing*, 82(2), 1482–1497. <https://doi.org/10.1111/jan.17035>
- Mikkonen, K., Tuunainen, S., Oksanen, J., Jansson, M., Woo, B., Zhou, W., Tam, W., Tuomikoski, A. M., Kaakinen, P., Juntunen, J., & Jarva, E. (2026). Artificial Intelligence Technologies Supporting Nurses' Clinical Decision-Making: A Systematic Review. *Journal of clinical nursing*, 35(4). <https://doi.org/10.1111/jocn.70156>
- Marks, L., Biles, J., & Kornhaber, R. (2026). Nursing Leadership in Practice: A Qualitative Scoping Review of Framework Implementation Experiences in Public Healthcare Systems. *Journal of Nursing Management*, 2026(1), e8807131. DOI: 10.1155/jonm/8807131. Mondini, C., Cunha, I., Trettene, A., Fontes, C., Bachega, M., & Cintra, F. (2020). Authentic leadership among nursing professionals: Knowledge and profile. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0888>
- Pereira, P., Melo, R., Castilho, A., Vieira, R., & Amaral, A. (2013). *Gestão em organizações de saúde*.
- Reading Turchioe, M., Pelingoo, C., Ronquillo, C., Ferrara, S. A., Topaz, M., Austin, R., & Lytle, K. (2025). Education, empowerment, and elevating nursing voices: Nursing informatics leaders' perspectives on the path forward with artificial intelligence in nursing. *Nursing Outlook*, 73(5). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102484>
- Ronquillo, C. E., Peltonen, L. M., Prunelli, L., Chu, C. H., Bakken, S., Beduschi, A., Cato, K., Hardiker, N., Junger, A., Michalowski, M., Nyrup, R., Rahimi, S., Reed, D. N., Salakoski, T., Salanterä, S., Walton, N., Weber, P., Wiegand, T., & Topaz, M. (2021). Artificial intelligence in nursing: Priorities and opportunities from an international invitational think-tank of the Nursing and Artificial Intelligence Leadership Collaborative. *Journal of advanced nursing*, 77(9), 3707–3717. <https://doi.org/10.1111/jan.14855>
- Solman, A. (2017). Nursing leadership challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 405–406. <https://doi.org/10.1111/jonm.12507>
- Strassman, M. R., & Medeiros, C. R. G. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 228–233. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>
- Ylasea, L. M. K., Nikitara, M., Ghorbali, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>
- Yuki, G. (2015). *Leadership in Organizations* (8ª edição). PEARSON EDUCATION.



Fórum das
Especialidades de
Enfermagem

LITERACIA EM SAÚDE NA ERA DIGITAL:

desafios para a enfermagem especializada



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PAROISSA