

Relatório Final de Estágio

TÍTULO

**Prática de Enfermagem Avançada: Tradução, Adaptação e Evidências de
Validação Transcultural do Instrumento “Advanced Practice Nursing Competency
Assessment Instrument (APNCAI) Para o Contexto Português.**

Nome: Ivo Filipe Dias da Costa

Orientação científica:

Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Mestre e Especialista Marlene Patrícia Ribeiro

Novembro de 2025

Costa, IFD. Prática de Enfermagem Avançada: Tradução, Adaptação e Evidências de Validação Transcultural do Instrumento “Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI) Para o Contexto Português. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à minha família. Sem eles, nada disto seria possível, e por eles, todo o esforço será sempre recompensado.

À minha esposa, Bruna, que foi e sempre será um pilar na nossa vida. Talvez nem ela tenha plena consciência da força e do exemplo que transmite a quem tem o privilégio de estar ao seu lado, incluindo os nossos filhos.

Aos meus filhos, Martim e Francisco, por preencherem um vazio onde antes nada existia. São a imagem de um sentimento difícil de descrever em palavras, que surgiu e multiplicou-se por um infinito. Por serem crianças tão únicas e especiais, que espero nunca desiludir e, um dia, quem sabe, possam ver em mim um exemplo.

Aos meus pais, por representarem um verdadeiro exemplo de vida. Porque nem sempre expressamos a gratidão que merecem. Pelo exemplo de luta, persistência e sentido de família. Tudo o que fizeram e continuam a fazer por mim guardo com enorme apreço no coração.

Ao meu irmão, que, à nossa maneira, mesmo estando longe, está sempre perto.

À minha cunhada, por ser a irmã mais nova que nunca tive, e que sempre precisei, não o sabendo.

A todos aqueles mais próximos e família que escolhemos, os amigos, o meu muito obrigado por estarem presentes, quando mais importa.

Este trabalho é também dedicado a todos aqueles que sentem a necessidade de fazer a diferença ou de ousar fazer algo diferente. A evolução só acontece quando nos movemos e recusamos permanecer estanques.

AGRADECIMENTOS

É imprescindível reconhecer e agradecer àqueles que, de forma significativa, contribuíram para a concretização deste percurso académico e pessoal.

À Professora Matilde Martins, pela orientação segura, disponibilidade constante e incentivo ao longo deste percurso.

À Enfermeira Marlene Ribeiro, pela exigência construtiva, paciência e dedicação, que foram fundamentais para o meu crescimento académico e profissional e um grande exemplo académico e profissional.

Às Professoras Maria Luísa Castro e Andreia Teixeira, pelo contributo técnico e científico na análise estatística, cujo rigor e clareza foram essenciais para o desenvolvimento da investigação.

A todos os orientadores de estágio, pelo acompanhamento, partilha de saberes, confiança e incentivo contínuo ao desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista.

A todos os profissionais que aceitaram participar no estudo, pela colaboração imprescindível que permitiu o desenvolvimento e a robustez desta investigação.

A todos, o meu sincero obrigado.

RESUMO

O presente relatório final integra o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, constitui a síntese de um percurso académico que articulou a prática clínica especializada em contextos de elevada complexidade com a investigação científica aplicada. A sua estrutura organiza-se em duas partes: (i) o relatório de estágios clínicos e (ii) o estudo metodológico de tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação de competências em prática de enfermagem avançada.

Na primeira parte, descreve-se e analisa-se o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em diferentes contextos clínicos. Os estágios decorreram em emergência pré-hospitalar, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, proporciona uma visão integrada do percurso do doente crítico e permite a consolidação de competências especializadas. A prática clínica possibilitou desenvolver competências no cuidado à pessoa e família em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, bem como na prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, em conformidade com os referenciais regulamentares da Ordem dos Enfermeiros.

Na segunda parte, apresenta-se o estudo metodológico de adaptação transcultural e validação do Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI) para o contexto português. O processo seguiu recomendações internacionais, o que inclui a tradução, síntese, retrotradução, análise por comité de especialistas, pré-teste e estudo psicométrico com 264 enfermeiros, com o recurso à análise fatorial e ao estudo da consistência interna. Os resultados demonstraram validade de conteúdo adequada, estrutura fatorial consistente e excelente fiabilidade, o que confirma a robustez da versão portuguesa do instrumento.

Este relatório evidencia a integração entre prática clínica especializada e investigação científica como pilares indissociáveis da formação avançada em enfermagem. A experiência de estágio contribuiu para a consolidação das competências do enfermeiro especialista e o estudo metodológico disponibilizou, em Portugal, um instrumento validado para avaliar competências em prática de enfermagem avançada. Em conjunto, estes resultados reforçam a relevância da prática baseada na evidência e o contributo da enfermagem para a qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Introduction: This final report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialization in the Care of the Critically Ill Person, and constitutes the synthesis of an academic journey that articulated specialized clinical practice in highly complex contexts with applied scientific research. The structure of the work is divided into two parts: the first corresponds to the clinical internship report, and the second to the methodological study of translation, cross-cultural adaptation, and validation of an instrument for assessing competencies in advanced nursing practice.

Objective: To describe and analyse the development of common and specific competencies of specialist nursing in different clinical contexts and to perform the cross-cultural adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI) for Portuguese context.

Background: The internships took place in pre-hospital emergency care, emergency department, and intensive care unit, providing a comprehensive view of the critically ill patient's trajectory and enabling the consolidation of specialized competencies. At the same time, advanced practice nursing, which is expanding in Portugal, lacks specific assessment tools to support its consolidation and the recognition of the specialist nurse's role.

Methodology: The report was based on an expository-reflective methodology, supported by critical analysis of the internship experiences. The research study followed international guidelines for the cross-cultural adaptation of instruments, including translation, synthesis, back-translation, expert committee review, pre-test, and psychometric study with 264 nurses, using factor analysis and internal consistency testing.

Results: Clinical practice enabled the development of specific competencies of the specialist nurse in the Care of the Critically Ill Person, particularly in providing care to patients and families experiencing complex critical illness and/or organ failure, in response leading in emergency exceptional contexts, catastrophe situations, and in preventing, intervening, and controlling infection and antimicrobial resistance, in accordance with the regulatory standards of the Portuguese Ordem dos Enfermeiros. The adaptation process of the APNCAI was carried out without significant difficulties, ensuring adequate content validity, a consistent factor structure, and excellent reliability, confirming the robustness of the Portuguese version of the instrument.

Conclusion: This report highlights the integration between specialized clinical practice and scientific research as inseparable pillars of advanced nursing education. The internship

experience contributed to the consolidation of the specialist nurse's competencies, and the methodological study provided, in Portugal, a validated instrument to assess competencies in advanced nursing practice. Together, these results reinforce the relevance of evidence-based practice and nursing's contribution to the quality and sustainability of healthcare.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ACP - Análise de Componentes Principais
AEM - Ambulâncias de Emergência Médica
APNCAI - Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument
AS - Ambulâncias de Socorro
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BIS - Índice Bispectral
BPS - Behavioral Pain Scale
CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros
CIAV – Centro de Informação Antivenenos
CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CNS – Clinical Nurse Specialist
CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CVC - Cateter Venoso Central
CVP- Cateter Venoso Periférico
DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade
DP – Desvio Padrão
DRN – Delegação Regional do Norte
EE – Enfermeiro Especialista
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMT - Emergency Medical Team
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EVA – Escala Visual Analógica
GCL-PPCIRA – Grupos de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos
GEM - Gabinete de Emergência Médica
GHAF – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia
IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN - International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)

IVC – Índice de Validade de Conteúdo
IRD - Instrumento de Recolha de Dados
JCI - Joint Commission International
KMO - Kaiser-Meyer-Olkin
MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS – Ministério da Saúde
Nº – Número
NP – Nurse Practitioner
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PCA - Principal Component Analysis
PEA – Prática de Enfermagem Avançada
PISEEC - Plano Interno de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe
PNPCIRA - Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência a Antimicrobianos
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RAM – Resistência aos Antimicrobianos
RASS - Richmond Agitation Sedation Scale
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SAV – Suporte Avançado de Vida
SE – Sala de Emergência
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SMIP - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
START - Simple Triage and Rapid Treatment

SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
TCE – Traumatismo Craneoencefálico
TDC – Transporte do Doente Crítico
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
UCI- Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
ULSTS- Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa
VM – Ventilação Mecânica
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	3
1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	4
1.1 Estágio de Opção - Instituto Nacional De Emergência Médica	5
1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	8
1.3 Serviço de Medicina Intensiva Polivalente.....	11
2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO.....	14
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	14
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	14
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	16
2.1.3 Domínio da Gestão dos cuidados	17
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	19
2.2 Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	20
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	21
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	25
2.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	26
2.3 Conceptualização dos Cuidados.....	29
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	31
INTRODUÇÃO AO ESTUDO.....	32
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2. METODOLOGIA	39
2.1 Apresentação do Instrumento	39
2.2 Estudo Metodológico de Tradução, Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo.....	40
2.2.1 Tradução Inicial do Instrumento para a Língua Portuguesa	40
2.2.2 Síntese de Traduções.....	41
2.2.3 Retrotradução.....	41
2.2.4 Revisão por Comité de Especialistas.....	42
2.2.5 Pré-Teste.....	44
2.2.6 Submissão de Todo o Processo Realizado ao Autor	45
2.3 Estudo Metodológico de Avaliação de Validade e Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI	45
2.3.1 Desenho e Contexto	45
2.3.2 População e Amostra.....	46
2.3.3 Instrumento de recolha de dados.....	46
2.3.4 Procedimentos de Recolha de Dados	47
2.3.5 Análise de Dados.....	47
2.3.6 Considerações Éticas.....	48
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50

3.1	Apresentação dos Resultados de Estudo Metodológico de Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo	50
3.2	Apresentação dos Resultados do Estudo Metodológico de Avaliação de Validade e Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI	55
3.2.1	Análise Descritiva – Caracterização da Amostra	55
3.2.2	Análise descritiva – Caracterização da escala.....	57
3.2.3	Validação da Estrutura Interna da Versão Portuguesa do APNCAI.....	60
3.2.4	Avaliação da Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI	62
4.	DISCUSSÃO.....	66
	CONCLUSÕES DO ESTUDO	72
5.	SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
	APÊNDICE I.....	90
	ANEXO I.....	93
	ANEXO II.....	96
	ANEXO III.....	97
	ANEXO IV	98

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica do Comitê de Especialistas	50
Tabela 2 – Valores do IVC para avaliações de equivalências, clareza e relevância de todos os itens do instrumento.....	51
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos participantes do Pré-teste (n=35).....	54
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica, profissional e acadêmica da amostra (n=264).....	55
Tabela 5 - Caracterização das respostas dos participantes aos itens da escala (n = 264).....	57
Tabela 6 – Composição dos sete fatores do APNCAI, com indicação dos pesos fatoriais de cada item, obtidos pela ACP (n = 264).	60
Tabela 7 - Análise da fiabilidade por fator.....	61

QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Organograma Operacional INEM	5
Quadro 1 - Características e diferenciações dos Enfermeiros de Prática Avançada	35
Figura 2 – Gráfico de esarpa.....	59

INTRODUÇÃO

Integrado no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e desenvolvido na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, o presente trabalho constitui o culminar de um percurso académico e profissional orientado para a excelência nos cuidados à pessoa em situação crítica e para a produção de conhecimento científico relevante para a profissão de enfermagem. Neste contexto, foi elaborado o presente relatório composto por duas partes distintas, que refletem a articulação entre a prática clínica especializada e a investigação científica rigorosa, pilares centrais na formação do enfermeiro especialista.

A primeira consiste no relatório de estágio, desenvolvido nos contextos de Emergência Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Estes ambientes, caracterizados por elevada complexidade e exigência, permitiram o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e relacionais essenciais para o exercício da enfermagem em situações críticas. Através da reflexão crítica sobre as experiências vividas, esta secção evidencia o percurso de aquisição de competências comuns e específicas, bem como a consolidação de uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa.

A transição para a segunda parte do relatório é sustentada por um momento de análise e contextualização da realidade profissional. Com base na experiência adquirida como enfermeiro no Reino Unido, durante três anos, emergiu uma reflexão profunda sobre as diferenças estruturais, culturais e organizacionais no exercício da profissão em contextos internacionais. Esta vivência reforçou a perceção da importância e da atualidade do conceito de Prática de Enfermagem Avançada, o que abre espaço para uma análise crítica sobre o seu estado de desenvolvimento em Portugal.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, a escassez de profissionais e a necessidade de garantir acessibilidade, eficiência e qualidade nos cuidados tornam urgente o reconhecimento e a formalização de papéis avançados em enfermagem. Tal como alertado pela Organização Mundial da Saúde (2021) e sustentado por estudos internacionais (Kilpatrick et al., 2024; Woo et al., 2023), a implementação de modelos de Prática de Enfermagem Avançada pode traduzir-se em ganhos significativos em termos de resultados clínicos, satisfação dos utentes e sustentabilidade dos serviços. Em Portugal, apesar dos avanços registados, esta realidade ainda se encontra em fase de construção e carece de instrumentos específicos para a sua avaliação e desenvolvimento.

Neste contexto, a segunda parte do relatório corresponde ao desenvolvimento de uma investigação, cujo objetivo principal foi proceder à tradução, adaptação transcultural e validação do *Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument* (APNCAI) para o contexto português. Trata-se de um instrumento originalmente desenvolvido em Espanha, que avalia as competências associadas à prática de enfermagem avançada e que, até ao momento, não tinha sido validado para o contexto nacional, apresentado em ANEXO I. Como objetivo secundário realizar o estudo metodológico de avaliação da validade e fiabilidade com base nas orientações propostas por Beaton et al. (2007). Segundo Epstein, Santo e Guillemin (2015), esta metodologia é considerada uma das abordagens mais recomendadas, amplamente adotada em estudos de adaptação transcultural publicados em revistas científicas da área da saúde.

Este trabalho, ao conjugar a experiência clínica especializada com a investigação aplicada, visa não só consolidar as competências adquiridas ao longo do mestrado, mas também, contribuir ativamente para o avanço da enfermagem em Portugal, pela disponibilização de uma ferramenta válida e fiável para a avaliação das competências em Prática Avançada. Trata-se de um contributo significativo para a valorização da profissão e para a promoção de cuidados de saúde mais qualificados, acessíveis e sustentáveis.

Para a elaboração do presente relatório, recorreu-se a uma metodologia expositiva-reflexiva, alicerçada na análise crítica de experiências profissionais desenvolvidas em contextos diferenciados de prática clínica. A construção do conteúdo baseou-se em registos e apontamentos realizados ao longo do percurso, os quais permitiram sustentar a descrição das atividades desenvolvidas, bem como a reflexão sobre as competências adquiridas. Esta abordagem possibilitou integrar a vertente descritiva com a componente reflexiva, ao promover uma análise estruturada e fundamentada da progressão técnico-científica e pessoal no decurso do exercício profissional supervisionado.

PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), é essencial que os futuros enfermeiros especialistas desenvolvam uma compreensão aprofundada sobre as especificidades da sua atuação no contexto da enfermagem especializada. A componente prática dos estágios desempenha um papel fundamental nesse processo, proporciona uma aprendizagem integrada na realidade clínica e permite a aquisição e consolidação de competências num ambiente real de prestação de cuidados (OE, 2021).

No caso da área do doente crítico, onde se exige um elevado juízo clínico e o domínio de competências técnicas e não técnicas, torna-se indispensável que, além da prática supervisionada, o enfermeiro reflita criticamente sobre as competências adquiridas e os objetivos delineados para o seu desenvolvimento profissional. Assim, a realização dos estágios assume um papel central na preparação para uma prática especializada, o que torna esta experiência estruturante para a evolução das competências e para a qualificação do enfermeiro na área do doente crítico.

Com o intuito de aprofundar e direcionar os conhecimentos nesta área, foram selecionados campos de estágio que me permitissem uma visão abrangente do percurso dos doentes críticos, desde a necessidade inicial de cuidados até à sua estabilização. Para tal, foi optado por integrar três contextos distintos, mas complementares, que refletem as diferentes fases da prestação de cuidados nesta área.

Os estágios decorreram no contexto pré-hospitalar, através da integração em equipas da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Santo Tirso e da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS), entre 6 de maio e 29 de julho de 2024. Seguiu-se a experiência em ambiente hospitalar, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS), de 16 de setembro a 22 de novembro de 2024, e, por fim, no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP) da mesma unidade, entre 25 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025.

No total, foram contabilizadas 750 horas de contacto, distribuídas equitativamente por 250 horas em cada um dos três contextos de estágio. Esta distribuição permitiu não apenas a consolidação de competências técnicas e não técnicas, mas também uma compreensão mais holística dos desafios inerentes à prestação de cuidados ao doente crítico em diferentes fases

da sua trajetória clínica. Além disso, possibilitou aprofundar o nível de cuidados e de intervenção exigidos ao enfermeiro especialista ao longo de todo o percurso do doente, desde a fase mais aguda até à sua eventual estabilização.

Com o objetivo de integrar os subcapítulos seguintes e facilitar a compreensão e contextualização da componente prática, segue-se uma breve descrição dos locais de estágio.

1.1 Estágio de Opção - Instituto Nacional De Emergência Médica

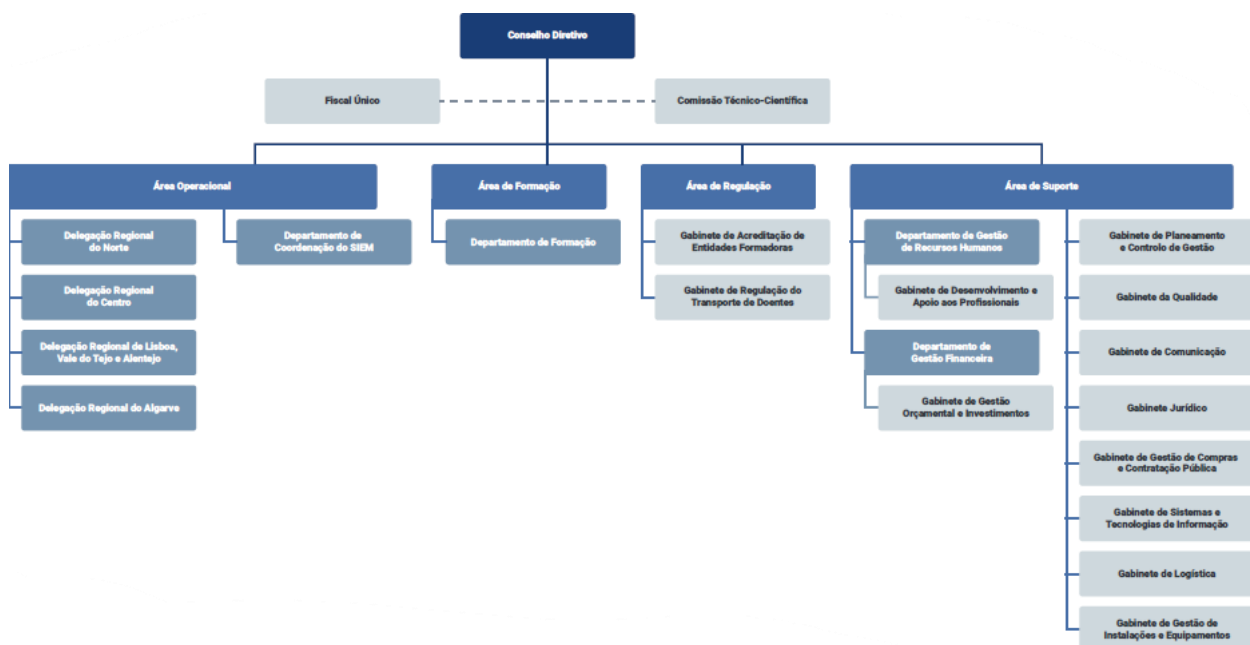
O primeiro local de estágio compreendeu a divisão de horas de prática clínica em meio pré-hospitalar nomeadamente nos meios SIV e VMER, integrantes do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) da Delegação Regional do Norte (DRN).

O INEM foi criado em 1981 e é o organismo do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar o funcionamento, em Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que visa garantir a pronta e correta prestação de cuidados de saúde às vítimas de acidente ou doença súbita. A prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM.

A estrutura deste organismo está organizada como representado no seguinte organograma da Figura 1.

Figura 1

Organograma Operacional INEM



Adaptado de INEM, 2024

De forma a garantir a eficácia e o correto cumprimento das funções atribuídas, o INEM possui uma carteira de serviços que se divide, nomeadamente, nas seguintes áreas:

- Gestão do SIEM;
- Atividade dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), 24 horas por dia, 365 dias por ano;
- Assistência em emergência médica extra-hospitalar (pré-hospitalar e inter-hospitalar) adequada a vítimas de acidente ou doença súbita, 24 horas por dia, 365 dias por ano, providencia o transporte para as unidades de saúde adequadas e promove, coordenando e participando no transporte inter-hospitalar do/a doente urgente/emergente, em articulação com as unidades de saúde envolvidas;
- Regulação da atividade de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) em ambiente extra-hospitalar e implementação de um Programa Nacional de DAE (PNDAE);
- Regulação da atividade de transporte de doentes e dos respetivos veículos;
- Planeamento, coordenação e prestação de assistência médica;
- Promoção da formação dos/as profissionais indispensáveis às ações de emergência médica;
- Promoção da formação para o público em geral;
- Acreditação de entidades externas para formação em emergência médica;
- Divulgação das atividades do INEM.

(Instituto Nacional de Emergência Médica, 2023, p. 12)

No âmbito dos serviços prestados pelo INEM, o estágio clínico possibilitou a observação do funcionamento do CODU, ao longo de 8 horas de prática supervisionada, permitiu compreender o algoritmo de encaminhamento e socorro à vítima, a mobilização dos meios adequados, a articulação entre os diferentes recursos de emergência e o funcionamento do SIEM.

De acordo com o INEM (2023) são seus constituintes, diversos meios de socorro à vítima, nomeadamente: Helicópteros de Emergência Médica, Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), Motociclos de Emergência Médica (MEM), Ambulâncias de Socorro (AS), Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), VMER e Ambulâncias de SIV.

No estágio, as horas de prática clínica foram divididas entre a SIV, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, como por exemplo manobras de

reanimação — a sua tripulação é constituída por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) — e a VMER, que se caracteriza como um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra a vítima. A equipa da VMER é composta por um Médico e um Enfermeiro, ao dispor de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). As VMER atuam sob a dependência direta do CODU e têm base hospitalar.

A VMER da ULSTS serve uma vasta área geográfica que abrange 12 concelhos distribuídos por quatro distritos, correspondendo à área de influência da ULSTS (ULSTS, 2023). A região de intervenção inclui os municípios de Penafiel, Paredes, Lousada, Paços de Ferreira, Felgueiras, Amarante, Baião, Marco de Canaveses, Celorico de Basto, Cinfães, Resende e Castelo de Paiva, assiste aproximadamente 520.000 habitantes, o que representa cerca de 5% da população portuguesa (ULSTS, 2023).

Segundo o INEM, as VMER não possuem áreas de intervenção fixas, são acionadas com base na proximidade e na adequação ao tipo de ocorrência, conforme estipulado no Despacho n.º 5561/2014 (INEM, 2014), pelo que, na prática, a VMER do Vale do Sousa intervém frequentemente nos concelhos referidos devido à sua localização estratégica e à necessidade de cobertura da vasta área de influência da ULSTS.

Relativamente à área de atuação primária da SIV de Santo Tirso, esta compreende todo o concelho de Santo Tirso, com uma área total de 136,60 km² e uma população de 67.785 habitantes, distribuídos por 14 freguesias (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Para além da cobertura local, esta ambulância, à semelhança do que acontece com as VMER, é frequentemente mobilizada para concelhos vizinhos, como Trofa, Vizela, Paredes e Paços de Ferreira, sempre que a proximidade geográfica ou a necessidade de recursos assim o justifique (Costa, 2020; INEM, 2017).

Durante o estágio realizado nos meios de emergência pré-hospitalar, foi possível contactar com uma ampla diversidade de situações clínicas. As ocorrências mais frequentes incluíram emergências médicas como dispneias, alterações do estado de consciência associados a AVC, enfarte agudo do miocárdio, paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão, obstruções da via aérea e anafilaxias, bem como diversas situações relacionadas com o trauma, como acidentes de viação, quedas e politraumatismos. O perfil das ocorrências no pré-hospitalar é marcado por uma elevada variabilidade clínica e exigência técnica, destacando-se, neste contexto, a VMER do Vale do Sousa pela sua elevada carga operacional, assistindo uma população significativamente superior à média nacional atribuída a outros

meios idênticos, como já referido anteriormente. A experiência nos dois contextos revelou-se vasta e diferenciada, permitiu o contacto com múltiplos níveis de complexidade clínica e contribuiu para o desenvolvimento de competências essenciais à prática em enfermagem de emergência.

1.2 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O ensino clínico em contexto de urgência foi desenvolvido na ULSTS. Esta unidade foi criada no início de 2024, tendo por base o, anteriormente denominado, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, e tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde à população do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, com uma área de abrangência de aproximadamente 450.000 habitantes (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, 2024). A ULSTS integra dois hospitais: o Hospital Padre Américo, que dispõe de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), e o Hospital de São Gonçalo, que conta com um Serviço de Urgência Básico (SUB). A ULSTS resulta também da integração do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa com os ACeS do Tâmega I – Baixo Tâmega, com exceção do Centro de Saúde de Celorico de Basto, do Tâmega II – Vale do Sousa Sul e do Tâmega III – Vale do Sousa Norte.

O presente relatório incide sobre o SUMC, unidade onde decorreu o estágio, dada a sua importância na prestação de cuidados diferenciados a doentes com problemas médicos e cirúrgicos, resultantes de doença súbita, agudização de doença crónica ou trauma. A sua área de influência abrange os concelhos de Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende.

De acordo com o Relatório de Atividades do Serviço de Urgência (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSTS, 2024), o SUMC recebe, em média, 346 admissões diárias, incluindo adultos e crianças vítimas de trauma que necessitam de cuidados ortopédicos ou cirúrgicos especializados, garantindo uma resposta eficaz às necessidades emergentes da população. O serviço tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde em situações de urgência e emergência, cuja gravidade exige uma intervenção imediata. A sua missão assenta na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, ao assegurar a resposta às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias, ao promover a continuidade dos cuidados e a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. As valências do SUMC estão em conformidade com o Despacho n.º 10319/2014, responsável por definir a organização e funcionamento dos serviços de urgência em Portugal, do Ministério da Saúde,

que o classifica como o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e garante a prestação de cuidados diferenciados e especializados.

O SUMC funciona em rede e constitui a principal forma de apoio diferenciado ao Serviço de Urgência Básica, assegura, simultaneamente, a referenciação dos casos que exijam cuidados mais diferenciados, ou o apoio de especialidades não disponíveis no SUMC, para o Serviço de Urgência Polivalente de referência, de acordo com a especialidade e o encaminhamento necessário.

A equipa de enfermagem do SUMC é composta por 88 enfermeiros, dos quais 60 são do sexo feminino (68,2%). A idade dos profissionais varia entre os 23 e os 61 anos, com uma média de 35,4 anos. No que respeita ao percurso profissional, a experiência varia entre 2 e 33 anos, com uma média de 11,2 anos de atividade, e o tempo médio de permanência no serviço atual é de 7,1 anos. Em termos de qualificação profissional, 9 enfermeiros (10,2%) integram a carreira de enfermeiro especialista, enquanto 79 (89,8%) pertencem à carreira de enfermeiro generalista. No entanto, 32 profissionais possuem já o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), dos quais 27 (84,4%) são especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2 (6,25%) em Enfermagem de Saúde Comunitária, 2 (6,25%) em Enfermagem de Reabilitação e 1 (3,1%) em Saúde Infantil e Pediátrica.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da OE, que estabelece a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomenda-se que pelo menos 50% dos enfermeiros afetos aos serviços de urgência sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e que estes garantam presença contínua nas 24 horas. Acresce que os enfermeiros responsáveis pela sala de emergência e os coordenadores funcionais de turno devem também possuir esta especialidade (OE, 2019). Face a estas orientações, torna-se evidente que, apesar da motivação, empenho e qualificação crescente da equipa, os rácios atualmente verificados ainda não satisfazem plenamente os critérios definidos para uma dotação segura e diferenciada. Contudo, importa referir que diversos profissionais se encontram em processo de desenvolvimento académico e profissional, o que poderá, a curto prazo, permitir a aproximação aos padrões preconizados para a prestação de cuidados de excelência em contexto de urgência e emergência.

A análise destes dados revela ainda a importância de alinhar as dotações de enfermagem com o perfil assistencial do serviço, assegurar uma resposta qualificada às exigências clínicas, operacionais e humanas da urgência hospitalar. Estudos demonstram que a presença adequada

de enfermeiros especialistas está associada à melhoria dos resultados em saúde, à diminuição de eventos adversos e à satisfação dos utentes e das equipas (Aiken et al., 2014; Griffiths et al., 2018). A média de idades relativamente jovem (35,4 anos), embora represente dinamismo e capacidade de adaptação, pode igualmente justificar a necessidade de um equilíbrio com profissionais mais experientes, e reforça a relevância da presença de especialistas que assegurem supervisão, tomada de decisão fundamentada e liderança clínica. Assim, a valorização formal dos títulos de especialidade e a sua integração efetiva na estrutura funcional do serviço constituem passos fundamentais para garantir a segurança, eficácia e qualidade dos cuidados prestados.

O Serviço de Urgência encontra-se localizado no 4.º piso da ULSTS, contíguo ao Serviço de Medicina Intensiva, Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia, dispõe de uma entrada direta proveniente do exterior. Este serviço integra áreas funcionais distintas, organizadas em dois grandes grupos: área médica e área cirúrgica.

Na área médica, encontram-se:

- Área Médica 1, destinada a utentes com pulseira laranja, em maca ou autónomos, equipada com 17 macas (13 das quais com capacidade para telemetria) e 12 cadeirões dispostos em sistema de *open space*;
- Área Médica 2, para utentes com pulseira amarela em maca, com capacidade para 24 macas (10 com monitorização por telemetria) dispostas também em *open space*;
- Área Médica 3, destinada a utentes com pulseira amarela, autónomos;
- Uma Sala de Observação, para utentes em maca ou autónomos, com pulseira verde.

Já na área cirúrgica, existe:

- Uma Sala de Macas Cirúrgicas, destinada à abordagem de utentes com necessidades cirúrgicas, com capacidade para 7 macas (5 com monitorização);
- Duas Salas de Pequena Cirurgia e Pensos, e um gabinete de ortopedia preparado para a colocação de talas gessadas.

Para além destas áreas, o serviço inclui ainda:

- Uma Sala de Emergência, com capacidade para monitorização de três utentes classificados como nível III;

- Uma Sala de Trauma, com capacidade para duas macas e monitorização de utentes nível III;
- Duas Salas de Triagem.

O espaço encontra-se devidamente organizado para garantir uma resposta eficaz e fluida, de acordo com a prioridade clínica e o perfil assistencial dos utentes.

1.3 Serviço de Medicina Intensiva Polivalente

O ensino clínico em contexto de Cuidados Intensivos foi também desenvolvido na ULSTS e apresenta as características previamente mencionadas quanto ao perfil organizacional, área de abrangência geográfica e número de habitantes.

O Serviço de Cuidados Intensivos da ULSTS, embora conte com uma equipa conjunta, é composto por duas unidades funcionais que conferem cuidados diferenciados consoante as necessidades dos doentes. Uma delas é a própria Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), com capacidade de monitorização invasiva e suporte de funções vitais, pela prestação de cuidados de nível III. Paralelamente, existe uma Unidade de Cuidados Intermédios, destinada a doentes com necessidades de cuidados de nível I ou II, de acordo com as Recomendações Técnicas da ACSS (2024).

O presente relatório incide sobre a UCIP da ULSTS, onde decorreu o estágio. Esta unidade desempenha um papel essencial na prestação de cuidados diferenciados a doentes críticos, que requerem monitorização invasiva intensiva e suporte de funções vitais. Além disso, está inserida numa cadeia assistencial que se inicia com a intervenção pré-hospitalar, passa pela estabilização no SUMC e culmina na continuidade dos cuidados em ambiente intensivo.

Segundo dados disponibilizados no Relatório de Atividades do Serviço de Medicina Intensiva (SMI da ULSTS, 2024), a UCIP registou 801 admissões e apresenta uma taxa de ocupação de 61,17%.

Por se tratar de uma unidade polivalente, a UCIP trabalha em articulação com diversas especialidades médicas e cirúrgicas, que requerem vigilância, monitorização e tratamentos intensivos. Destaca-se também a interação constante entre a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios, uma vez que um funcionamento adequado desta última contribui para a redução do número de internamentos intensivos — especialmente nos períodos pós-operatório, pós-técnicas invasivas e pós-anestésico. As camas de níveis I e II da Unidade

de Cuidados Intermédios devem dispor de equipamentos que permitam a sua adaptação temporária ao nível III, garantindo a resposta a picos de afluência e o cumprimento dos planos de contingência ACSS (2024). Esta organização está alinhada com as Recomendações Técnicas n.º 13/2019, revistas em janeiro de 2024 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no âmbito do Ministério da Saúde, que é atualmente o regulamento orientador com as recomendações técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos

Estruturalmente, a unidade dispõe de 10 camas com capacidade de monitorização de doentes de nível III, das quais três estão localizadas em quartos fechados, com capacidade para isolamento e pressão negativa.

O posto de enfermagem permite a observação direta dos doentes, existe também um número adequado de pontos de lavagem e desinfeção das mãos, estrategicamente distribuídos, o que garante boas práticas de higiene. As áreas de armazenamento e manutenção de equipamentos estão situadas fora das zonas de internamento, e a disposição dos dispositivos não compromete o acesso integral ao paciente.

Adicionalmente, a organização funcional da unidade segue circuitos definidos para doentes, profissionais e visitantes, assegura a separação eficaz entre áreas limpas e sujas, e um circuito de resíduos estruturado, prevenindo a contaminação cruzada - em conformidade com as recomendações da ACSS (2024) para Unidades de Cuidados Intensivos.

A equipa de enfermagem da UCIP é composta por 31 profissionais, organizados em cinco equipas, das quais, em cada uma delas, pelo menos dois elementos são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (SMI da ULSTS, 2024). Existe ainda, permanentemente no turno da manhã, um Enfermeiro Especializado em Reabilitação, desempenhando um papel fundamental na reabilitação dos doentes internados.

Relativamente às qualificações dos profissionais, a equipa inclui uma Enfermeira Gestora e seis Enfermeiros de Categoria Profissional de Especialistas, dos quais cinco são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um em Enfermagem de Reabilitação. Entre os restantes enfermeiros, 12 possuem o título de Especialista reconhecido pela OE — 11 na área Médico-Cirúrgica e um na área de Reabilitação. Os demais profissionais possuem formações específicas em Medicina Intensiva, sendo alguns deles considerados peritos no setor.

De acordo com o parecer relativo a dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), recomenda-se que 50% dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) sejam detentores do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,

preferencialmente com competência na vertente da Pessoa em Situação Crítica e formação em Suporte Avançado de Vida. Estes profissionais devem assegurar uma presença permanente durante as 24 horas do dia, desempenhando funções de gestão, coordenação ou responsabilidade de turno — um requisito que é já cumprido pela equipa da UCIP da ULSTS. Esta recomendação encontra respaldo na literatura, que demonstra que equipas de enfermagem mais qualificadas, nomeadamente com maior proporção de enfermeiros especialistas, estão associadas a melhores resultados em saúde, o que inclui a redução de complicações, da mortalidade hospitalar e da duração dos internamentos (Aiken et al., 2017; Griffiths et al., 2019). Adicionalmente, ambientes de prática profissional que valorizam a especialização contribuem para níveis superiores de satisfação profissional, menor desgaste emocional, maior retenção de profissionais, favorece a qualidade dos cuidados e a continuidade assistencial (Liu et al., 2021; Twigg & McCullough, 2014).

2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo, apresenta-se uma descrição crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, destaca-se a sua contribuição para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade. O título de Enfermeiro Especialista é atribuído nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da OE, em articulação com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que estabelece as normas para a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, ao abranger as especialidades previstas no artigo 40.º do mesmo estatuto.

No exercício da sua prática profissional, o enfermeiro especialista desenvolve tanto competências comuns como competências específicas. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), as competências comuns dos enfermeiros especialistas abrangem conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem uma prática baseada na evidência, liderança clínica e gestão dos cuidados. Já as competências específicas, ordenadas no regulamento 429/2018 da OE (2018) referem-se ao aprofundamento técnico e científico em determinada área de especialidade, e garantem uma resposta diferenciada e qualificada às necessidades de cuidados dos utentes no seu contexto específico de atuação (OE, 2018).

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O processo de desenvolvimento de competências durante o percurso de estágio permitiu a consolidação e demonstração das competências comuns do enfermeiro especialista, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Estas competências estruturam-se em domínios essenciais à prática profissional avançada e refletem um exercício autónomo, ético e fundamentado na evidência científica e promovem cuidados de excelência centrados na pessoa e no contexto. De seguida, serão descritas as evidências do desenvolvimento de cada domínio ao longo do percurso formativo.

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A prática de enfermagem especializada assenta numa base ética sólida, na qual princípios como o respeito pela dignidade da pessoa, a proteção da intimidade, a autodeterminação e o direito à informação constituem elementos fundamentais para garantir cuidados centrados na pessoa. Estes princípios promovem decisões informadas e respeitadoras da autonomia individual, são reconhecidos como pilares da ética biomédica (Beauchamp & Childress, 2019). A sua aplicação consciente contribui para um exercício profissional responsável e alinhado com os preceitos éticos e legais da profissão, e elevam a qualidade dos cuidados prestados (Numminen, Repo & Leino-Kilpi, 2017).

Ao longo do estágio, a prática foi orientada por uma conduta ética consistente, o que garantiu que cada interação fosse marcada pelo respeito, empatia e responsabilidade. O princípio da beneficência, associado à ponderação dos riscos e benefícios das intervenções, foi frequentemente convocado na tomada de decisão clínica, o que reforça a necessidade de uma prática prudente e deliberada (Beauchamp & Childress, 2019). Esta postura ética esteve em consonância com os critérios de avaliação definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no que respeita ao respeito pelos direitos da pessoa, à responsabilidade pelos atos praticados e à promoção de cuidados seguros (OE, 2019).

A evolução na capacidade de decisão ética em contextos clínicos complexos evidenciou o fortalecimento das competências do enfermeiro especialista. Este profissional, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, deve atuar de forma autónoma, responsável e fundamentada na evidência científica, assumir funções de liderança, gestão de cuidados e articulação em equipas multidisciplinares. Ao longo do estágio, foi possível demonstrar progressivamente estas competências, especialmente em situações onde a dimensão ética da prática assumiu particular relevo.

Um exemplo concreto ocorreu durante a admissão de um utente na sala de emergência do Serviço de Urgência, cujo processo clínico incluía uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) validamente registada. Este caso exigiu uma análise rigorosa e multidisciplinar, com vista a garantir que os cuidados prestados respeitavam a vontade previamente expressa pelo utente, salvaguardando a sua autonomia e dignidade. Esta atuação refletiu o cumprimento dos critérios de avaliação relativos à aplicação dos normativos legais e à participação informada na tomada de decisão clínica (OE, 2019).

O enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na operacionalização das DAV ao assegurar que as decisões clínicas se alinham com os valores e preferências do utente. A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, consagra o regime jurídico das DAV, o que permite a

qualquer cidadão declarar antecipadamente a sua vontade em relação aos cuidados de saúde e designar um procurador de cuidados de saúde (Assembleia da República, 2012). Estudos recentes confirmam a valorização crescente destes instrumentos pelos profissionais de saúde, mas também alertam para a necessidade de formação contínua e de estratégias eficazes para a sua correta implementação em contexto clínico (Batista dos Santos & Cerqueira, 2024).

A consciência de que um erro clínico pode comprometer a segurança da pessoa serviu de motor para uma prática atenta, reflexiva e baseada na evidência. A consolidação de um pensamento crítico-ético e de um sentido de responsabilidade individual foi fortalecida ao longo do percurso académico e profissional, permite uma atuação mais consciente e alinhada com os valores da profissão. Num estudo sobre competência ética, Numminen et al. (2017) sublinham a importância do julgamento moral e da reflexão crítica como elementos estruturantes na prática clínica. Por sua vez, Morley, Bradbury-Jones e Ives (2020) evidenciam que a formação ética contínua tem um papel protetor contra o sofrimento moral, reforça o compromisso ético-legal do profissional de saúde.

Assim, a aquisição desta competência comum foi evidenciada na capacidade de integrar os princípios éticos e legais na prática clínica, de garantir a segurança e os direitos da pessoa cuidada, e de assumir, de forma responsável, as implicações dos atos profissionais. Estes aspetos refletem diretamente os critérios estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2019) e demonstram uma evolução consistente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ao longo do estágio.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Durante o estágio, foi assumido um papel ativo na promoção de práticas seguras e na implementação de iniciativas institucionais orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Este envolvimento traduziu-se na participação na conceção e concretização de projetos com impacto direto na prestação de cuidados. No SU, foi dinamizada uma formação dirigida à equipa sobre a abordagem atualizada ao traumatismo crânio-encefálico (TCE), com base nas orientações mais recentes. Na Unidade de Cuidados Intensivos, contribuiu-se para a elaboração de uma norma de abordagem ao doente traqueostomizado, que incluiu a definição de critérios de monitorização, medidas de prevenção de complicações e rotinas de cuidados Guerra et al. (2023).

Estas intervenções demonstram o cumprimento dos critérios definidos pela OE (2019), nomeadamente no que diz respeito à participação na construção de instrumentos normativos, à

promoção de cuidados seguros e à implementação de estratégias de melhoria sustentadas em evidência. O envolvimento nestes projetos contribuiu para a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a qualidade e para a segurança dos cuidados, reflete o papel proativo do enfermeiro especialista como agente de mudança e de inovação na prática clínica.

Paralelamente, a garantia de um ambiente terapêutico seguro foi assumida como prioridade em todos os contextos de atuação. Ainda que os ambientes intra-hospitalares ofereçam condições mais favoráveis à aplicação sistemática de práticas seguras, também em contexto pré-hospitalar foi possível concretizar esta competência. Um exemplo claro ocorreu num episódio de abordagem de uma vítima na ambulância SIV, no qual a vítima de um acidente rodoviário apresentava um trauma torácico instável. Após estabilização inicial no local com oxigenoterapia, imobilização e monitorização, foi tomada a decisão de transferir rapidamente o doente para o interior da ambulância antes de iniciar outras manobras invasivas, como a punção venosa e/ou o controlo analgésico. Esta decisão permitiu reduzir a exposição a riscos ambientais, como o controlo de temperatura em trauma, e preservar a privacidade e garante simultaneamente maior controlo sobre a vigilância clínica e uma atuação mais segura. Esta prática reflete os critérios da OE (2019) referentes à gestão do risco e à criação de condições terapêuticas adequadas à recuperação do utente.

A passagem por estas experiências reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista na liderança de processos de melhoria, tanto no plano clínico como organizacional. O seu contributo na definição de estratégias, na monitorização de indicadores e na avaliação crítica de práticas revela-se essencial para a elevação da qualidade assistencial. O trabalho colaborativo em equipas multidisciplinares, bem como a capacidade de comunicar de forma eficaz, constituíram alicerces fundamentais para o sucesso das iniciativas desenvolvidas. Como defendem Guerra et al. (2023), os enfermeiros que assumem papéis de liderança em contextos assistenciais promovem ambientes de prática mais seguros, inovadores e centrados na pessoa.

Deste modo, a competência relativa à melhoria contínua da qualidade foi demonstrada pela capacidade de intervir ativamente em processos de mudança, de aplicar conhecimentos baseados na evidência e de promover uma prática clínica sustentada na avaliação de riscos e no compromisso com a segurança e o bem-estar da pessoa cuidada.

2.1.3 Domínio da Gestão dos cuidados

Durante o estágio, foi assumida a responsabilidade pela organização e coordenação dos cuidados de enfermagem em diferentes contextos clínicos, com o objetivo de otimizar a

resposta da equipa e assegurar uma articulação eficaz com os restantes profissionais de saúde. Esta competência, prevista no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, pressupõe a capacidade do enfermeiro especialista para dinamizar equipas, adequar os recursos às necessidades da pessoa cuidada, tomar decisões clínicas fundamentadas e promover uma comunicação eficiente em ambientes complexos e exigentes (OE, 2019).

Esta competência tornou-se particularmente evidente no contexto pré-hospitalar, na ambulância SIV, onde a urgência, a imprevisibilidade e as limitações estruturais exigem uma atuação clínica altamente diferenciada. O enfermeiro especialista, enquanto elemento com maior responsabilidade clínica e legal no teatro de operações, assume um papel central na triagem, tomada de decisão, articulação com o CODU e coordenação da intervenção. Um episódio ilustrativo ocorreu durante o atendimento de um politraumatizado, em cenário de acidente rodoviário com múltiplas vítimas. A avaliação inicial rápida, seguida da priorização da vítima mais crítica, da implementação das primeiras intervenções de estabilização e da solicitação de apoio diferenciado, evidenciaram a capacidade de decisão clínica fundamentada, a organização eficaz dos cuidados e a gestão eficiente dos recursos disponíveis, o que cumpre claramente os critérios definidos para este domínio.

Outro exemplo marcante ocorreu na SE do SUMC, aquando da abordagem a uma PCR. A intervenção imediata da equipa, sob liderança do enfermeiro especialista, garantiu a execução eficaz das manobras de SA, até à chegada da equipa médica. A clareza na comunicação, a distribuição assertiva das funções entre os elementos da equipa e a organização sistemática da resposta foram elementos centrais para o sucesso da abordagem. No *debriefing* realizado após o evento, a equipa multidisciplinar reconheceu a eficácia da liderança assumida, ao sublinhar a relevância da atuação do enfermeiro especialista num momento crítico. Esta situação reflete de forma clara o cumprimento dos critérios de liderança, de comunicação eficaz e de tomada de decisão clínica adequadas às necessidades da pessoa.

Estas vivências permitiram evidenciar que a capacidade de adaptação do estilo de liderança às circunstâncias concretas é essencial para garantir cuidados eficazes e seguros. O desempenho nesta área encontra-se diretamente alinhado com os critérios de avaliação estabelecidos pela OE (2019), nomeadamente: a organização e coordenação eficaz dos cuidados, a liderança da equipa, a tomada de decisões fundamentadas, a comunicação com os diferentes intervenientes e a gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Para além dos benefícios para a pessoa cuidada, a gestão eficaz dos cuidados revelou-se um fator determinante para o desenvolvimento da equipa, o fortalecimento do ambiente

organizacional e a promoção de práticas clínicas baseadas na segurança e na qualidade. Como salientam Santos et al. (2022), o estilo de liderança do enfermeiro influencia de forma significativa a dinâmica das equipas e os resultados assistenciais. Assim, o domínio da gestão dos cuidados foi consolidado ao longo do estágio, permitindo demonstrar um desempenho competente, ético e comprometido com a excelência na prestação de cuidados.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante o estágio, foi possível desenvolver e aplicar ativamente o autoconhecimento e a assertividade, competências essenciais na prática do Enfermeiro Especialista. A capacidade de refletir sobre as próprias emoções, atitudes e comportamentos permitiu compreender de que forma estes influenciam a relação com os outros, especialmente na colaboração em contextos multiprofissionais. Aspectos que anteriormente se revelavam como uma dificuldade foram trabalhados e significativamente melhorados ao longo da prática clínica. Verificou-se, igualmente, uma evolução na capacidade de gerir a ansiedade, os limites de atuação, o autocontrolo e a regulação emocional em situações complexas. A experiência adquirida, aliada a uma abordagem metódica e centrada no doente instável, contribuiu para o fortalecimento destas competências, bem como para o desenvolvimento da capacidade de abstração e análise crítica.

No contexto pré-hospitalar, em situações de elevada pressão perante a instabilidade de um utente em choque, a assertividade revelou-se crucial para a tomada de decisões rápidas e eficazes, bem como para a comunicação clara com os membros da equipa e com o paciente, e neste contexto foi importante esta experiência para melhorar e desenvolver a prática. A introdução de novos protocolos de abordagem do enfermeiro nas SIV e o estudo dedicado a este tema tornou-me mais eficaz no entendimento e perceção dos seus funcionamentos.

Durante o estágio na sala de emergência, a dinâmica da equipa exigiu uma constante adaptação e a capacidade de equilibrar liderança e colaboração. Esta competência foi desenvolvida ao longo do tempo, especialmente através do autoconhecimento e da assertividade positiva e construtiva. Um exemplo marcante ocorreu durante a gestão de uma situação crítica que envolveu um doente instável, em que, após uma primeira abordagem hesitante, fui capaz de assumir um papel mais ativo na coordenação dos cuidados, ao comunicar de forma eficaz com os colegas e contribuindo para a organização da resposta clínica. Este progresso só foi possível com o apoio da Enfermeira Orientadora, que, de forma clara e construtiva, me orientou na importância de desenvolver uma postura segura e colaborativa. Tal

como referem Costa e Santos (2021), o autoconhecimento é essencial para garantir relações eficazes e promover a qualidade nos cuidados prestados, ao fortalecer também a confiança e a coesão dentro da equipa.

Além disso, a prática clínica sempre se baseou em evidência científica atualizada, como é exigido para a prática do Enfermeiro Especialista. Durante o estágio, procurou-se constantemente basear as decisões e intervenções em conhecimento validado, ao refletir sobre os resultados da literatura científica na prática diária. Esta abordagem, tornou-se mais clara com o decorrer do tempo em situações de emergência, onde as intervenções devem ser rápidas e fundamentadas em dados e protocolos evidenciados. Durante o estágio, utilizei as melhores práticas baseadas em evidência para garantir que a qualidade e a segurança dos cuidados fossem mantidas. A revisão sistemática da literatura e a aplicação de recomendações baseadas em evidências são essenciais para fundamentar decisões clínicas eficazes, o que permitiu identificar e aplicar as melhores estratégias para melhorar a qualidade do atendimento e os resultados dos pacientes (Melnik et al., 2023).

Essas experiências permitiram consolidar e aprimorar as competências de autoconhecimento, assertividade e a utilização de evidência científica, fundamentais para a prática de um enfermeiro especialista. A constante reflexão sobre a prática, aliada ao conhecimento científico atualizado, tem sido crucial para garantir que os cuidados prestados aos pacientes sejam da mais alta qualidade e baseados nas melhores práticas disponíveis. Segundo Abdalla et al. (2025), o desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de integrar evidência científica na tomada de decisão clínica são competências indispensáveis para uma liderança eficaz e para a promoção de cuidados seguros e centrados no doente.

2.2 Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O estágio possibilitou o desenvolvimento progressivo das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através da exposição a contextos de elevada exigência clínica e de tomada de decisão. A prática em ambiente pré-hospitalar, no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos permitiu consolidar intervenções especializadas e centradas na pessoa em situação crítica, em conformidade com o estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

De seguida, apresentam-se as evidências do desenvolvimento de cada uma das competências específicas, tal como definidas no referido regulamento, que enquadra o exercício do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

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

Durante a prática clínica decorrente do estágio, em articulação com a experiência prévia em contextos de cuidados de urgência e emergência, desenvolveu-se uma atuação centrada no cuidado da pessoa e, por extensão, da família e cuidadores que enfrentam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, resultantes de doenças agudas ou crónicas. Esta função requer a mobilização eficaz de conhecimentos e competências especializadas, essenciais para identificar intervenções adequadas, bem como para conceber, implementar e avaliar planos de cuidados que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2018).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica deve assegurar uma abordagem holística e individualizada, garantir um acompanhamento contínuo e ajustado às necessidades da pessoa em contexto crítico. A implementação de intervenções baseadas na evidência científica é essencial para a obtenção de melhores resultados clínicos, como preconizado no regulamento de competências específicas da especialidade (OE, 2018).

Ao longo dos estágios realizados em emergência pré-hospitalar, serviço de urgência e cuidados intensivos, foi desenvolvida a capacidade de identificar precocemente as necessidades da pessoa, da família e dos cuidadores, assegurar a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação de condições clínicas agudas e crónicas, bem como de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. A experiência adquirida nestes contextos permitiu reconhecer com rapidez focos de instabilidade em doentes críticos, como paragens cardiorrespiratórias, choque séptico e insuficiência respiratória aguda, situações que exigem uma avaliação contínua, criteriosa e tecnicamente diferenciada.

No contexto dos cuidados em urgência e cuidados intensivos, os utentes experienciam frequentemente transições abruptas no seu estado de saúde, o que exige uma atuação célere e fundamentada por parte da equipa de enfermagem. A Teoria de Transições de Afaf Meleis (2010) oferece um enquadramento teórico robusto para compreender essas mudanças e orientar intervenções clínicas adaptadas às necessidades do doente e da família.

Durante o estágio, foi possível identificar múltiplas situações de transição de saúde/doença, como a admissão de doentes com instabilidade hemodinâmica, que necessitaram de SAV, ou a preparação de familiares para o processo de luto em contextos de fim de vida. Situações estas mais evidentes por exemplo no contexto de um politrauma por um acidente de viação, em que existe esta transição brusca entre o estado de saúde e doença. A compreensão das transições permitiu-me implementar cuidados mais humanizados, com foco não só na estabilização clínica, mas também na comunicação eficaz, no apoio emocional e na promoção da autonomia sempre que possível.

Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista é determinante para reconhecer sinais de transições problemáticas ao facilitar processos de adaptação tanto ao nível individual como familiar, em consonância com os pressupostos da teoria de Meleis (2010).

A atuação em cenários dinâmicos e de elevada exigência ajudam a antecipar complicações, a intervir prontamente e ajustar intervenções como a administração precoce de fluidoterapia em estados de hipoperfusão, como por exemplo um choque hemorrágico em deterioração, como consequência de um politrauma, ou a otimização da oxigenação em doentes com insuficiência respiratória iminente. Esta sequência de cuidados demonstrou se, desde a abordagem inicial até à estabilização, a importância da intervenção especializada em cada campo de ação (Gonçalves et al., 2019).

Além disso, a formação em SAV e em Trauma, aliada à experiência prática em contextos de urgência e emergência, consolidou as competências na abordagem sistematizada do doente crítico, o que permitiu intervir eficazmente na estabilização inicial, reanimação e gestão de situações de emergência complexas, otimizadas e aprimoradas ao longo do estágio.

As experiências nestes contextos exigentes permitiram identificar prontamente focos de instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, garantir uma avaliação contínua e criteriosa com base na monitorização de parâmetros vitais e sinais clínicos. Em contexto pré-hospitalar, foi possível intervir em múltiplas situações críticas, destaca-se um caso específico de um doente com sinais evidentes de choque de origem cardiogénica. A rápida identificação da instabilidade hemodinâmica baseou-se em sinais clínicos como hipotensão, extremidades frias e sudorese, associados a uma diminuição do estado de consciência. A interpretação da eletrocardiograma revelou alterações compatíveis com isquemia do miocárdio, nomeadamente supradesnivelamento do segmento ST em derivações específicas. Esta atuação célere, aliada ao conhecimento clínico e à aplicação dos protocolos de SAV, permitiu iniciar medidas imediatas de suporte circulatório e ventilatório ao contribuir para a estabilização hemodinâmica

do doente ainda antes da chegada ao hospital. Segundo Thiele et al. (2019), o reconhecimento precoce e a intervenção rápida no choque cardiogénico estão diretamente associados à melhoria do prognóstico e reduz a mortalidade nas primeiras horas de evolução.

Em contexto clínico, a atuação em situações de insuficiência respiratória aguda e choque hipovolémico exigiu intervenções imediatas e diferenciadas, como a administração de fluidos intravenosos e a otimização da oxigenação e da ventilação mecânica, com vista à estabilização hemodinâmica e à manutenção das trocas gasosas. Destaca-se, entre os episódios vivenciados, o caso de um doente que deu entrada com dificuldade respiratória grave, taquipneia, cianose e auscultação pulmonar com estertores bilaterais, cuja avaliação clínica e hemodinâmica precoce permitiu identificar um quadro de edema agudo do pulmão. A interpretação célere dos sinais clínicos, aliada à análise dos antecedentes de disfunção ventricular esquerda e de história de hipertensão, permitiu iniciar rapidamente medidas como a elevação do decúbito, administração de oxigénio em alto fluxo. Esta atuação rápida e fundamentada contribuiu decisivamente para a melhoria do quadro respiratório e evitou a progressão para falência respiratória ou necessidade de intubação. De acordo com Gheorghiane et al. (2013), a identificação precoce do edema agudo do pulmão e a implementação imediata de estratégias terapêuticas dirigidas são cruciais para reduzir a mortalidade e evitar complicações graves associadas à insuficiência cardíaca descompensada.

A atuação em cuidados intensivos consolidou a experiência em gestão de terapêuticas complexas, como a administração de vasopressores, monitorização invasiva da pressão arterial, controlo da ventilação mecânica (invasiva e não invasiva), bem como estratégias de sedação e analgesia contínuas. Foi possível participar ativamente na gestão de um doente com insuficiência respiratória aguda e disfunção multiorgânica, onde a ventilação invasiva e a monitorização hemodinâmica foram cruciais para a sua estabilização. A titulação de fármacos e a monitorização contínua da resposta clínica, com supervisão da equipa, permitiram adquirir competências avançadas na gestão integrada da terapêutica.

A gestão da dor e do conforto do doente crítico, especialmente em contextos de sedoanalgesia, requer um conhecimento aprofundado das opções terapêuticas, tanto farmacológicas como não farmacológicas. Durante o estágio em cuidados intensivos, foi necessário realizar a titulação de analgésicos e sedativos contínuos em doentes ventilados, ajustando as doses com base na monitorização rigorosa da dor e da sedação. A utilização de escalas validadas, como o Índice Bispectral (BIS), a Behavioral Pain Scale (BPS) e a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), orientou as decisões clínicas e permitiu uma abordagem

individualizada e segura. Destaca-se o caso de um doente submetido a ventilação invasiva prolongada, com episódios de agitação e elevação da pressão arterial, cuja avaliação com a escala RASS e BPS indicou necessidade de ajuste da sedação e reforço da analgesia com opioides de curta duração. A atuação fundamentada resultou na melhoria dos parâmetros hemodinâmicos e no restabelecimento do conforto do doente. Segundo Devlin et al. (2018), a sedação e a analgesia adequadas, orientadas por escalas comportamentais e neurológicas, estão associadas à redução da duração da ventilação mecânica, menor incidência de delírio e melhor prognóstico em doentes críticos. É igualmente importante destacar que, em contexto de urgência e no ambiente pré-hospitalar, a aplicação sistemática de escalas de avaliação da dor pode revelar-se um desafio, devido à necessidade de atuação imediata e à instabilidade clínica dos doentes. No entanto, a aquisição de conhecimentos específicos e a experiência prática nestes contextos permitiram a adaptação dos métodos de avaliação disponíveis, nomeadamente, por exemplo, a utilização da Escala Visual Analógica. Uma ferramenta simples, mas fundamental na monitorização da dor em situações agudas e que permite decisões rápidas e adequadas em relação à administração de analgésicos.

A comunicação interpessoal demonstrou-se fundamental em ambientes de elevada pressão, é particularmente relevante em situações críticas como a abordagem de paragens cardiorrespiratórias em contexto pré-hospitalar. Nestes cenários, foi possível desenvolver competências que permitiram adaptar a linguagem à equipa, ao promover uma atuação mais coordenada e eficaz. Destaca-se a utilização de uma comunicação clara, direta e estruturada, através da metodologia conhecida como *closed-loop communication*, que se revelou essencial para garantir a execução célere e segura do protocolo de ressuscitação. Este tipo de comunicação, caracterizado pela confirmação verbal das ordens e pela clarificação imediata de instruções, permitiu manter a equipa alinhada e minimizar erros durante a intervenção. De acordo com Hunziker et al. (2011), a utilização de *closed-loop communication* por equipas de emergência está associada a um aumento da eficiência, à redução de falhas de comunicação e à melhoria dos resultados clínicos em situações de paragem cardiorrespiratória.

A interação com doentes com dificuldades de comunicação, por intubação ou alteração do estado de consciência, exigiu o uso de estratégias não verbais, o que reforça a importância da empatia e da criatividade na comunicação.

No que diz respeito à gestão de situações de falência orgânica e morte cerebral, existiu a oportunidade de colaborar na manutenção hemodinâmica de potenciais dadores de órgãos, ao ser assegurada a viabilidade dos órgãos para transplante.

Em suma, a prática clínica nas áreas de emergência, cuidados intensivos e contexto pré-hospitalar permitiu adquirir competências específicas e avançadas no cuidado ao doente crítico, pela combinação de intervenções técnicas complexas com competências interpessoais e emocionais, ao assegurar uma abordagem holística e eficaz em situações de risco iminente de falência orgânica (OE, 2018).

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

Durante os estágios realizados em contexto pré-hospitalar, no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, foram desenvolvidas competências específicas na resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. Estes cenários exigiram a capacidade de conceber, planear e executar intervenções eficazes, o que garante a segurança da pessoa e da equipa, bem como a continuidade dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados em situações de emergência exigiu a implementação de estratégias que garantissem a segurança operacional da equipa e a estabilidade clínica dos doentes. Num episódio ocorrido em contexto pré-hospitalar, foi acionada a equipa de SIV para um acidente rodoviário com múltiplas vítimas, onde se procedeu à aplicação de triagem multivítimas, com base no modelo START (Simple Triage and Rapid Treatment). Após garantir a segurança do teatro de operações em coordenação com os bombeiros e CODU, foram avaliadas as vítimas, e atribuída prioridade de transporte à vítima com maior instabilidade e sinais de possível compromisso ventilatório por uma lesão torácica. A correta aplicação dos critérios de triagem, aliada à rápida decisão clínica, permitiu a alocação eficaz dos recursos e o transporte célere da vítima crítica, o que reforça a importância da preparação técnica e da liderança do enfermeiro especialista em contexto de catástrofe (Kahn et al., 2020).

Durante o estágio, foi também possível participar no transporte inter-hospitalar, com a ambulância SIV, de doentes críticos, ao assegurar a estabilização durante o percurso e garantir uma transferência eficaz de cuidados. Numa das situações, um doente com um bloqueio aurículo ventricular de 3º grau, e instabilidade clínica, foi transferido de um SUB para a unidade de cuidados intensivos coronários. A comunicação entre equipas foi realizada utilizando a metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendations*), o que permitiu uma transmissão de informação clara, estruturada e sem omissões. Esta abordagem favoreceu a continuidade dos cuidados, melhorou a articulação entre

serviços e minimizou o risco de eventos adversos, de acordo com a Norma n.º 001/2017 da DGS.

A experiência adquirida ao longo do estágio também permitiu consolidar conhecimentos sobre os planos de emergência e catástrofe a nível local e institucional. Na ULSTS, acompanhou-se a revisão do plano de emergência interna do SUMC, motivada pela recente reestruturação física do serviço. A participação em formações internas e em reuniões com a equipa de gestão clínica reforçou a compreensão das linhas de comando, da distribuição de funções e da articulação entre entidades em cenários de catástrofe.

Outro exemplo concreto ocorreu na abordagem de uma vítima de queimaduras extensas por explosão de uma garrafa de gás doméstico. A situação exigiu não só intervenção clínica rápida, assim como estabilização hemodinâmica, analgesia e apoio ventilatório, como também a ativação de um centro de referência para queimados. O papel do enfermeiro especialista incluiu, além da prestação de cuidados, a articulação com o CODU, a comunicação com o hospital de destino e a coordenação da equipa no local, garantiu-se assim a fluidez e a segurança de todo o processo.

Além disso, a vivência em cenários de urgência permitiu desenvolver competências na identificação precoce de situações forenses. Em determinada situação, foi realizada a triagem de uma vítima de agressão com múltiplos hematomas que levantam a suspeita de violência doméstica, eventualmente depois confirmada pela vítima. A documentação das lesões e a referenciação ao Instituto de Medicina Legal, em articulação com a Polícia Judiciária, permitiram garantir a proteção da vítima e assegurar a atuação dentro dos princípios ético-legais.

Por fim, a gestão de cuidados em situações de emergência demonstrou a importância da articulação eficaz entre todos os intervenientes - equipa de enfermagem, médicos, bombeiros, forças policiais e CODU - a comunicação clara e a liderança firme forma elementos determinantes para garantir decisões seguras e atempadas. A experiência acumulada nestes contextos reforçou a capacidade de adaptação a ambientes imprevisíveis, a gestão de recursos em tempo real e o compromisso com a segurança e dignidade da pessoa cuidada, como definido neste domínio de competências.

2.2.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Durante os estágios, desenvolvi competências especializadas na prevenção e controlo de infeções, bem como na gestão da resistência a antimicrobianos, aspetos cruciais no cuidado a pacientes em estado crítico ou com falência orgânica. A minha atuação foi particularmente relevante nos cenários pré-hospitalar e de urgência, onde a dinâmica assistencial exige respostas rápidas e eficazes. Contudo, foi na UCIP que aprofundei conhecimentos técnicos e científicos, devido à complexidade das patologias dos doentes e à implementação rigorosa das normas vigentes.

No contexto pré-hospitalar e de urgência, a adoção de medidas de controlo de infeção teve de ser conciliada com a necessidade de atuação imediata em situações emergentes. A correta higienização das mãos, a utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) conforme o risco biológico, e a desinfecção de superfícies e dispositivos médicos entre atendimentos foram medidas fundamentais para reduzir a transmissão de agentes patogénicos, conforme recomendado pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência a Antimicrobianos (PNPCIRA).

Em casos de ventilação invasiva, como na intubação orotraqueal em doentes com insuficiência respiratória grave, recorri à utilização de filtros HEPA nos dispositivos ventilatórios, foi garantida também a pré-oxigenação adequada para reduzir a necessidade de manobras prolongadas (Izadi et al., 2023).

Na UCIP, a complexidade dos cuidados exigiu uma abordagem sistemática na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), nomeadamente as relacionadas com dispositivos invasivos. A implementação de bundles de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica incluiu medidas como a elevação da cabeceira do doente entre 30-45°, a realização de higiene oral com cloro-hexidina a 0,12%, a aspiração subglótica e a monitorização rigorosa da sedação, promovendo o desmame ventilatório precoce.

Estudos demonstram que a elevação da cabeceira a 45° reduz significativamente a incidência de pneumonias associadas à ventilação em comparação com posições mais baixas (Izadi et al., 2023). Além disso, a higiene oral com cloro-hexidina tem sido associada a uma diminuição na incidência de pneumonias ventilatórias, reforçando a importância da sua implementação sistemática nas unidades de cuidados intensivos (Omrane et al., 2023).

No serviço de urgência, a colocação de dispositivos invasivos como o cateter venoso central (CVC) e a linha arterial é frequentemente necessária para garantir um acesso vascular seguro em doentes hemodinamicamente instáveis. A inserção destes dispositivos requer técnica

assética rigorosa e a aplicação de procedimentos de barreira estéril completos (campo estéril amplo, gorro, máscara, luvas e bata estéreis), conforme recomendado na mais recente literatura para a redução do risco de infecções associadas a cateteres (Yousif et al., 2023).

Nos cuidados intensivos, a manutenção desses dispositivos é essencial para prevenir complicações, foram adotadas práticas como a troca periódica de adesivos, a avaliação diária da necessidade de permanência do cateter e a utilização de sistemas fechados para reduzir o risco de contaminação. Estudos indicam que a implementação de bundles de prevenção de infecções associadas a cateteres pode reduzir a incidência de bacteriemias relacionadas com dispositivos invasivos em até 60% (Blot et al., 2023).

Outro aspecto crítico na UCI foi a aplicação de protocolos de gestão da antibioterapia, ao garantir a administração de antimicrobianos de forma criteriosa para evitar a seleção de estirpes resistentes. Estudos indicam que a orientação da terapia com base em procalcitonina pode reduzir a duração do tratamento antibiótico e o tempo de internamento na UCI, o que contribui para a diminuição da resistência antimicrobiana (Vishalashi et al., 2024). É parte do papel do enfermeiro especialista estar munido deste conhecimento para que possa participar no processo de decisão e na administração consciente destas terapêuticas.

A experiência adquirida nestes contextos reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista na implementação de estratégias eficazes para a prevenção da infeção e a contenção da resistência antimicrobiana. A integração de *guidelines* internacionais e normas institucionais nos cuidados prestados garantiu a segurança do doente crítico e contribuiu para a otimização da qualidade assistencial, aos erem asseguradas intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível.

2.3 Conceptualização dos Cuidados

A prática especializada em enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade como os cuidados intensivos, a emergência e o meio pré-hospitalar, exige uma fundamentação teórica que oriente a tomada de decisão clínica, promova a segurança do doente e sustente o desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro. Existem dois referenciais teóricos que se destacam neste enquadramento: a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patricia Benner. Estes modelos permitem compreender tanto as vivências dos doentes em processos de mudança, como também o percurso de crescimento e especialização do enfermeiro ao longo da sua carreira.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis foca-se nas experiências humanas associadas a mudanças significativas, tais como processos de saúde-doença, hospitalizações, trauma, alta hospitalar, maternidade ou mesmo a morte (Meleis, 2010). Esta teoria descreve a transição como um fenómeno multifacetado que pode ser classificado como desenvolvimental, situacional, de saúde/doença ou organizacional, e que implica alterações nos papéis, identidade, padrões de comportamento e relações (Meleis et al., 2000). As transições são influenciadas por fatores pessoais (como o significado atribuído à transição, preparação e conhecimento), comunitários (sistemas de apoio) e sociais (cultura, valores, contexto).

O enfermeiro especialista é, segundo este referencial, um facilitador de transições saudáveis, capaz de identificar condições que afetam negativamente este processo (como falta de apoio, desinformação ou descontinuidade nos cuidados) e implementar intervenções que minimizem o sofrimento e promovam a adaptação do doente e da família (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). Nos contextos abordados, como o pré-hospitalar, urgência e emergência e cuidados intensivos, por exemplo, é frequente assistir-se a transições abruptas do estado de saúde, o papel do enfermeiro é fundamental para preparar o doente e a família para fases como a intubação, o início de ventilação mecânica, ou um prognóstico reservado. A utilização desta teoria permite, assim, reforçar a dimensão humanizada dos cuidados, ao reconhecer o impacto emocional e funcional das mudanças no estado de saúde.

O modelo “From Novice to Expert” de Patricia Benner (1984) descreve a progressão do conhecimento e desempenho clínico dos enfermeiros ao longo de cinco estágios: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e especialista. Este modelo baseia-se na teoria da aquisição de competências de Dreyfus e destaca a importância da experiência prática contextualizada para o desenvolvimento profissional.

À medida que o enfermeiro progride, deixa de depender exclusivamente de regras e protocolos para tomar decisões, passando a utilizar a intuição clínica, ao reconhecer padrões complexos e antecipando necessidades. Esta competência é essencial em contextos de cuidados críticos, onde decisões rápidas e fundamentadas podem determinar o prognóstico do doente (Benner, Tanner & Chesla, 2009).

Durante a formação em enfermagem especializada, esta progressão é evidente. Por exemplo, em situações como a titulação de fármacos vasoativos, gestão de ventilação mecânica ou abordagem ao doente politraumatizado, o enfermeiro em formação passa de uma atuação reativa para uma atuação proativa, sustentada em conhecimento teórico, experiência acumulada e supervisão reflexiva (Ferreira, Oliveira & Ramos, 2020).

A prática de enfermagem avançada requer mais do que competências técnicas: exige pensamento crítico, autonomia na tomada de decisão e capacidade de resposta a fenómenos complexos e imprevisíveis. As teorias de Meleis e Benner oferecem fundamentos sólidos para sustentar esta prática. Enquanto Meleis proporciona um enquadramento centrado nas experiências do doente em transição, Benner orienta o desenvolvimento progressivo do conhecimento e competências do enfermeiro até atingir a excelência clínica.

Estes modelos permitem ainda uma reflexão contínua sobre o percurso profissional do enfermeiro especialista ao promover, não só o seu crescimento individual, mas também a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, à sua família e à comunidade.

**PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO
DE INVESTIGAÇÃO**

INTRODUÇÃO AO ESTUDO

Com base na minha experiência profissional como enfermeiro no Reino Unido durante um período temporal de três anos, adquiri valiosas aprendizagens e vivências que resultaram da adaptação a um contexto cultural e organizacionalmente distinto na prestação de cuidados de saúde. Esta experiência revelou-se particularmente pertinente para abordar a temática da "Prática de Enfermagem Avançada" e a sua potencial viabilidade e aplicabilidade no contexto português.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “A insuficiência do número e a combinação de profissionais de saúde devidamente formados e motivados para prestar os serviços de saúde necessários é um problema crítico dos sistemas de saúde. Este acesso desigual a profissionais e serviços de saúde tem impacto sobre os resultados na saúde e agrava as desvantagens socioeconómicas” (OMS, 2021, p1.).

A prática de enfermagem em Portugal tem evoluído significativamente, respondendo às necessidades crescentes da população e à necessidade de adaptação aos avanços nos cuidados de saúde. Esta evolução reflete-se num sistema de saúde mais robusto, capaz de oferecer respostas eficazes às inovações tecnológicas e científicas, bem como ao aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde. A melhoria na formação e capacitação dos enfermeiros tem sido um fator determinante para este progresso.

De acordo com a OE (2020), a especialização dos enfermeiros pode ter um impacto significativo em diversos aspetos, como o acesso aos cuidados de saúde, a satisfação dos pacientes, os indicadores de saúde e bem-estar, a qualidade dos serviços prestados, os custos dos serviços e o compromisso e realização dos enfermeiros.

Não obstante, o percurso dos enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde, tem ainda um potencial de evolução enorme comparativamente com aquilo que é o percurso dos enfermeiros que exercem as suas práticas em inúmeros países da Europa ou até mesmo a nível mundial.

Os enfermeiros portugueses são reconhecidos internacionalmente pela sua elevada qualificação e são procurados por diversos países, especialmente na Europa, em países como o Reino Unido, Espanha e Suíça, mas também em regiões como os Emirados Árabes Unidos. (OE, 2023). Esta procura é um reflexo do reconhecimento internacional da competência e da excelência na formação dos enfermeiros em Portugal.

A pertinência da implementação da Prática de Enfermagem Avançada (PEA) em Portugal é um tema de grande relevância, especialmente ao ser considerada a sustentabilidade

financeira do sistema de saúde, a acessibilidade e a satisfação de utentes e profissionais. A viabilidade dessa implementação, contudo, depende de vários fatores contextuais, incluindo a aceitabilidade social e as preferências dos profissionais de saúde.

O estudo realizado por Woo, et al. (2023) evidencia que a Prática de Enfermagem Avançada contribui de forma significativa para a melhoria dos resultados clínicos em contextos de cuidados críticos e de emergência, promover cuidados de maior qualidade, maior satisfação dos utentes e uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis.

Além disso, pelo que demonstraram Kilpatrick, et al. (2024) a introdução de Enfermeiros de Prática Avançada em sistemas de saúde, como na Noruega e na Suécia, proporcionou benefícios na melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários e na eficácia do atendimento, o que reforça a importância de considerar a expansão desta prática em Portugal.

O processo de desenvolvimento e consolidação de novos papéis na PEA é complexo e multifatorial, exige uma definição clara das funções, a delimitação de competências e a implementação de mecanismos rigorosos de avaliação. No entanto, vários autores têm apontado a existência de uma significativa heterogeneidade nas definições de PEA, fragilidades conceptuais nos instrumentos disponíveis e desafios metodológicos na avaliação das competências destes profissionais (Delamaire & Lafortune, 2010; Morán-Peña et al., 2022). Embora existam diversas revisões centradas no desenvolvimento de competências em enfermagem, poucas se debruçam especificamente sobre a Prática de Enfermagem Avançada. A implementação progressiva destes papéis a nível internacional tem conduzido ao surgimento de padrões de prática e mapas de competências, ainda que com abordagens conceptuais variadas e, por vezes, inconsistentes (Morán-Peña, et al., 2022).

O estudo realizado por Sastre-Fullana et al. (2017) revela que a literatura existente na área comprova que têm sido feitos esforços para estabelecer quadros de competências que sirvam de base para o desenvolvimento de novos papéis de PEA ou para a revisão dos existentes, essencialmente focados na definição de competências e delimitação de papéis. Este novo cenário exige a validação de ferramentas específicas para a avaliação de competências da PEA. Contudo, em certos casos, os instrumentos existentes são limitados a contextos particulares, como o caso de modelos adotados no contexto escandinavo ou o japonês, ao dificultar a sua aplicação noutros cenários devido a diferenças culturais, estruturais e organizacionais na prática da enfermagem (Maier et al., 2017; Tanabe et al., 2025). Outros instrumentos abordam papéis muito específicos ou, em alguns casos, oferecem uma proposta

mais geral destinada a inferir domínios de competências aplicáveis à profissão de enfermagem como um todo. Além disso, Sastre-Fullana et al. 2017, através da análise de diversos instrumentos, referem que é perceptível alguma inconsistência no processo de validação, o que justificou a necessidade de desenvolver novos instrumentos e de modo a colmatar essas inconsistências esta equipa de investigadores espanhóis desenvolve o instrumento *Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument* (APNCAI).

Apesar da crescente valorização da Prática de Enfermagem Avançada em Portugal, não foi encontrado, até ao momento, um instrumento validado que permita avaliar de forma rigorosa e sistemática as competências dos enfermeiros especialistas neste domínio. Esta lacuna limita a produção de evidência científica sobre o impacto da PEA no contexto nacional, o que dificulta a sua consolidação e o desenvolvimento de políticas de valorização profissional.

Face a esta necessidade, torna-se pertinente investir na APNCAI (Sastre-Fullana et al., 2017). A sua utilização noutros países tem contribuído significativamente para o reconhecimento e desenvolvimento das competências da PEA.

Assim, este estudo tem como objetivo principal a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento APNCAI para o contexto português. A implementação deste instrumento permitirá avaliar, de forma válida e fiável, as competências e práticas dos enfermeiros em Portugal, contribuindo para a construção de conhecimento científico e para a evolução sustentada da profissão no contexto nacional.

Como objetivo secundário, pretende-se realizar o estudo metodológico de avaliação da validade e fiabilidade da versão portuguesa do APNCAI, obtendo uma versão pré-final metodologicamente robusta e adequada para estudos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Por definição, segundo o International Council of Nurses (ICN), (2020), a Prática de Enfermagem Avançada é um campo da enfermagem que estende e expande os limites do âmbito de prática de enfermagem, contribuindo para o conhecimento em enfermagem e promovendo o avanço da profissão. A PEA é "caracterizada pela integração e aplicação de uma ampla gama de conhecimentos teóricos e baseados em evidências que ocorrem como parte da formação de enfermagem de nível avançado" (Hamric & Tracy, 2019, p. 63).

Existem ainda algumas premissas que representam o enfermeiro que é preparado num nível educacional avançado e, em seguida, alcança reconhecimento como Enfermeiro de Prática Avançada - podem ser definidos como *Clinical Nurse Specialist* (CNS) ou *Nurse Practitioner* (NP). No quadro 1 apresentam-se as características e diferenciações dos Enfermeiros de Prática Avançada reconhecidas internacionalmente.

Quadro 1

Características e diferenciações dos Enfermeiros de Prática Avançada

Prática Avançada de Enfermagem		
	<i>Clinical Nurse Specialist</i> (CNS)	<i>Nurse Practitioner</i> (NP)
Educação	Grau de mestre. Programa acreditado específico para o Curso CNS. Especialidade identificada especificamente definida dentro da prática do CNS.	Grau de mestre. Programa acreditado específico para o NP. Generalista - geralmente nos cuidados de saúde primários ou cuidados agudos-identificados para a prática do NP.
Definição	Clínicos de prática avançada especializados que fornecem cuidados diretos e complexos de especialidade, juntamente com uma abordagem sistémica para a prestação de serviços de saúde.	Clínicos autónomos que são capazes de diagnosticar e tratar condições com base em diretrizes informadas por evidências.

Âmbito de Prática/Descrição do Trabalho	Prática especializada destinada a garantir e desenvolver a qualidade da enfermagem, promover a implementação de enfermagem baseada em evidências e apoiar o plano estratégico do hospital ou organização para a prestação de serviços de saúde, fornecendo serviços de saúde diretos e indiretos. Oferece liderança no avanço da prática de enfermagem, incluindo investigação e educação interdisciplinar.	Prática de cuidados de saúde abrangente, com exame e avaliação autônomos dos pacientes, que inclui iniciar tratamento e desenvolver um plano de gestão. A gestão geralmente inclui autoridade para prescrever medicamentos e terapêuticas, realizar encaminhamentos e monitorizar problemas de saúde agudos e crônicos, principalmente em serviços de saúde diretos. A prática inclui a integração de educação, investigação e liderança, juntamente com a ênfase nos cuidados clínicos diretos.
Contexto de Trabalho	Ambientes hospitalares ou institucionais de saúde, com foco direto em especialidades.	Cuidados de saúde primários e outros ambientes fora do hospital, ou cuidados agudos.
Prescrição	Pode ter algum tipo de autoridade de prescrição dentro da sua área de especialização.	Tem autonomia para realizar prescrição.

Adaptado de Guidelines on Advanced Practice Nursing, 2020

Estas definições fornecem uma base para a Prática Avançada de Enfermagem e uma fonte para as considerações a nível internacional com o objetivo de que se entenda a PEA, independentemente do ambiente de trabalho ou foco da prática segundo o International Council of Nurses (2020). O ponto fulcral e a base definitiva para esta diferenciação é de que todos os Enfermeiros de Práticas Avançadas possuem funções ou níveis de prática que exigem educação formal além daquela que é a preparação e formação de um enfermeiro generalista, eo critério mínimo exigido para esta prática o grau de mestre direcionado para o âmbito da sua prática.

Em Portugal, a Prática de Enfermagem Avançada tem assumido um papel cada vez mais relevante no sistema de saúde, ao alinhar-se progressivamente com as tendências internacionais no que respeita à diferenciação e valorização do exercício especializado em diversas áreas clínicas. Este desenvolvimento reflete-se na crescente implementação de funções avançadas por parte dos enfermeiros, sobretudo em contextos como os cuidados críticos, os cuidados primários e a resposta a necessidades emergentes da população (Nunes et al., 2024). Paralelamente, a legislação e as políticas de saúde vêm a ser adaptadas para integrar e

regulamentar esta prática, ao reconhecer a importância das competências avançadas na melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados. A própria Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem destacado Portugal como um dos países onde a Prática de Enfermagem Avançada está em fase de consolidação, ainda que com desafios persistentes na definição de papéis, formação e regulamentação (OCDE, 2024).

A prática de enfermagem especializada em Portugal requer a conclusão de um mestrado em enfermagem, conforme definido pela OE, na sua publicação mais recente, no regulamento n.º 371/2025. Esta formação avançada inclui componentes teóricas e práticas específicas em determinadas áreas de especialização, o que é essencial para desenvolver as competências complexas de tomada de decisão e a base de conhecimentos especializados necessários para a prática avançada. A OE define o enfermeiro especialista como um profissional que, além das competências gerais de enfermagem, possui habilidades avançadas e conhecimentos aprofundados em uma área específica, resultantes de uma formação especializada (OE, 2017).

A OE tem desempenhado um papel crucial na promoção e regulamentação da Prática de Enfermagem Avançada. Em 2019, a OE publicou em Diário da República um documento estratégico que define os critérios e as competências necessárias para a prática especializada, onde define que o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da OE, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da OE, (OE, 2019).

A introdução da Prática de Enfermagem Avançada é influenciada pelo status profissional da enfermagem no país e pela sua capacidade de introduzir um novo papel de enfermagem. De acordo com Schober (2016), a proeminência e maturidade da enfermagem podem ser avaliadas pela presença de outras especialidades de enfermagem, níveis de educação em enfermagem, políticas específicas para enfermeiros, extensão da pesquisa em enfermagem e liderança em enfermagem.

Mais importante ainda, é imprescindível perceber que as diretrizes do ICN (2020), enfatizam e definem que a Prática de Enfermagem Avançada é fundamentalmente um papel de enfermagem, construído sobre princípios de enfermagem com o objetivo de proporcionar a capacidade ideal para aprimorar e maximizar os serviços de saúde abrangentes. A Prática de

Enfermagem Avançada não deve ser vista como concorrente de outros profissionais de saúde, nem a adoção dos domínios de outros prestadores de cuidados de saúde (ICN, 2020).

No panorama internacional, o Reino Unido é frequentemente citado como um dos países com maior maturidade na implementação da Prática de Enfermagem Avançada, destaca-se pela consolidação de políticas, formação académica específica e regulação profissional clara para os enfermeiros com funções avançadas (Delamaire & Lafortune, 2010; CN, 2020; Maier & Aiken, 2016). Neste contexto, os enfermeiros em funções avançadas, designadamente os *Advanced Nurse Practitioners* ou *Clinical Nurse Specialists*, atuam com um elevado grau de autonomia clínica, são reconhecidos legal e profissionalmente para diagnosticar, prescrever medicamentos, solicitar exames e gerir planos de cuidados complexos. Este modelo tem demonstrado benefícios significativos, como o aumento da acessibilidade aos cuidados, a melhoria da continuidade assistencial e a redução do tempo de espera nos serviços de saúde (Lowe et al., 2018; Maier & Aiken, 2016). O sucesso da implementação da Prática de Enfermagem Avançada no Reino Unido tem servido de exemplo para outros países europeus, e evidenciam o impacto positivo da valorização do papel do enfermeiro na resposta às crescentes necessidades dos sistemas de saúde.

2. METODOLOGIA

O presente capítulo descreve a metodologia adotada para o desenvolvimento do estudo, incluindo a caracterização do instrumento utilizado, o processo de tradução adaptação transcultural e validação, a amostra, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como os aspetos éticos considerados ao longo da investigação.

2.1 Apresentação do Instrumento

O APNCAI foi desenvolvido com o propósito de avaliar as competências dos enfermeiros que exercem funções em contextos de prática avançada. A sua construção baseou-se na identificação de competências consideradas transversais e consensuais a nível internacional, obtidas a partir de diferentes referenciais reguladores de países com tradição consolidada neste domínio, como o Canadá, os Estados Unidos da América, o Reino Unido e a Austrália. Esta estrutura resultou de uma revisão exaustiva da literatura científica e institucional sobre mapas de competências e modelos internacionais, proporcionam uma base conceptual sólida para a definição das dimensões do instrumento.

Cada item do instrumento é avaliado através de uma escala de Likert de cinco pontos, na qual os participantes indicam a frequência com que realizam a competência descrita no seu contexto de prática. As opções de resposta variam entre ‘nunca’ (1 ponto), ‘quase nunca’ (2 pontos), ‘às vezes’ (3 pontos), ‘quase sempre’ (4 pontos) e ‘sempre’ (5 pontos). Este formato segue a estrutura original proposta no desenvolvimento e validação do APNCAI (Sastre-Fullana et al., 2017) e posteriormente adotada em estudos de adaptação transcultural, como o realizado no Brasil (Dias et al., 2022). Assim, pontuações mais elevadas refletem uma maior frequência de utilização das competências avaliadas, permitindo comparar níveis de desempenho nas diferentes dimensões do instrumento.

Segundo Sastre-Fullana et al. (2017), embora o instrumento tenha sido concebido no contexto espanhol, o APNCAI revela um elevado potencial de aplicação noutros países, desde que seja sujeito a um processo rigoroso de adaptação transcultural e validação, e seja assegurada a sua adequação às especificidades organizacionais e culturais de cada realidade profissional. Este instrumento será agora ajustado ao contexto cultural e profissional português e permitirá uma avaliação mais eficaz das responsabilidades, desafios e áreas de desenvolvimento dos enfermeiros que exercem funções de prática avançada.

2.2 Estudo Metodológico de Tradução, Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo

Um estudo metodológico é uma investigação focada nos métodos utilizados para desenvolver, adaptar ou validar instrumentos de medida, como escalas ou questionários. Esses estudos são fundamentais para garantir a precisão, a validade e a fiabilidade dos instrumentos em diferentes contextos culturais e linguísticos (Polit & Beck, 2006; Souza et. al, 2017). No contexto específico da tradução e adaptação transcultural de escalas para o português, um estudo metodológico bem conduzido é essencial para assegurar que o instrumento mantenha a sua equivalência conceptual, semântica e métrica após a tradução, sendo recomendada a utilização de procedimentos sistemáticos como os propostos por Beaton et al. (2000), amplamente reconhecidos neste tipo de investigação.

Embora existam diversos métodos para adaptação transcultural de instrumentos, como os métodos de Reichenheim e Moraes (2007), Herdman et al. (1998), Geisinger (1994) e Brislin et al. (1970), que compartilham várias estágios similares ao que é praticado atualmente, optou-se pelo referencial metodológico de Beaton et al. (2007), amplamente utilizado em estudos idênticos (Oliveira et al., 2018).

Beaton et al. (2007) propõem seis estágios para o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos: a tradução inicial do instrumento, a síntese das traduções, a retrotradução, a avaliação por um comité de especialistas, o pré-teste e, finalmente, a submissão de todo o processo realizado ao autor que desenvolveu o instrumento original.

2.2.1 Tradução Inicial do Instrumento para a Língua Portuguesa

Beaton et al. (2007) afirmam que o primeiro estágio da adaptação transcultural consiste na tradução direta do instrumento. Devem ser realizadas no mínimo duas traduções independentes, do idioma original para o idioma-alvo, permitindo uma comparação entre ambas com o objetivo de identificar discrepâncias significativas. As traduções devem ser efetuadas por tradutores bilíngues cuja língua materna seja o idioma de destino. Cada tradutor deve produzir um relatório com os comentários e justificações para as escolhas realizadas, abrangendo os itens, opções de resposta, instruções e documentação de pontuação. Idealmente, os tradutores devem possuir perfis distintos: um com conhecimento sobre os conceitos e objetivos abordados pelo instrumento, e outro sem conhecimento prévio do conteúdo (Beaton et al., 2007).

Seguindo essas recomendações metodológicas, na presente investigação foi realizado o primeiro estágio da adaptação transcultural do APNCAI, correspondente à tradução inicial.

O tradutor responsável pela Tradução 1 (T1) foi selecionado através de uma empresa especializada em tradução, revisão e certificação multilíngue, tendo sido identificado como uma referência na área, com experiência comprovada na tradução entre espanhol e português. Este profissional não foi informado sobre os conceitos nem os objetivos do instrumento, respeitando os princípios metodológicos de imparcialidade indicados por Beaton et al. (2007).

Por outro lado, a Tradução 2 (T2) foi realizada por um enfermeiro com mais de três anos de experiência profissional em Espanha, identificado por contacto direto. Este tradutor possuía conhecimento clínico e terminológico relevante, bem como experiência prévia na tradução de instrumentos semelhantes. Foi previamente informado sobre os objetivos e conceitos do instrumento, como recomendado por Lino et al. (2017) e Oliveira et al. (2018), que destacam a importância da contextualização do tradutor com o conteúdo do instrumento para garantir uma tradução mais significativa.

Foram então efetuadas duas traduções independentes, T1 e T2, a versão original em espanhol para o português europeu, de forma independente, de modo a garantir imparcialidade e riqueza interpretativa.

2.2.2 Síntese de Traduções

No estágio seguinte da adaptação transcultural, é recomendada a produção de uma síntese das duas traduções realizadas no estágio anterior. Para esse efeito, Beaton et al. (2007) sugerem a inclusão de uma terceira pessoa imparcial na equipa de investigação, com o objetivo de mediar as discussões sobre as diferenças entre as traduções e contribuir para a elaboração de uma documentação escrita detalhada do processo. A partir da comparação entre o instrumento original, a Tradução 1 (T1) e a Tradução 2 (T2), é desenvolvida uma síntese dessas versões, resultando numa tradução comum, designada por T12.

Este procedimento resultou na elaboração de uma versão consensual, a T12, que representa a síntese coerente das duas traduções iniciais. Tal como sublinhado por Lino et al. (2017) e Oliveira et al. (2018), esta etapa é fundamental para assegurar que o instrumento adaptado mantenha a fidelidade semântica e conceptual, bem como a sua clareza e aplicabilidade no contexto sociocultural da população-alvo.

2.2.3 Retrotradução

De acordo com Beaton et al. (2007), após a obtenção da versão de consenso (T12), procede-se à retrotradução, na qual o instrumento é traduzido novamente para o idioma original por tradutores independentes que não tiveram contacto com a versão original e não são informados dos objetivos e conceitos envolvidos na tradução. Este estágio tem como finalidade verificar se a versão traduzida mantém com fidelidade o conteúdo do instrumento original, sendo útil para detetar inconsistências conceituais ou erros de tradução. É recomendada a realização de duas retrotraduções independentes, por tradutores cuja língua materna seja a do instrumento original (Beaton et al., 2007).

No presente estudo, esta etapa correspondeu ao terceiro estágio do processo de adaptação transcultural e foi realizada com o objetivo de assegurar a qualidade e consistência da tradução, conforme preconizado por Beaton et al. (2007). Esta retrotradução visou garantir que a versão de síntese (T12) preservasse o significado original dos itens e evitasse desvios linguísticos ou conceituais relevantes.

Dois tradutores independentes, nativos de Espanha e fluentes em português, foram responsáveis por retrotraduzir a versão T12 para o espanhol. Um dos tradutores foi selecionado após contacto com um centro certificado de tradução, enquanto o segundo foi identificado com base nas informações do seu perfil profissional e ligação institucional à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, onde atua como docente. Este último possuía ainda experiência prévia em projetos de tradução e retrotradução, assegurando o nível de proficiência linguística e os critérios de qualidade exigidos. Neste estágio resultaram por fim duas retrotraduções, BT1 e BT2.

2.2.4 Revisão por Comité de Especialistas

A composição do comité de especialistas constitui um estágio essencial para assegurar a equivalência transcultural do instrumento adaptado, tal como recomendado por Beaton et al. (2007).

A seleção criteriosa dos especialistas envolvidos na validação de conteúdo é um passo crucial neste processo. De acordo com Guimarães et al. (2016), é recomendado que os peritos possuam, no mínimo, quatro anos de experiência clínica na área específica do instrumento, bem como formação académica relevante, nomeadamente o grau de mestre, de forma a assegurar a qualidade, a consistência e a relevância das suas avaliações.

Este comité deve integrar enfermeiros e docentes de enfermagem com trabalho desenvolvido no tema, no contexto alvo, metodologistas com experiência em processos

idênticos de adaptação transcultural ou construção e validação de instrumentos, especialistas em linguística ou os próprios tradutores (Beaton et al., 2007). O seu papel consiste em analisar todas as versões produzidas, ou seja, o instrumento original, T1, T2, T12, BT1 e BT2, e atribuir um parecer à versão T12 através da avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceptual, bem como da clareza e relevância de todos os itens, contribuindo para a versão pré-final do instrumento. Essa análise também envolve a avaliação de todas as equivalências e da clareza das instruções de preenchimento e das opções de resposta (Beaton et al., 2007).

Esta composição é igualmente defendida por Lino et al. (2017) e Oliveira et al. (2018), que destacam a importância de o grupo ser diversificado e qualificado para assegurar o rigor do processo. Além disso, em processos de adaptação transcultural de instrumentos, é recomendado que o comité seja constituído no mínimo por cinco especialistas (Alexandre & Coluci, 2011; Oliveira et al., 2018).

A recolha de dados foi realizada através de um formulário online, construído na plataforma Microsoft Forms®, dividido em duas partes. Na primeira parte, foram apresentadas aos especialistas todas as versões produzidas do instrumento, ou seja, a versão original, as duas traduções (T1 e T2), a síntese (T12) e as duas retrotraduções (BT1 e BT2), sendo que os especialistas foram convidados a atribuir parecer sobre as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceptual, bem como clareza e relevância de todos os itens, da versão T12.

No que se refere às instruções e às opções de resposta, os especialistas avaliaram especificamente as equivalências e a clareza, como sugerido por Oliveira et al. (2018).

Para realizar essa avaliação foi utilizada uma escala de Likert de 4 pontos. Relativamente às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceptual, as opções incluíam: (1) não equivalente, (2) necessita de grande revisão para ser equivalente, (3) necessita de pequena revisão para ser equivalente e (4) equivalente. Para a clareza: (1) não claro, (2) pouco claro, (3) claro, (4) extremamente claro. Para a relevância: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) relevante, (4) extremamente relevante. Conforme recomendado por Souza et al. (2017), sempre que um item era avaliado com as pontuações mais baixas (1 ou 2), os especialistas eram convidados a justificar a sua escolha e a apresentar sugestões de melhoria.

A segunda parte do formulário foi destinada à recolha de dados sociodemográficos, profissionais e académicos dos especialistas. Os dados foram organizados com recurso ao Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva simples.

A análise da validade de conteúdo foi baseada no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), uma abordagem reconhecida para a avaliação da adequação de itens em instrumentos

de medição (Lynn, 1986; Souza et al., 2017). O IVC foi calculado com base na proporção de especialistas que atribuíram pontuações de 3 ou 4 a cada item do instrumento, numa escala de quatro pontos. Para a aceitação dos itens como válidos, foi adotado o valor mínimo de 0,80 como critério de validade. Este valor é amplamente utilizado na literatura como um ponto de corte adequado, refletindo um elevado grau de concordância entre os especialistas. De acordo com Grant e Davis (1997), bem como Davis (1992), é recomendado um IVC mínimo de 0,80, para assegurar a concordância entre os peritos e a validade de conteúdo em processos de adaptação de instrumentos de medida.

As sugestões de melhoria apresentadas pelos especialistas foram analisadas e associadas aos respetivos itens quando não implicavam a alteração de conteúdo do item e melhoravam a sua redação gramatical. Esta análise qualitativa, possibilitou o aprimoramento de alguns itens, sobretudo através da adequação terminológica ao contexto português da enfermagem e de correções gramaticais (Lino et al., 2017).

Com base nessas alterações, foi desenvolvida uma versão pré-final do instrumento (APÊNDICE I), dando seguimento ao estágio seguinte da adaptação transcultural, conforme delineado por Beaton et al. (2007) e reforçado por Oliveira et al. (2018).

2.2.5 Pré-Teste

Um dos estágios cruciais no processo de adaptação transcultural é o pré-teste, que visa garantir que a versão adaptada do instrumento seja compreendida de forma adequada pela população-alvo. Beaton et al. (2007) referem que este estágio deve ser realizado com a versão pré-final do instrumento, aplicada idealmente a um grupo de 30 a 40 participantes da população-alvo. Este procedimento permite avaliar a clareza dos itens, a adequação da linguagem utilizada e a forma como os participantes interpretam as instruções e opções de resposta. Embora não se destine a avaliar propriedades psicométricas como a validade de constructo ou a fiabilidade, este estágio contribui para a melhoria da qualidade do instrumento (Beaton et al., 2007).

Este estágio foi realizado de forma online, através da plataforma Microsoft Forms®, recorrendo a uma amostra constituída por enfermeiros e enfermeiros especialistas com, no mínimo, um ano de experiência profissional. Para a sua concretização, foi submetido um pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde o estudo foi desenvolvido, tendo sido emitido parecer favorável com o número de comunicação 73/2024, atribuindo a autorização formal em reunião do Conselho de Administração (ANEXO II). Antes

de iniciarem o preenchimento do questionário, os participantes receberam informação escrita com a descrição clara do estudo, os seus objetivos e a forma como os dados seriam tratados, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. Posteriormente, teriam de aceitar o Termo de Consentimento Informado e só após realizarem a aceitação expressa deste consentimento seria possível aceder ao questionário. O questionário foi estruturado em três partes. Na primeira, os participantes responderam à versão pré-final do instrumento, registando os horários de início e fim do preenchimento, o que permitiu calcular o tempo médio despendido. A segunda parte incluiu três questões específicas destinadas a avaliar a usabilidade do instrumento, nomeadamente a facilidade de compreensão das instruções, dos itens e das opções de resposta. Foi utilizada uma escala de Likert de 5 pontos, com as seguintes opções: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) nem concordo nem discordo, (4) concordo, e (5) concordo totalmente. Sempre que os participantes selecionaram as opções (1) ou (2), foram convidados a sugerir melhorias em formato de resposta aberta, promovendo, assim, o aperfeiçoamento do instrumento, tal como sugerido por Oliveira et al. (2018).

A terceira parte incluiu questões relativas às características sociodemográficas, profissionais e académicas dos participantes. Os dados obtidos foram organizados com recurso ao Microsoft Excel® e analisados através de estatísticas descritivas simples para caracterização da amostra.

2.2.6 Submissão de Todo o Processo Realizado ao Autor

Beaton et al. (2007) afirmam que o estágio final do processo de adaptação transcultural consiste no envio de todos os documentos relacionados ao processo, juntamente com um relatório detalhado dos estágios realizados, ao autor do instrumento. Isto deve ser realizado para que o autor que desenvolveu o instrumento original possa verificar se todos os estágios foram cumpridos com rigor metodológico.

2.3 Estudo Metodológico de Avaliação de Validade e Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI

2.3.1 Desenho e Contexto

Este estudo utilizou um desenho metodológico e transversal com o objetivo de avaliar a validade e a fiabilidade da versão portuguesa do “Advanced Practice Nursing Assessment

Instrument”, de acordo com os critérios da lista de verificação dos COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) (Mokkink et al., 2010).

A investigação foi realizada entre novembro de 2024 e abril de 2025 numa Unidade Local de Saúde situada na região Norte de Portugal. Esta unidade local de saúde é composta por dois hospitais, e por três agrupamentos de centros de saúde.

2.3.2 População e Amostra

A técnica de amostragem utilizada foi a amostragem não probabilística por conveniência. Além disso, foi considerado o critério estabelecido para a validação de instrumentos, que recomenda a inclusão de 5 a 10 participantes por cada item do instrumento (Ribeiro, 2010). Assim, foi definida uma amostra mínima de 220 participantes, tendo em conta que a versão portuguesa do Advanced Practice Nursing Assessment Instrument contém 44 itens.

Integraram o estudo os enfermeiros que exerciam atividade profissional na Unidade Local de Saúde, com pelo menos seis meses de experiência no contexto, independentemente da sua categoria profissional ou vínculo contratual. A participação foi voluntária, tendo sido incluídos na amostra apenas os profissionais que, após receberem o link de acesso ao questionário através do e-mail institucional, optaram por responder ao inquérito online, importa referir que a população alvo foi de 1443 enfermeiros dessa ULS.

2.3.3 Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário constituído por duas partes: a primeira parte consistiu num questionário para a caracterização sociodemográfica, profissional e académica; a segunda parte integrou a versão do Advanced Practice Nursing Assessment Instrument adaptada transculturalmente para o contexto português.

A primeira parte do questionário foi composta por questões de resposta fechada destinadas a analisar as características sociodemográficas, profissionais e académicas da amostra. No que respeita às variáveis de caracterização pessoal, foram recolhidos os dados relativos à idade e ao sexo. Relativamente à caracterização profissional, foram registados o serviço e o contexto de trabalho atual, o tempo total de experiência profissional, a especialidade de enfermagem e a categoria profissional. No que se refere à caracterização académica, foram apenas registadas as habilitações académicas.

2.3.3.1 Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument

O APNCAI é constituído por um total de 44 itens, distribuídos por oito dimensões representativas das áreas essenciais da prática de enfermagem avançada: Investigação e Prática Baseada na Evidência (8 itens), Liderança Clínica e Profissional (4 itens), Autonomia Profissional (8 itens), Relações Interprofissionais e Mentoria (6 itens), Gestão da Qualidade (4 itens), Gestão de Cuidados (6 itens), Ensino e Educação Profissional (4 itens) e Promoção da Saúde (4 itens).

Este instrumento permite uma análise abrangente e estruturada das competências dos enfermeiros, contribuindo para o reconhecimento, desenvolvimento e fortalecimento da prática de enfermagem avançada no sistema de saúde.

A aplicação do instrumento consiste numa autoavaliação, na qual cada participante deve indicar com que frequência desempenha, no seu contexto de trabalho, cada uma das competências mencionadas. Para tal, utiliza-se uma escala de Likert de cinco pontos: (1) Nunca, (2) Quase Nunca, (3) Às Vezes, (4) Quase Sempre e (5) Sempre, refletindo a perceção do próprio enfermeiro sobre as suas práticas profissionais.

2.3.4 Procedimentos de Recolha de Dados

Após o parecer da Comissão de Ética e a aprovação da realização do estudo pelo Conselho de Administração, foi solicitada a colaboração do Enfermeiro Diretor, e com a ajuda dos Enfermeiros Gestores da Unidade Local de Saúde para proceder à partilha do link de acesso ao questionário em formato digital, através da plataforma Microsoft Forms®, enviado para o e-mail institucional. O e-mail apresentava todas as informações pertinentes para os potenciais participantes: identificação da investigação, dos investigadores e dos objetivos de investigação; critérios de inclusão e exclusão; garantia de confidencialidade e anonimato e carácter voluntário de participação.

Adicionalmente, foi disponibilizado o contacto do investigador para o esclarecimento de eventuais dúvidas ou para o fornecimento de informações complementares.

2.3.5 Análise de Dados

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto as variáveis quantitativas foram apresentadas por média e desvio padrão, mínimo e máximo, bem como por mediana e intervalo interquartil [Q1, Q3].

Para responder ao objetivo do estudo, foram analisadas a validade e fiabilidade da versão portuguesa do APNCAI.

A validação da estrutura interna da escala foi realizada através de uma análise fatorial pelo método de componentes principais (Principal Component Analysis - PCA), com rotação varimax. Para a extração dos fatores comuns, foram considerados três critérios: número de fatores com valor próprio (eigenvalue) superior a 1 (método de Kaiser); observação do gráfico de escarpa (scree plot); e o número de fatores com percentagem de variância explicada superior a 5%.

Para determinar se a amostra era adequada para a técnica de PCA, foram calculadas a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (Marôco, 2014). A fiabilidade foi analisada através da consistência interna, avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach (α), pela correlação média inter-item e pela correlação item-total corrigida (Mokkink et al., 2010). O alfa de Cronbach (α) mede a inter-relação entre itens de uma escala ou subescala unidimensional (Mokkink et al., 2010), sendo que valores superiores a 0,70 são considerados aceitáveis (Streiner et al., 2014). A correlação média inter-item deve situar-se entre 0,15 e 0,50, garantindo que os itens medem o mesmo constructo sem redundância excessiva (Clark & Watson, 1995). Para a correlação item-total corrigida, valores adequados situam-se entre 0,30 e 0,70 (Streiner et al., 2014).

Todas as análises foram realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0 para Windows.

2.3.6 Considerações Éticas

O estudo de adaptação transcultural e validação do *Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument* para o contexto português foi aprovado e acompanhado pelo autor que desenvolveu o instrumento original.

Todos os potenciais participantes receberam o link de acesso ao questionário que na primeira abordagem continha Informação ao Participante, ou seja, a identificação dos investigadores, objetivos e finalidades do estudo. Foi também disponibilizada informação sobre a metodologia do trabalho bem como sobre o carácter voluntário da participação e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou consequência futura sobre isso.

O consentimento informado, livre e esclarecido encontrava-se integrado na parte inicial do questionário, e a sua não aceitação era impeditiva do preenchimento do mesmo.

Os dados recolhidos foram tratados de forma a garantir o anonimato, através de um processo de codificação interno.

O estudo foi avaliado e recebeu uma apreciação favorável da Comissão de Ética de Saúde da ULS com o número de comunicação 73/2024, sendo aprovado em reunião pelo Conselho de Administração a 28 de novembro de 2024.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1 Apresentação dos Resultados de Estudo Metodológico de Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo

Após a elaboração das traduções iniciais, e em ambas as traduções (T1 e T2), apesar de solicitado, não foram relatadas dificuldades nem observações críticas.

Em consonância com estas recomendações, nesta investigação, procedeu-se à síntese das traduções, estágio que visa harmonizar as versões previamente produzidas. As discrepâncias linguísticas e conceituais identificadas entre T1 e T2 foram cuidadosamente analisadas e discutidas entre os membros da equipa de investigação, através de um processo colaborativo, estruturado e criterioso.

A versão de consenso (T12) foi elaborada com base nas discussões dos investigadores e análise das traduções iniciais. A documentação do processo incluiu a descrição de todas as divergências e as decisões tomadas, assegurando transparência metodológica.

Para o processo de retrotradução, ambos os tradutores desconheciam a versão original do instrumento, bem como os conceitos e objetivos da tradução, o que assegura uma retrotradução livre de vieses interpretativos, garantindo maior fidelidade semântica. Esta abordagem metodológica permitiu que erros de tradução, ambiguidades ou perdas de significado na versão síntese (T12) fossem facilmente identificados.

A retrotradução resultou em duas versões distintas, designadas BT1 e BT2. Após análise comparativa entre as retrotraduções e a versão original do instrumento (em espanhol), constatou-se que ambas as versões retrotraduzidas mantinham elevada consistência com os conteúdos originais, não tendo sido identificadas incongruências conceptuais significativas.

Importa destacar que nenhum dos tradutores reportou dificuldades durante o processo. A análise destas retrotraduções constituiu, assim, uma etapa fundamental para reforçar a validação linguística e conceptual do instrumento adaptado, assegurando a sua adequação antes da revisão pelo comité de especialistas.

Foram contactados sete especialistas de forma intencional, todos detentores do grau de mestre e com pelo menos quatro anos de experiência profissional. Com o objetivo de reforçar o rigor na seleção, cinco destes especialistas encontravam-se a desenvolver doutoramento e investigação relevante na área em estudo. Acresce ainda que todos os especialistas contactados integravam adicionalmente organizações ou associações que promovem o desenvolvimento da disciplina e da profissão de Enfermagem, com produção científica validada e publicada neste

domínio e experiência prévia em processos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, incluindo a participação em projetos de validação de ferramentas tecnológicas na área da saúde, como aplicações digitais.

Dos sete elementos contactados para integrar o comité de especialistas, cinco aceitaram participar, tendo respondido de forma completa em todo o estágio. Assim, a amostra do comité foi constituída por cinco elementos, dos quais 60% (n = 3) pertenciam ao género masculino e 40% (n = 2) ao género feminino. A idade média dos participantes foi de 40,4 anos (dp 3,05), com idades compreendidas entre os 36 e os 44 anos. No que respeita ao estado civil, 80% (n = 4) encontravam-se casados ou em união de facto, enquanto 20% (n = 1) eram solteiros. Relativamente às habilitações académicas, todos os participantes (100%) possuíam o grau de mestre. No momento da recolha de dados, todos exerciam funções como enfermeiros especialistas (100%). O tempo de exercício profissional variou entre os 14 e os 21 anos, com uma média de 18,2 anos (dp 2,95), como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica do comité de especialistas (n = 5).

Idade (anos), M (dp)	40,4 (3,05)
Género, n (%)	
Masculino	3 (60%)
Feminino	2 (40%)
Estado civil, n (%)	
Casado / União de Facto	4 (80%)
Solteiro	1 (20%)
Habilitações académicas, n (%)	
Mestrado	5 (100%)
Categoria profissional, n (%)	
Enfermeiro Especialista	5 (100%)
Tempo de experiência profissional (anos), M (dp)	18,2 (2,95)

Nota. M – média; dp – desvio padrão; n – frequência absoluta; % – frequência relativa. Fonte: os autores

Como resultado da avaliação realizada pelo comité de especialistas, todos os itens do instrumento apresentaram um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) igual ou superior a 0,80, valor considerado satisfatório e em conformidade com os critérios estabelecidos na literatura para validação de instrumentos. Os valores de IVC resultantes deste estágio encontram-se explanados na Tabela 2.

Importa salientar que os itens com menor pontuação no IVC foram os itens 1.4, 1.8, 2.4, 3.1, 4.2, 4.5, 4.6, 6.3 e 6.6. Os especialistas apresentaram sugestões e/ou justificações maioritariamente relacionadas com aspetos gramaticais ou com a adequação terminológica à prática clínica portuguesa, o que permitiu a redação desses itens sem que os mesmos sofressem alterações de conteúdo, e simultaneamente, contribuir para a melhoria da versão pré-final do instrumento.

Tabela 2

Valores do IVC para avaliações de equivalências, clareza e relevância de todos os itens do instrumento.

Itens	Equivalência				Clareza	Relevância
	Semântica	Idiomática	Cultural	Conceitual		
1.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.4	1,00	1,00	1,00	1,00	0.80	1,00
1.5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.6	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.7	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1.8	0.80	0.80	0.80	0.80	1,00	1,00
2.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2.4	0.80	0.80	0.80	0.80	1,00	1,00
3.1	0.80	0.80	0.80	0.80	1,00	1,00
3.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.6	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.7	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3.8	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4.2	0.80	0.80	0.80	0.80	1,00	1,00
4.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4.5	0.80	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4.6	0.80	1,00	1,00	0.80	0.80	1,00
5.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6.3	0.80	0.80	0.80	0.80	1,00	1,00
6.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6.5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6.6	1,00	1,00	1,00	1,00	0.80	1,00
7.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

7.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8.1	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8.2	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8.3	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8.4	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Nota: Fonte: os autores.

Foi realizado um pré-teste com o objetivo de avaliar a usabilidade da versão pré-final, o tempo médio necessário para o seu preenchimento, bem como a compreensão das instruções, dos itens e das opções de resposta. A sua aplicação foi realizada online, utilizando a plataforma Microsoft Forms®.

A amostra do pré teste contou com 35 participantes. Os participantes foram enfermeiros e enfermeiros especialistas em exercício numa unidade hospitalar localizada no norte de Portugal, todos com um mínimo de um ano de experiência profissional. Foram excluídos da análise os participantes que não completaram integralmente o questionário. Todos os participantes consentiram em participar de forma livre, informada e esclarecida.

Como demonstrado na Tabela 3, no que diz respeito à caracterização sociodemográfica, a média de idades dos participantes foi de 33,8 anos (dp 5,99), com valores compreendidos entre os 25 e os 49 anos, evidenciando um grupo predominantemente jovem, mas com diversidade etária. Quanto ao género, 60% (n = 21) dos participantes identificaram-se como do género feminino e 40% (n = 14) como do género masculino. No que se refere às habilitações académicas, verificou-se que a maioria (n = 30; 85,7%) possui o grau de licenciatura, enquanto uma minoria (n = 5; 14,3%) declarou possuir o grau de mestre.

Relativamente à condição profissional desta amostra, apenas 2,9% (n=1) desempenha funções como enfermeiro especialista e 97,1% (n = 34) dos participantes exercem funções como enfermeiro generalista. Entre os participantes 14,3% (n = 5) declararam possuir o título de enfermeiro especialista e área de especialização referida foi a Enfermagem Médico Cirúrgica, o que demonstra a adequação do perfil dos participantes. O tempo médio de exercício profissional como enfermeiro foi de 10,3 anos (dp 6,04), com uma variando entre 1 e 28 anos, refletindo uma amostra com diferentes níveis de senioridade. Quanto ao tempo de exercício no serviço atual, a média foi de 6,0 anos (dp 5,56).

Tabela 3*Caracterização sociodemográfica dos participantes do pré-teste (n = 35)*

Idade (anos), M (dp)	33,8 (5,99)
Género, n (%)	
Feminino	21 (60%)
Masculino	14 (40%)
Habilitações académicas, n (%)	
Licenciatura	30 (85,7%)
Mestrado	5 (14,3%)
Área de especialização, n (%)	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	5 (14,3%)
Categoria profissional, n (%)	
Enfermeiro	34 (97,1)
Enfermeiro Especialista	1 (2,9)
Tempo de experiência profissional no serviço (anos), M (dp)	6 (5,56)
Tempo de experiência profissional (anos), M (dp)	10,3 (6,04)

Nota: M – média; dp – desvio padrão; n – frequência absoluta; % – frequência relativa. Fonte: os autores

Com base nos dados recolhidos no pré-teste, o tempo médio de resposta ao questionário foi de aproximadamente 9,45 minutos, com um desvio padrão de 2,50 minutos.

Estes valores indicam que, em média, os participantes levaram cerca de 9 minutos e 45 segundos para completar o questionário, com a maioria dos tempos de resposta situando-se entre aproximadamente 7,25 e 12,25 minutos. No que toca a facilidade de compreensão das instruções dos itens e das opções de resposta os participantes concordaram com a facilidade na sua resposta, e não deram indicação de quaisquer sugestões de melhoria.

No último estágio, correspondente ao contacto com os autores do instrumento, não foi obtido retorno relativamente à informação enviada, embora tivesse sido previamente concedida a autorização para a realização do estudo. Assim, não foi possível validar junto dos autores as retrotraduções BT1 e BT2 em relação à versão original.

3.2 Apresentação dos Resultados do Estudo Metodológico de Avaliação de Validade e Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI

3.2.1 Análise Descritiva – Caracterização da Amostra

Com base na Tabela 4, procede-se à análise descritiva da caracterização sociodemográfica, profissional e académica da amostra, composta por 264 participantes.

A maioria dos profissionais da amostra pertence ao género feminino, com 81,8% (n = 216), sendo o género masculino representado por 18,2% (n = 48). A idade média dos participantes foi de 40,6 anos (dp 8,7), com valores compreendidos entre os 24 e os 66 anos. Relativamente à experiência profissional, a média foi de 17,6 anos (dp 8,7), com um mínimo de 1 e um máximo de 42 anos. No que diz respeito ao tempo de exercício no serviço atual, a mediana foi de 7 anos, com um intervalo interquartil de 4 a 15 anos e valores mínimos e máximos de 0 e 35 anos, respetivamente.

No que se refere ao departamento de exercício profissional, 29,5% (n = 78) exercem funções no Departamento de Urgência/Emergência, 25,4% (n = 67) no Departamento Médico, 20,1% (n = 53) nos Cuidados de Saúde Primários, 10,6% (n = 28) no Departamento Cirúrgico, 7,2% (n = 19) no Departamento de Cuidados Intermédios e Intensivos e 7,2% (n = 19) no Departamento de Cuidados à Mulher e Criança.

Relativamente às habilitações académicas, 70,1% (n = 185) dos participantes possuem licenciatura e 29,9% (n = 79) possuem mestrado. Quanto à categoria profissional, 65,5% (n = 173) são enfermeiros, 32,6% (n = 86) são enfermeiros especialistas e 1,9% (n = 5) são enfermeiros gestores. No que respeita ao título profissional, 53,8% (n = 142) detêm o título de enfermeiro especialista e 46,2% (n = 122) o título de enfermeiro.

No que concerne à área de especialização em enfermagem, entre os participantes com título de especialista, 19,0% (n = 27) referem exercer na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 19,0% (n = 27) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 18,3% (n = 26) na área de Enfermagem de Reabilitação, 12,7% (n = 18) em Enfermagem Comunitária, 11,3% (n = 16) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 4,9% (n = 7) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 4,2% (n = 6) em Enfermagem da Saúde Comunitária e Saúde Pública, 3,5% (n = 5) em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, 2,8% (n = 4) em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2,1% (n = 3) em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, 1,4% (n = 2) em Enfermagem de Saúde Familiar e 0,7% (n = 1) em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Tabela 4

Caracterização sociodemográfica, profissional e académica da amostra (n = 264).

Género, n (%)	
Feminino	216 (81.8)
Masculino	48 (18.2)
Idade, M (dp), min-máx	40,6 (8,7), 24-66

Anos de experiência profissional , M (dp), min-máx	17,6 (8,7), 1-42
Anos de experiência no serviço atual , Med [Q ₁ ; Q ₃], min-máx	7 [4; 15], 0-35
Departamento , n (%)	
Departamento de Urgência/Emergência	78 (29,5)
Departamento Médico	67 (25,4)
Cuidados de Saúde Primários	53 (20,1)
Departamento Cirúrgico	28 (10,6)
Departamento de Cuidados Intermédios e Intensivos	19 (7,2)
Departamento de Cuidados à Mulher e Criança	19 (7,2)
Habilitações académicas , n (%)	
Licenciatura	185 (70,1)
Mestrado	79 (29,9)
Categoria Profissional , n (%)	
Enfermeiro	173 (65,5)
Enfermeiro especialista	86 (32,6)
Enfermeiro gestor	5 (1,9)
Título Profissional , n (%)	
Enfermeiro Especialista	142 (53,8)
Enfermeiro	122 (46,2)
Área de Especialização em Enfermagem , n (%)	
Enfermagem de Médico-Cirúrgica	27 (19,0)
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	27 (19,0)
Enfermagem de Reabilitação	26 (18,3)
Enfermagem Comunitária	18 (12,7)
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	16 (11,3)
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	7 (4,9)
Enfermagem da Saúde Comunitária e Saúde Pública	6 (4,2)
Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória	5 (3,5)
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	4 (2,8)
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	3 (2,1)
Enfermagem de Saúde Familiar	2 (1,4)
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	1 (0,7)

Nota: n – frequência absoluta; % - frequência relativa; M – média; dp – desvio padrão; Med – mediana; Q₁ – Quartil 1; Q₃ – Quartil 3. Fonte: os autores

3.2.2 Análise descritiva – Caracterização da escala

Com o objetivo de analisar a frequência de resposta dos participantes relativamente aos diferentes itens da escala utilizada, procedeu-se à sua caracterização descritiva. A Tabela 5

apresenta a distribuição das respostas dos 264 participantes para cada item, de acordo com uma escala de frequência de cinco pontos (Nunca, Quase nunca, Às vezes, Quase sempre, Sempre), bem como os valores de tendência central e dispersão, nomeadamente a média (M), o desvio padrão (dp), a mediana (Med) e os quartis (Q1; Q3).

A escala encontra-se organizada em oito subescalas, correspondentes às diferentes dimensões avaliadas no âmbito das competências em Prática de Enfermagem Avançada. Para cada subescala, foram calculadas a média (M) e o desvio padrão (dp) dos itens que a compõem, permitindo uma apreciação do desempenho médio dos participantes em cada domínio específico.

Na subescala Investigação e Prática Baseada na Evidência, obteve-se uma média de 3,1 (dp 0,8), enquanto na subescala Liderança Clínica e Profissional a média foi de 2,6 (dp 0,9). Relativamente à Autonomia Profissional, registou-se uma média de 3,5 (dp 0,8), e no domínio das Relações Interprofissionais e Mentoria, a média atingiu 3,7 (dp 0,7). A subescala Gestão da Qualidade apresentou uma média de 3,4 (dp 0,8), e a Gestão de Cuidados obteve uma média de 3,6 (dp 0,7). No que respeita à subescala Ensino e Educação Profissional, verificou-se a média mais elevada, com 4,1 (dp 0,7), ao passo que a subescala Promoção da Saúde apresentou uma média de 3,3 (dp 1,0).

Estes resultados permitem identificar as áreas com maior ou menor expressão de competências referidas pelos participantes.

Tabela 5

Caracterização das respostas dos participantes aos itens da escala (n = 264).

Item	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre	M (dp)	Med [Q ₁ ; Q ₃]
1. Investigação e Prática Baseada na Evidência							
1.1	41 (15,5)	69 (26,1)	117 (44,3)	27 (10,2)	10 (3,8)	2,6 (1,0)	3 [2; 3]
1.2	5 (1,9)	28 (10,6)	108 (40,9)	102 (38,6)	21 (8,0)	3,4 (0,9)	3 [3; 4]
1.3	9 (3,4)	34 (12,9)	124 (47,0)	76 (28,8)	21 (8,0)	3,3 (0,9)	3 [3; 4]
1.4	30 (11,4)	42 (15,9)	94 (35,6)	71 (26,9)	27 (10,2)	3,1 (1,1)	3 [2; 4]
1.5	3 (1,1)	28 (10,6)	108 (40,9)	96 (36,4)	29 (11,0)	3,5 (0,9)	3 [3; 4]
1.6	10 (3,8)	35 (13,3)	82 (31,1)	110 (41,7)	27 (10,2)	3,4 (1,0)	4 [3; 4]
1.7	21 (8,0)	60 (22,7)	102 (38,6)	62 (23,5)	19 (7,2)	3,0 (1,0)	3 [2; 4]
1.8	42 (15,9)	61 (23,1)	93 (35,2)	52 (19,7)	16 (6,1)	2,8 (1,1)	3 [2; 4]
						3,1 (0,8)	
2. Liderança Clínica e Profissional							
2.1	48 (18,2)	68 (25,8)	86 (32,6)	51 (19,3)	11 (4,2)	2,7 (1,1)	3 [2; 3]

2.2	18 (6,8)	54 (20,5)	125 (47,3)	56 (21,2)	11 (4,2)	3,0 (0,9)	3 [2; 4]
2.3	78 (29,5)	59 (22,3)	73 (27,7)	46 (17,4)	8 (3,0)	2,4 (1,2)	2 [1; 3]
2.4	76 (28,8)	59 (22,3)	82 (31,1)	40 (15,2)	7 (2,7)	2,4 (1,1)	2 [1; 3]
						2,6 (0,9)	

3. Autonomia Profissional

3.1	15 (5,7)	19 (7,2)	72 (27,3)	100 (37,9)	58 (22,0)	3,6 (1,1)	4 [3; 4]
3.2	10 (3,8)	11 (4,2)	76 (28,8)	110 (41,7)	57 (21,6)	3,7 (1,0)	4 [3; 4]
3.3	6 (2,3)	12 (4,5)	63 (23,9)	124 (47,0)	59 (22,3)	3,8 (0,9)	4 [3; 4]
3.4	6 (2,3)	24 (9,1)	73 (27,7)	120 (45,5)	41 (15,5)	3,6 (0,9)	4 [3; 4]
3.5	12 (4,5)	18 (6,8)	83 (31,4)	105 (39,8)	46 (17,4)	3,6 (1,0)	4 [3; 4]
3.6	23 (8,7)	20 (7,6)	68 (25,8)	103 (39,0)	50 (18,9)	3,5 (1,1)	4 [3; 4]
3.7	31 (11,7)	27 (10,2)	93 (35,2)	80 (30,3)	33 (12,5)	3,2 (1,2)	3 [3; 4]
3.8	70 (26,5)	49 (18,6)	45 (17,0)	59 (22,3)	41 (15,5)	2,8 (1,4)	3 [1; 4]
						3,5 (0,8)	

4. Relações interprofissionais e mentoria

4.1	3 (1,1)	17 (6,4)	110 (41,7)	100 (37,9)	34 (12,9)	3,6 (0,8)	4 [3; 4]
4.2	0 (0)	2 (0,8)	91 (34,5)	118 (44,7)	53 (20,1)	3,8 (0,7)	4 [3; 4]
4.3	2 (0,8)	1 (0,4)	53 (20,1)	114 (43,2)	94 (35,6)	3,8 (0,7)	4 [3; 4]
4.4	4 (1,5)	11 (4,2)	68 (25,8)	128 (48,5)	53 (20,1)	3,8 (0,9)	4 [3; 4]
4.5	13 (4,9)	24 (9,1)	104 (39,4)	79 (29,9)	44 (16,7)	3,4 (1,0)	3 [3; 4]
4.6	13 (4,9)	25 (9,5)	82 (31,1)	79 (29,9)	65 (24,6)	3,6 (1,1)	4 [3; 4]
						3,7 (0,7)	

5. Gestão da Qualidade

5.1	4 (1,5)	14 (5,3)	93 (35,2)	123 (46,6)	30 (11,4)	3,6 (0,8)	4 [3; 4]
5.2	9 (3,4)	38 (14,4)	120 (45,5)	77 (29,2)	20 (7,6)	3,2 (0,9)	3 [3; 4]
5.3	6 (2,3)	18 (6,8)	107 (40,5)	104 (39,4)	29 (11,0)	3,5 (0,9)	4 [3; 4]
5.4	29 (11,0)	42 (15,9)	96 (36,4)	78 (29,5)	19 (7,2)	3,1 (1,1)	3 [2; 4]
						3,4 (0,8)	

6. Gestão de Cuidados

6.1	13 (4,9)	14 (5,3)	69 (26,1)	113 (42,8)	55 (20,8)	3,7 (1,0)	4 [3; 4]
6.2	2 (0,8)	16 (6,1)	71 (26,9)	139 (52,7)	36 (13,6)	3,7 (0,8)	4 [3; 4]
6.3	2 (0,8)	18 (6,8)	64 (24,2)	126 (47,7)	54 (20,5)	3,8 (0,9)	4 [3; 4]
6.4	20 (7,6)	37 (14,0)	87 (33,0)	92 (34,8)	28 (10,6)	3,3 (1,1)	3 [3; 4]
6.5	4 (1,5)	28 (10,6)	90 (34,1)	114 (43,2)	28 (10,6)	3,5 (0,9)	4 [3; 4]
6.6	5 (1,9)	16 (6,1)	78 (29,5)	119 (45,1)	46 (17,4)	3,7 (0,9)	4 [3; 4]
						3,6 (0,7)	

7. Ensino e educação profissional

7.1	1 (0,4)	5 (1,9)	50 (18,9)	108 (40,9)	100 (37,9)	4,1 (0,8)	4 [4; 5]
7.2	3 (1,1)	8 (3,0)	82 (31,1)	108 (40,9)	63 (23,9)	3,8 (0,9)	4 [3; 4]
7.3	1 (0,4)	1 (0,4)	68 (25,8)	122 (46,2)	72 (27,3)	4 (0,8)	4 [3; 5]

7.4	0 (0)	4 (1,5)	31 (11,7)	110 (41,7)	119 (45,1)	4,3 (0,7)	4 [4; 5]
						4,1 (0,7)	

8. Promoção da Saúde

8.1	31 (11,7)	44 (16,7)	92 (34,8)	63 (23,9)	34 (12,9)	3,1 (1,2)	3 [2; 4]
8.2	25 (9,5)	49 (18,6)	92 (34,8)	63 (23,9)	35 (13,3)	3,1 (1,2)	3 [2; 4]
8.3	27 (10,2)	37 (14,0)	82 (31,1)	73 (27,7)	45 (17,0)	3,3 (1,2)	3 [3; 4]
8.4	10 (3,8)	21 (8,0)	71 (26,9)	94 (35,6)	68 (25,8)	3,7 (1,1)	4 [3; 5]
						3,3 (1,0)	

Nota: M – média; dp – desvio padrão; Med – mediana; Q1 – Quartil 1; Q3 – Quartil 3; Fonte: os autores

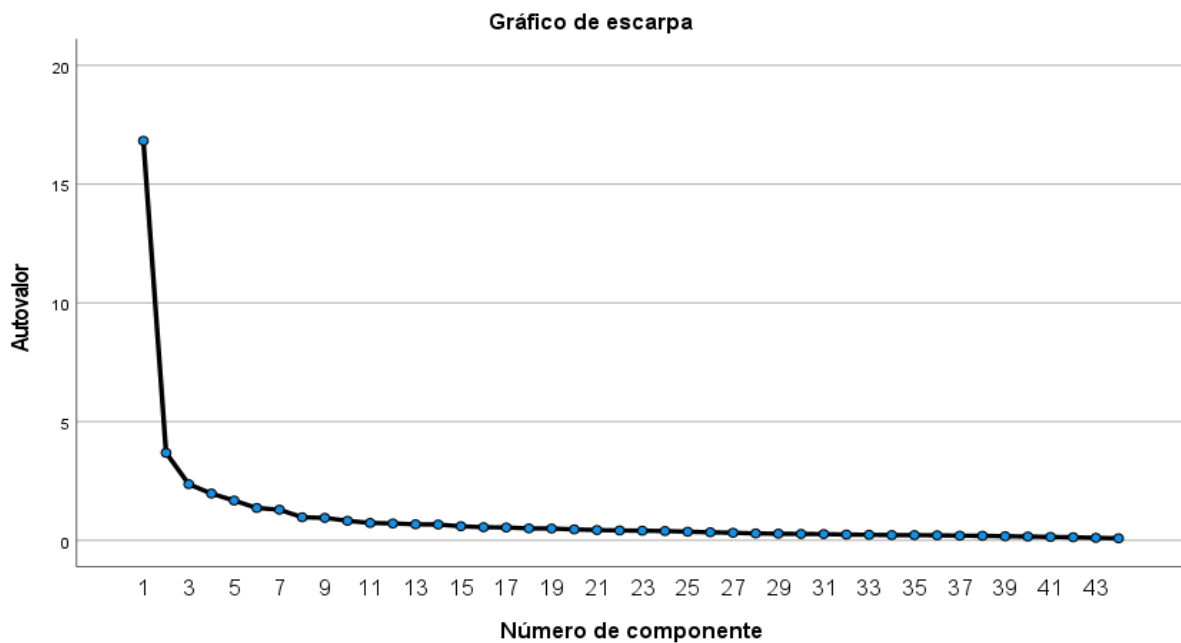
3.2.3 Validação da Estrutura Interna da Versão Portuguesa do APNCAI

De forma a verificar a estrutura da escala, efetuou-se uma Análise Fatorial pelo método de Análise de Componentes Principais (ACP). A medida KMO revelou uma adequação de amostragem excelente (KMO = 0,934) e o teste de esfericidade de Bartlett rejeitou a hipótese nula de não existir correlação entre as variáveis ($p < 0.001$). Além disto, os valores da diagonal da matriz anti-imagem são todos superiores a 0.5 e os valores abaixo da diagonal são maioritariamente baixos.

O critério de Kaiser recomenda a extração de 7 fatores que explicam 66% da variância total (apenas os primeiros 3 fatores explicam pelos menos 5% da variância).

Figura 2

Gráfico de escarpa



Após aplicar uma rotação pelo método varimax, obtiveram-se as saturações de todos os itens como demonstrado na Tabela 7

Tabela 6

Composição dos sete fatores do APNCAI, com indicação dos pesos fatoriais de cada item, obtidos pela ACP (n = 264).

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
Fator 1							
Item 1 (Q1.1)	0,653						
Item 2 (Q1.2)	0,675						
Item 3 (Q1.3)	0,732						
Item 4 (Q1.4)	0,708						
Item 5 (Q1.5)	0,750						
Item 6 (Q1.6)	0,708						
Item 7 (Q1.7)	0,690						
Item 8 (Q1.8)	0,660						
Fator 6							
Item 9 (Q2.1)						0,543	
Item 10 (Q2.2)	0,616					0,432	
Item 11 (Q2.3)						0,723	
Item 12 (Q2.4)						0,684	
Fator 2							
Item 13 (Q3.1)		0,669					
Item 14 (Q3.2)		0,648					
Item 15 (Q3.3)		0,654					
Item 16 (Q3.4)		0,768					
Item 17 (Q3.5)		0,737					
Item 18 (Q3.6)		0,716					
Item 19 (Q3.7)		0,551					
Item 20 (Q3.8)		0,486					
Fator 7							
Item 21(Q4.1)							0,783
Item 22 (Q4.2)							0,778
Item 23 (Q4.3)							0,547
Item 24 (Q4.4)							0,487
Item 25 (Q4.5)							0,536
Item 26 (Q4.6)			0,406				0,309
Fator 3							
Item 27 (Q5.1)			0,443				

Item 28 (Q5.2)	0,454	
Item 29 (Q5.3)	0,489	
Item 30 (Q5.4)	0,549	
Fator 3		
Item 31 (Q6.1)	0,635	
Item 32 (Q6.2)	0,668	
Item 33 (Q6.3)	0,673	
Item 34 (Q6.4)	0,639	
Item 35 (Q6.5)	0,611	
Item 36 (Q6.6)	0,536	
Fator 5		
Item 37(Q7.1)		0,768
Item 38 (Q7.2)		0,747
Item 39 (Q7.3)		0,741
Item 40 (Q7.4)		0,737
Fator 4		
Item 41(Q8.1)	0,757	
Item 42 (Q8.2)	0,848	
Item 43 (Q8.3)	0,823	
Item 44 (Q8.4)	0,718	

3.2.4 Avaliação da Fiabilidade da Versão Portuguesa do APNCAI

O alpha de Cronbach aplicado aos 44 itens é de 0,960, o que indica uma excelente consistência interna. De seguida procede-se à análise da fiabilidade por fator através dos dados da Tabela 7.

Tabela 7

Análise da fiabilidade por fator

	Alpha de Cronbach	Correlação item total corrigida	Média da correlação inter-item
Fator 1	0,910		0,532
Item 1 (Q1.1)	0,905	0,618	
Item 2 (Q1.2)	0,902	0,652	
Item 3 (Q1.3)	0,899	0,701	
Item 4 (Q1.4)	0,896	0,737	
Item 5 (Q1.5)	0,898	0,727	
Item 6 (Q1.6)	0,902	0,659	
Item 7 (Q1.7)	0,899	0,705	

Item 8 (Q1.8)	0,896	0,744	
Item 10 (Q2.2)	0,900	0,691	
Fator 2	0,890		0,526
Item 13 (Q3.1)	0,876	0,671	
Item 14 (Q3.2)	0,871	0,733	
Item 15 (Q3.3)	0,877	0,665	
Item 16 (Q3.4)	0,867	0,783	
Item 17 (Q3.5)	0,871	0,729	
Item 18 (Q3.6)	0,878	0,654	
Item 19 (Q3.7)	0,882	0,608	
Item 20 (Q3.8)	0,890	0,592	
Fator 3	0,916		0,506
Item 26 (Q4.6)	0,912	0,610	
Item 27 (Q5.1)	0,907	0,702	
Item 28 (Q5.2)	0,907	0,691	
Item 29 (Q5.3)	0,906	0,708	
Item 30 (Q5.4)	0,907	0,702	
Item 31 (Q6.1)	0,911	0,621	
Item 32 (Q6.2)	0,908	0,675	
Item 33 (Q6.3)	0,906	0,717	
Item 34 (Q6.4)	0,906	0,720	
Item 35 (Q6.5)	0,907	0,693	
Item 36 (Q6.6)	0,910	0,620	
Fator 4	0,913		0,723
Item 41(Q8.1)	0,891	0,790	
Item 42 (Q8.2)	0,866	0,860	
Item 43 (Q8.3)	0,876	0,831	
Item 44 (Q8.4)	0,911	0,728	
Fator 5	0,851		0,590
Item 37(Q7.1)	0,837	0,630	
Item 38 (Q7.2)	0,784	0,754	
Item 39 (Q7.3)	0,793	0,736	
Item 40 (Q7.4)	0,826	0,655	
Fator 6	0,824		0,607
Item 9 (Q2.1)	0,928	0,495	
Item 11 (Q2.3)	0,646	0,784	
Item 12 (Q2.4)	0,646	0,787	
Fator 7	0,821		0,494
Item 21(Q4.1)	0,791	0,596	

Item 22 (Q4.2)	0,759	0,728
Item 23 (Q4.3)	0,784	0,624
Item 24 (Q4.4)	0,785	0,619
Item 25 (Q4.5)	0,814	0,552

Nota: Fonte: os autores

No fator 1, o Alpha de Cronbach é excelente, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,343 (itens 1 (Q.1.1) e 6 (Q1.6)) e a máxima é 0,712 (itens 7 (Q1.7) e 8 (Q1.8)).

No fator 2, o Alpha de Cronbach é bom, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,356 (itens 15 (Q3.3) e 19(Q3.7)) e a máxima é 0,741 (itens 13(Q3.1) e 14(Q3.2)).

No fator 3, o Alpha de Cronbach é excelente, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,320 (itens 28(Q5.2) e 36(Q6.6)) e a máxima é 0,735 (itens 28(Q5.2) e 29(Q5.3)).

No fator 4, o Alpha de Cronbach é excelente, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,644 (itens 41(Q8.1) e 44(Q8.4)) e a máxima é 0,824 (itens 42(Q8.2) e 43(Q8.3)).

No fator 5, o Alpha de Cronbach é bom, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,496 (itens 37(Q7.1) e 40(Q7.4)) e a máxima é 0,702 (itens 38(Q7.2) e 39(Q7.3)).

No fator 6, o Alpha de Cronbach é bom, sendo que a remoção do item 9 (Q2.1) melhoraria o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é boa. A correlação entre itens mínima é de 0,478 (itens 9 (Q2.1) e 11(Q2.3)); itens 9 (Q2.1) e 12(Q2.4)) e a máxima é 0,866 (itens 11(Q2.3) e 12(Q2.4)).

No fator 7, o Alpha de Cronbach é bom, sendo que a remoção de nenhum item melhora o seu valor. Todos os itens apresentam muito boa correlação item-total (todos os valores são

superiores a 0,4). A média da correlação inter-item é moderada. A correlação entre itens mínima é de 0,381 (itens 21(Q4.1) e 24(Q4.4)) e a máxima é 0,646 (itens 21(Q4.1) e 22(Q4.2)).

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal a adaptação transcultural e validação do APNCAI para o contexto português e seguiu um processo metodológico rigoroso estruturado essencialmente em duas partes: a adaptação transcultural e validação de conteúdo do instrumento para o contexto português (Beaton et al., 2007) e a posterior avaliação da sua validade e fiabilidade (Mokkink et al., 2010).

A adaptação transcultural e validação de conteúdo foram realizadas de acordo com o referencial proposto por Beaton et al. (2007), amplamente descrito na literatura e utilizado em estudos metodológicos idênticos na área de enfermagem e da saúde (Cruchinho et al., 2024; Machado et al., 2018; Oliveira et al., 2018).

Desta forma, numa fase inicial foram realizados seis estágios: tradução inicial do instrumento para a língua portuguesa, síntese de traduções, retrotradução, revisão por um comité de especialistas, pré-teste e submissão de todo o processo realizado ao autor que desenvolveu o instrumento original.

Durante os estágios de tradução, síntese e retrotradução, não foram observadas dificuldades significativas nem identificadas inconformidades, o que reforça a importância de seleccionar tradutores qualificados e de seguir rigorosamente os critérios definidos para sua escolha (Lino et al., 2017; Oliveira et al., 2018). Além disso, na literatura por vezes é questionada a necessidade do estágio de retrotradução, bem como o número de tradutores envolvidos nesse processo (Cruchinho et al., 2024; Machado et al., 2018). No presente estudo, contudo, optou-se por realizar esse estágio com dois tradutores, resultando em duas retrotraduções, conforme as recomendações do referencial adotado (Beaton et al., 2007) e descrito no estudo de adaptação transcultural e validação do APNCAI para o contexto brasileiro (Dias et al., 2022) e em outros estudos idênticos (Ikedo et al., 2020; Ribeiro et al., 2025). Tal procedimento, além de possibilitar a verificação de elevada consistência entre o conteúdo e os significados das traduções em relação à versão original do instrumento, também favorece a comunicação com o autor que desenvolveu o instrumento original, assegurando a qualidade e a coerência da tradução (Lino et al., 2017).

No que concerne ao quarto estágio, para a constituição do comité de especialistas, considerou-se que os mesmos deveriam ter no mínimo o grau académico de mestre e quatro anos de experiência profissional, assegurando que detinham experiência profissional relevante (Guimarães et al. 2016; Oliveira et al., 2018). E apesar de terem sido contactados

intencionalmente sete especialistas, participaram neste estágio cinco especialistas, que também é o mínimo aceitável para estudos de adaptação transcultural de instrumentos (Alexandre & Coluci, 2011; Oliveira et al., 2018). Realça-se ainda que dado o facto de se tratar de um instrumento que avalia as competências de prática de enfermagem avançada, para garantir a qualidade do processo, foi considerado que todos os especialistas deveriam possuir o título de especialista numa área de enfermagem e trabalho desenvolvido nesse âmbito através da integração em associações profissionais, além de todos os outros critérios propostos por Beaton et al. (2007).

A forma como foi conduzido este estágio permitiu avaliar o IVC para todas as equivalências, clareza e relevância, além de recolher sugestões qualitativas para melhorar a redação dos itens, tal como recomendado (Alexandre & Coluci, 2011; Oliveira et al., 2018) e verificado em estudos idênticos (Dias et al., 2022; Ribeiro et al., 2025). Em relação aos resultados obtidos, todos os itens do instrumento atingiram um IVC igual ou superior a 0,80, valor considerado adequado segundo Lynn (1986) e Polit e Beck (2006) para garantir a validade de instrumentos em fase de adaptação transcultural. As sugestões de melhoria apresentadas focaram-se essencialmente em ajustes linguísticos e adaptações terminológicas ao contexto clínico português, sem comprometer o conteúdo conceptual dos itens pelo que foram todas realizadas.

No pré-teste, realizado com 35 participantes, não foram dadas quaisquer sugestões para alteração ou de melhoria do conteúdo o que corrobora as recomendações de Beaton et al. (2007), que enfatizam a necessidade de testar a clareza e a aplicabilidade do instrumento junto da população-alvo antes da sua aplicação definitiva. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 9,75 minutos (dp 2,5), encontrando-se de acordo com as recomendações de que os questionários devem apresentar tempos médios de preenchimento inferiores a 10 minutos e devem conter menos de 50 itens (Campbell et al., 2022; Story & Tait, 2019), proporcionando maior facilidade e adesão na aplicação do instrumento.

No último estágio, e após a obtenção da autorização formal para a utilização do instrumento, o autor original foi devidamente contactado, tendo manifestado, numa fase inicial, disponibilidade para colaborar, inclusive facultando a sua tese como material de apoio. No entanto, após o envio dos relatórios, contendo a descrição dos estágios metodológicos e os documentos produzidos, não se obteve qualquer resposta adicional. Apesar da ausência de retorno, considera-se que esta fase foi cumprida de forma ética e metodologicamente adequada, uma vez que foram assegurados os princípios de transparência e comunicação com o autor

original, conforme preconizado pelas boas práticas na adaptação de instrumentos assim como estabelecido na metodologia de Beaton et al. (2007).

Em síntese, o processo de adaptação transcultural e de validação de conteúdo, conduzido em seis estágios de acordo com o referencial adotado (Beaton et al., 2007), possibilitou obter uma versão do instrumento adequada à realidade portuguesa e metodologicamente robusta, apta para posterior avaliação psicométrica. Ao comparar esse processo com a adaptação transcultural e validação de conteúdo do APNCAI realizada por Dias et al. (2022) para o contexto brasileiro, observa-se que o rigor metodológico utilizado foi equivalente, embora os resultados tenham diferido. Tal divergência pode estar relacionada com diferenças contextuais, especialmente no que se refere à regulamentação e à organização da profissão nos sistemas de saúde dos três países envolvidos, Espanha, Portugal e Brasil, havendo maior convergência entre as realidades espanhola e portuguesa.

Para complementar o estudo, procedeu-se à avaliação da validade e da fiabilidade da versão portuguesa do APNCAI, consolidada nos estágios anteriores. Essas duas avaliações são reconhecidas como as principais propriedades de medida de instrumentos, sendo que a validade diz respeito à capacidade do instrumento de medir precisamente o que se propõe a medir, enquanto a fiabilidade refere-se à sua aptidão para gerar resultados consistentes no tempo e no espaço (Souza et al., 2017).

Neste estudo metodológico participaram 264 enfermeiros, provenientes de todos os departamentos de uma Unidade Local de Saúde do norte de Portugal. As Unidades Locais de Saúde promovem a integração de cuidados de saúde primários e hospitalares e contribuem para a eficiência do sistema através de políticas de promoção da saúde e prevenção da doença, dimensões analisadas no APNCAI, pelo que a realização deste estudo neste contexto contribuiu para uma maior diversificação de contextos e experiências profissionais dos participantes, importante para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento. Acresce ainda que a maioria dos participantes deste estudo detêm o título de especialista numa área de enfermagem (53,8%), atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2025a), com representação da maioria das áreas de especialidade, proporcional à atribuição de títulos pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2025b), fator também relevante para este estudo devido ao construto em estudo.

Optou-se pela utilização do método de componentes principais (PCA) para examinar a estrutura fatorial da versão portuguesa do APNCAI. Este método é amplamente utilizado para verificar se a estrutura do instrumento se mantém no novo contexto (português) e se os itens

têm comportamento semelhante ao do instrumento original. Isto é realizado através da extração dos componentes que maximizam a variância explicada e fornece informações claras sobre as cargas fatoriais dos itens, auxiliando na avaliação da equivalência estrutural (Jolliffe & Cadima, 2016). Após a extração dos fatores, foi utilizada a técnica de rotação para abranger uma melhor distinção entre eles, sendo que esta técnica maximiza cargas altas entre os fatores e as variáveis e minimiza as cargas baixas (Matos & Rodrigues, 2019).

No presente estudo, foi recomendada a extração de 7 fatores que explicaram 66% da variância total. Após a aplicação de uma rotação pelo método varimax, a “Gestão da Qualidade” e a “Gestão de Cuidados” correspondem a um único fator não se diferenciando em fatores distintos, o que pode ser explicado pela organização e regulamentação da profissão em Portugal e que é refletido na Organização dos Cuidados de Enfermagem como enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tanto para os cuidados gerais como para os especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Regulamento n.º 348/2015; Regulamento n.º 350/2015; Regulamento n.º 351/2015). Além disso, o item 26 “Orienta os profissionais de saúde, os estudantes universitários e outros na aquisição de novos conhecimentos e habilidades para melhorar a sua prática profissional” apresenta uma carga fatorial aceitável neste fator, o que pode estar relacionado com a compreensão do item por parte dos participantes, associando-o de forma mais significativa à melhoria da qualidade dos cuidados prestados do que às relações interprofissionais e mentoria.

Quanto ao item 10, este apresenta carga fatorial de 0,432 no fator 6 e 0,616 no fator 1, revelando uma maior associação deste item ao fator 1. Este facto pode estar relacionado com o conteúdo do item “Contribui para o avanço da prática de enfermagem através do desenvolvimento e implementação de inovações” que reflete as práticas inovadoras desenvolvidas pelos enfermeiros, frequentemente mais associadas à “Investigação e Prática Baseada na Evidência” do que à “Liderança Clínica e Profissional”.

No processo de validação deste instrumento para o contexto brasileiro, os autores realizaram a avaliação da validade estrutural através de uma análise fatorial confirmatória, tanto no estudo que realizaram no contexto hospitalar (Altafini, et al., 2023) como nos cuidados de saúde primários (Dias et al., 2025). Ainda que a validação da versão brasileira do instrumento para o contexto hospitalar não tenha apresentado alterações estruturais, mantendo os 44 itens distribuídos nas oito subescalas, o que demonstra equivalência estrutural e manutenção da validade de construto no novo contexto (Altafini, et al., 2023), o mesmo não aconteceu no âmbito dos cuidados de saúde primários. A validação do instrumento para os

cuidados de saúde primários também sofreu alterações estruturais relativamente ao instrumento original, ficando com um total de 38 itens e 8 dimensões, sendo que os autores justificaram como sendo uma estratégia para aperfeiçoar as propriedades de medida e considerar as diferenças culturais entre os países (Dias et al., 2025).

Quanto à análise da fiabilidade do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach obtido para o total dos 44 itens foi de 0,960, variando entre 0,821 e 0,916 nos sete fatores, o que evidencia uma excelente consistência interna do instrumento (Streiner et al., 2014). Estes resultados são generalizadamente melhores do que os obtidos por Altafini, et al. (2023) na avaliação da fiabilidade da versão brasileira do instrumento no contexto hospitalar, em que o coeficiente alfa de Cronbach oscilou entre 0,76 e 0,87 pelos 8 fatores, e os obtidos por Dias et al. (2025) na avaliação da fiabilidade da versão brasileira do instrumento nos cuidados de saúde primários, em que o coeficiente alfa de Cronbach oscilou entre 0,57 e 0,86 pelos 8 fatores.

No presente estudo foram ainda avaliadas a correlação item-total corrigida para verificar se cada item contribui adequadamente para a escala como um todo e a correlação média inter-item para avaliar se os itens estão relacionados entre si de forma adequada.

Para todos os fatores, a correlação item-total corrigida apresentou valores superiores a 0,4, garantindo que cada item contribui adequadamente para medir o constructo.

Quanto à correlação inter-item, no fator 4, a correlação apresentou valor máximo de 0,824 entre os itens 42 e 43, sugerindo que pudessem ser redundantes, contudo o conteúdo de ambos está relacionado, mas não apresentam o mesmo significado prático e clínico uma vez que o item 42 está relacionado com a prevenção da doença e item 43 está relacionado com a promoção do autocuidado: Item 42 - “Proporciona a prevenção secundária e terciária a adolescentes e adultos com problemas de saúde múltiplos ou crónicos” e Item 43 - “Promove o autocuidado em adolescentes e adultos dentro do conjunto da família e/ou sistemas de suporte e facilita a sua participação nos cuidados de saúde quando apropriado”. O mesmo aconteceu entre os itens 11 e 12 do fator 6, que apresentaram a correlação inter-item máxima do respetivo fator com 0,866, mas analisando o conteúdo dos itens verificou-se que não apresentam o mesmo significado, embora apresentem conteúdos que se relacionam entre si: item 11 - “Presta serviços de consultoria com base em dados clínicos, na teoria e na prática baseada na evidência” e item 12 - “Emite recomendações com base no processo de consultoria”.

Estes resultados confirmam a consistência interna e a robustez psicométrica da versão portuguesa do APNCAI, evidenciando a coerência entre os itens e a sua adequação para a avaliação das competências de enfermagem avançada no contexto português.

Desta forma, o presente estudo contribui de forma significativa para a prática de enfermagem avançada ao disponibilizar uma versão do APNCAI adaptada e validada para o contexto português. Além disso, o estudo metodológico, orientado essencialmente em duas partes, foi conduzido com elevado rigor metodológico, sustentando evidências de validade e de fiabilidade da versão portuguesa do APNCAI. Ao adotar um processo de adaptação transcultural e validação robusto, seguindo as recomendações internacionais, e ao envolver profissionais experientes e contextos diversificados (cuidados de saúde primários e hospitalares), o estudo assegura a relevância e a aplicabilidade do instrumento à realidade portuguesa. Esta versão do APNCAI poderá apoiar a avaliação de competências, o planeamento de estratégias formativas e a tomada de decisão em políticas de saúde, contribuindo para a consolidação e reconhecimento da prática de enfermagem avançada em Portugal.

Apesar destas contribuições, algumas limitações devem ser reconhecidas. A ausência de resposta final do autor do instrumento original impossibilitou a discussão do trabalho realizado, embora todo o processo tenha sido conduzido de forma ética e transparente. Além disso, a amostra, embora numerosa e heterogénea, esteve circunscrita a uma única Unidade Local de Saúde do norte de Portugal, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões do país ou contextos institucionais. Por fim, a utilização do método de componentes principais (PCA) para analisar a estrutura fatorial não permite confirmar de forma definitiva a estrutura fatorial do instrumento, recomendando-se que estudos futuros incluam amostras mais amplas e diversificadas, para reforçar as evidências de validade estrutural e a estabilidade do instrumento em diferentes contextos culturais e organizacionais portugueses.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Este estudo teve como objetivo a adaptação transcultural e validação do *Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument* para o contexto português, o que foi plenamente alcançado através de um processo metodológico rigoroso. A investigação demonstrou que a versão portuguesa do instrumento apresenta validade de conteúdo satisfatória, estrutura fatorial consistente e elevada fiabilidade, confirmando a sua adequação para avaliar as competências de prática de enfermagem avançada em Portugal.

Os principais resultados evidenciam que todos os itens do instrumento apresentaram índices de validade de conteúdo considerados adequados, que a análise fatorial permitiu identificar uma estrutura consistente e ajustada ao contexto português e que a consistência interna se revelou excelente em todas as dimensões. Estes achados confirmam a robustez psicométrica da versão portuguesa do APNCAI e sustentam a sua utilização como ferramenta válida e fiável para avaliar as competências de prática de enfermagem avançada, assegurando a sua aplicabilidade na prática profissional e na investigação.

Enquanto contributo científico, este estudo disponibiliza, em Portugal, um instrumento validado e fiável para avaliar as competências em prática de enfermagem avançada, permitindo apoiar a investigação nacional, orientar estratégias formativas e fundamentar a tomada de decisão em políticas de saúde.

Contudo, reconhecem-se algumas limitações, nomeadamente a ausência de retorno do autor do instrumento original e o facto de a amostra se circunscrever a uma única Unidade Local de Saúde, o que poderá condicionar a generalização dos resultados.

Neste sentido, recomenda-se que futuros estudos repliquem esta investigação em amostras mais amplas e diversificadas, englobando diferentes regiões e contextos institucionais, e que incluam análises fatoriais confirmatórias, de validade concorrente e de critério, de forma a reforçar as evidências psicométricas já alcançadas.

Em síntese, dá-se por atingido o objetivo principal através do desenvolvimento da versão portuguesa do APNCAI, que constitui um instrumento robusto, válido e fiável, que poderá apoiar a consolidação e o reconhecimento da prática de enfermagem avançada em Portugal, contribuindo para o fortalecimento da profissão e para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

5. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O percurso desenvolvido ao longo deste mestrado traduziu-se numa experiência formativa, que permitiu a articulação entre a prática clínica especializada e a investigação científica aplicada. A primeira parte, centrada nos estágios em emergência pré-hospitalar, serviço de urgência e cuidados intensivos, constituiu uma oportunidade privilegiada para consolidar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica. Nestes contextos foi possível demonstrar a aquisição e desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente no cuidado à pessoa e família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe e na prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, garantindo uma prática sustentada em princípios éticos, legais e científicos, em conformidade com os referenciais regulamentadores da Ordem dos Enfermeiros.

A segunda parte, correspondente ao trabalho de investigação, permitiu desenvolver um estudo metodológico rigoroso que culminou na tradução, adaptação transcultural e validação psicométrica do *Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI)* para o contexto português. Este processo seguiu as recomendações internacionais, envolvendo múltiplos estágios de tradução, síntese, retrotradução, análise por comité de especialistas, pré-teste e estudo de validação, assegurando a obtenção de uma versão do instrumento com robustez metodológica e consistência psicométrica. Os resultados evidenciaram validade de conteúdo adequada, estrutura fatorial consistente e excelente fiabilidade, sustentando a pertinência do seu uso como ferramenta para a avaliação das competências em prática de enfermagem avançada em Portugal.

De forma integrada, este relatório reflete um percurso orientado não apenas para a aquisição de competências clínicas especializadas, mas também para a produção de conhecimento científico relevante para a profissão. A experiência formativa consolidou a identidade profissional enquanto enfermeiro especialista e contribuiu para a valorização da enfermagem avançada, disponibilizando um instrumento validado que poderá apoiar a prática, a investigação e a definição de políticas de saúde. Apesar de se reconhecerem limitações inerentes ao estudo.

Em síntese, este trabalho reforça a importância de integrar prática clínica e investigação como eixos indissociáveis do desenvolvimento da enfermagem, traduzindo-se num contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o reconhecimento do papel do enfermeiro especialista no sistema de saúde português, considerando-se que os objetivos delineados foram plenamente alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdalla, F. T. M., Manso, M. E. G., Torres, R. L., Rocha, M. A., & Terra, M. F. (2025). Contribuições da inteligência emocional frente aos desafios da liderança na enfermagem. *Mundo da Saúde*, 49, e16932024. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e16932024P>
- ACSS. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos* (Versão 2024). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O.. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Altafini, J., Dias, F. C. P., Ferreira, T. D. M., Sastre-Fullana, P., São-João, T. M., & Gasparino, R. C.. (2023). Validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument in a hospital environment. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 76, e20220705. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0705>
- Assembleia da República. (2012). *Lei n.º 25/2012 de 16 de julho: Estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 136. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607>
- Batista dos Santos, L., & Cerqueira, M. (2024). A percepção dos profissionais de saúde no cumprimento da diretiva antecipada de vontade. *Nursing (Edição Brasileira)*, 28(316), 10152–10156. <https://doi.org/10.36489/nursing.2024v28i316p10152-10156>

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. *Spine*, 25(24), 3186-3191. Disponível em <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2007). *Recommendations for the crosscultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures*. Institute for Work & Health Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8.^a ed.). Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley. <https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company. <https://www.springerpub.com/expertise-in-nursing-practice-9780826125446.html>
- Blot, S., et al. (2023). *Impact of catheter-related bloodstream infection prevention bundles in intensive care units: A meta-analysis*. *Critical Care Medicine*. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000005721>
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). *A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles*. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>
- Campbell, C. M., Taylor-Clark, T., & Loan, L. A. (2022). Protecting nurse survey participants: Ethical considerations for conducting survey research among nurses. *Clinical Ethics*, 17(4), 391–408. <https://doi.org/10.1177/14777509211036639>

- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. (2024). *Instituição*. <https://www.chts.min-saude.pt/instituicao-2/>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Costa, A., & Santos, F. (2021). A importância do autoconhecimento e da assertividade na prática de enfermagem. *Germinare — Revista Científica do Instituto Piaget*, (52). Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5730053>
- Costa, T. C. (2020). Um percurso formativo na intervenção de enfermagem extra-hospitalar em contexto de emergência pré-hospitalar [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2590/1/Tania_Carneiro_Costa.pdf
- Cruchinho, P., López-Franco, M. D., Capelas, M. L., Almeida, S., Bennett, P. M., Miranda da Silva, M., Teixeira, G., Nunes, E., Lucas, P., Gaspar, F., & Handovers4SafeCare (2024). Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 17, 2701–2728. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
- Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. OECD Health Working Papers, No. 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Despacho n.º10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º153. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... & Alhazzani, W. (2018). *Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the*

ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873.

<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>

Dias, F. C. P., Baitelo, T. C., Toso, B. R. G. de O., Sastre-Fullana, P., Oliveira-Kumakura, A. R. de S., & Gasparino, R. C (2022). Adaptation and validation of the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(5), e20210582. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0582>

Dias, F. C. P., Ferreira, T. D. M., Vergílio, M. S. T. G., Sastre-Fullana, P., São-João, T. M., & Gasparino, R. C. (2025). Avaliação de competências do enfermeiro de prática avançada: validação de um instrumento para atenção primária. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 33, e4450. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6958.4450>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). *A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>

Ferreira, R., Oliveira, A., & Ramos, S. (2020). Desenvolvimento de competências em enfermagem especializada: Reflexões a partir do modelo de Benner. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20036>

Fonseca, M. M., Lima, E. F., & Santos, V. C. (2022). Expectations of Portuguese nurses after completing a specialization program in medical-surgical nursing. *Journal of Nursing Management*, 30(3), 1-15. <https://doi.org/10.1111/jonm.13456>

Guimarães, H. C. Q. C. P., Pena, S. B., Lopes, J. L. L., Lopes, C. T., & Barros, A. L. B. L. (2016). Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(2), 130-135. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089>

- Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2023). Liderança e participação do enfermeiro na governação hospitalar. *Servir*, 2(01e), 53. Disponível em:
<https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31602>
- Gonçalves, R., Oliveira, L., & Mendes, M. (2019). *Competências profissionais dos enfermeiros de unidades de urgência e emergência: estudo de método misto*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3219. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/47WH9xcpzqgRncDyScRP4GN/?lang=pt>
- Griffiths, P., Ball, J. E., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., & Tallman, D. (2018). Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health Services Delivery Research*, 6(38).
<https://doi.org/10.3310/hsdr06380>
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J., ... & Missenden, K. (2019). *Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study*. *BMJ Quality & Safety*, 28(8), 609–617.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
- Hamric AB, Tracy MF (2019). A definition of Advanced Practice Nursing. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds) *Advanced Practice Nursing: An integrative approach*, 6th Edition, St. Louis: Elsevier, pp. 61 – 79.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335.
<https://doi.org/10.1023/A:1008846618880>
- Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschann, F., Semmer, N. K., Rock, L., & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(23), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>

- Ikedo, F., Castro, L., Fraguas, S., Rego, F., & Nunes, R. (2020). Cross-cultural adaptation and validation of the European Portuguese version of the heartland forgiveness scale. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 289. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01531-9>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 – Resultados definitivos. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos2021_resultados
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2014). Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril – Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Emergência Médica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 80 — 24 de abril de 2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5561-2014-356229>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). VMER & SIV – INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/01-SIV-VMER-15.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Carteira de serviços INEM: Ata n.º 66/23, de 23/08/2023* [PDF]. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/09/Carteira-de-Servicos-INEM_ata_n66_23_08_23.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *Organograma Operacional INEM* [Imagem]. <https://www.inem.pt/category/inem/organograma/>
- International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Izadi, M., et al. (2023). Oral Care and Positioning to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11311145/>
- Jolliffe, I. T., & Cadima, J. (2016). Principal component analysis: a review and recent developments. *Philosophical transactions. Series A, Mathematical, physical, and engineering sciences*, 374(2065), 20150202. <https://doi.org/10.1098/rsta.2015.0202>

- Kahn, C. A., Schultz, C. H., Miller, K. T., & Anderson, C. L. (2009). Does START triage work? An outcomes assessment after a disaster. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 424–430. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.12.035>
- Kilpatrick, K., Geese, F., Zhou, W., Bryant-Lukosius, D. (2024). Advanced Practice Nurses and Engagement in Research, Quality Improvement, and Evidence-Informed Decision-Making. In: Rogers, M., Lehwaldt, D., Roussel, J., Acorn, M. (eds) *Advanced Practice Nurse Networking to Enhance Global Health*. *Advanced Practice in Nursing*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-39740-0_8
- Kulju K, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Ethical competence: A concept analysis. *Nurs Ethics*. 2016 Jun;23(4):401-12. doi: 10.1177/0969733014567025. Epub 2015 Feb 9. PMID: 25670176.
- Lino, C. R. M., Brüggemann, O. M., Souza, M. L., Barbosa, S. F. F., & Santos, E. K. A. (2017). The crosscultural adaptation of research instruments, conducted by nurses in Brazil: an integrative review. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(17). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>
- Liu, Y. E., While, A. E., & Norman, I. J. (2021). *Nurses' job satisfaction and organizational commitment: A meta-analysis*. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103973. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Lopes, M. A., Gomes, S.C. & Almada-Lobo, B.. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESCTEC*
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P., & Boyd, L. (2018). *Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care*. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 357–364. <https://doi.org/10.1111/jan.13465>

- Machado, R. da S., Fernandes, A. D. de B. F., Oliveira, A. L. C. B. de ., Soares, L. S., Gouveia, M. T. de O., & Silva, G. R. F. (2018). Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 39, e2017–0164.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0164>
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). *Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Matos, D. A. S., & Rodrigues, E. C. (2019). *Análise fatorial*. Brasília, DF: Enap.
<https://www.enap.gov.br> (Coleção Metodologias de Pesquisa, ISBN 978-85-256-0118-6)
- McEwen, M.; Wills, E. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem (4a Edição)*. Artmed.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
<https://www.springerpub.com/transitions-theory-9780826105349.html>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melnik, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2023). *The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(1), 3-12.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12621>
- Ministério da Saúde. (2021). Relatório de Avaliação da Implementação das Redes de Referência Hospitalar. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/relatorios-e-publicacoes.aspx>

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção dos Serviços de Planeamento (2003)

Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento.

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research, 19*(4), 539–549.

<https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of clinical epidemiology, 63*(7), 737–745.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>

Morán-Peña, L., Morales-Asencio, J. M., & González-Rodríguez, A. (2022). *Competency assessment tools for advanced practice nursing: A systematic review. International Nursing Review, 69*(1), 44–55. <https://doi.org/10.1111/inr.12705>

Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics, 27*(5), 1297–1314.

<https://doi.org/10.1177/0969733019874492>

Numminen, O., Repo, H., & Leino-Kilpi, H. (2017). *Moral courage in nursing: A concept analysis. Nursing Ethics, 24*(8), 878–891. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155>

Nunes, P., Almeida, A., Tavares, M., & Gomes, L. (2024). *Prática avançada de enfermagem em Portugal – em que ponto estamos?* Revista Portuguesa de Investigação em Ciências da Saúde, 10(2), 338–355.

OCDE. (2024). *Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges*. OCDE Health Working Paper No. 165.

- Oliveira, R. A., & Sousa, P. (2023). International Portuguese nurse leaders' insights for multicultural nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 543-559. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020543>
- Oliveira, F., Kuznier, T. P., Souza, C. C., & Chianca, T. C. M. (2018). Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*, (2018) 27e4900016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Omrane, R., et al. (2023). Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Medicine*. Disponível em: <https://mednexus.org/doi/full/10.1016/j.jointm.2023.04.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática – Dotações Seguras dos Serviços de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9875/gobp_dotacoesseguras.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019, julho 26). Regulamento n.º 743/2019. Diário da República. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, no26, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros (10,01,2023). Mais de 3000 Enfermeiros saíram de Portugal desde o início da pandemia. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/mais-de-3000-enfermeiros-sa%C3%ADram-de-portugal-desde-o-in%C3%ADcio-da-pandemia/>

Ordem dos Enfermeiros (2025a). *Regulamento n.º 395/2025: Regulamento das especialidades e competências acrescidas da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, n.º 58/2025, Série II. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/911926192/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros (2025b). Competências e especialidades. <https://www.ordemenfermeiros.pt/compet%C3%AAncias-e-especialidades/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal.

Organização Mundial da Saúde. (2021). Orientações da OMS para o desenvolvimento, atração, recrutamento e retenção da força de trabalho da saúde em zonas rurais e remotas. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341130/9789240031494-por.pdf?sequence=9&isAllowed=y>

Organização Mundial da Saúde. (2020). Diretrizes da OMS para fortalecer a força de trabalho em enfermagem e obstetrícia. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/stronger-nursing-midwifery-2020-2024/es/>

Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Regulamento n.º 348/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República n.º 118/2015, Série II de 2015-06-19, 16481–16486

Regulamento n.º 350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16655–16660

Regulamento n.º 351/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16660–16665

Ribeiro JL. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora; ISBN: 9789898148469.

Ribeiro, M. P., Gasparino, R. C., & Ribeiro, O. M. P. L. (2025). Cross-cultural adaptation and content validation of the Nurses' Professionalism Inventory to the Portuguese context: a methodological study. *Frontiers in public health*, *13*, 1473677. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1473677>

Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A influência dos estilos de liderança em enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática. *Germinare — Revista Científica do Instituto Piaget*, (2). <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>

Sastre-Fullana P, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open*. 2017 Feb 23;7(2):e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659. PMID: 28235968; PMCID: PMC5337725.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1–26). Springer Publishing Company. <https://repository.upenn.edu/nrs/1/>

Schober, M. (2016). International Council of Nurses: Advanced Practice Nursing. Geneva: International Council of Nurses. Retirado de ICN_APN Report.

Serviço de Medicina Intensiva da ULTS. (2024). *Relatório de Atividades do Serviço de Medicina Intensiva – 2024* (Documento interno não publicado). Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa.

- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da ULSTS. (2024). *Relatório de Atividades do Serviço de Urgência – 2024* (Documento interno não publicado). Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00444.x>
- Streiner, D., Norman, R., & Cairney, J. (2014). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
- Story, D. A., & Tait, A. R. (2019). Survey Research. *Anesthesiology*, 130(2), 192–202. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002436>
- Tanabe, S., Tanaka, M., Arai, Y., Matsuo, K., Nakrem, S., & Gardulf, A. (2025). Development and psychometric evaluation of the Japanese version of the Nurse Professional Competence Scale Short Form. *Belitung Nursing Journal*, 11(2), 252–260. <https://doi.org/10.33546/bnj.3726>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Twigg, D., & McCullough, K. (2014). *Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings*. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015>

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa. (2023, maio 9). CHTS incluído na renovação da frota VMER do INEM. [https://www.chts.min-saude.pt/noticias/chts-incluido-na-renovacao-da-frota-vm-er-do-inem/Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa](https://www.chts.min-saude.pt/noticias/chts-incluido-na-renovacao-da-frota-vm-er-do-inem/Unidade%20Local%20de%20Saúde%20do%20Tâmega%20e%20Sousa)

Vishalashi, S.G., et al. (2024). *Procalcitonin-guided antimicrobial stewardship in critically ill patients with sepsis: A pre- post interventional study*. *Perspect Clin Res*. 2024 Oct-Dec;15(4):183-187. doi: 10.4103/picr.picr_298_23. Epub 2024 Feb 26. PMID: 39583919; PMCID: PMC11584159.

Woo, B.F.Y., Lee, J.X.Y. & Tam, W.W.S. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 15, 63 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>

World Health Organization (WHO). (2016). *Nursing and Midwifery Progress Report*. Geneva: World Health Organization.

Yousif, A.H., et al. (2023). Central venous catheter placement: Best practices to reduce complications and infections. *Journal of Hospital Medicine*. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.12987>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I

INSTRUMENTO FINAL VERSÃO PORTUGUESA

Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI)

O questionário consiste numa autoavaliação das suas competências, utilizando uma escala de Likert de cinco pontos ((1)Nunca, (2)Quase Nunca, (3)Às Vezes, (4)Quase Sempre, (5)Sempre), deverá indicar com que frequência desempenha cada uma das competências mencionadas, no seu trabalho.

1. Investigação e Prática Baseada na Evidência

- 1.1 Atua como investigador/a principal ou como colaborador de outros profissionais de saúde no contexto da equipa ou da comunidade; identifica, conduz e apoia a investigação que melhora ou beneficia os cuidados de saúde.
- 1.2 Avalia a prática clínica atual, a nível individual e sistémico, tendo por base as últimas descobertas da investigação.
- 1.3 Identifica as prioridades de investigação na sua área de prática profissional.
- 1.4 Lidera o desenvolvimento de planos, com base na evidência, para dar resposta às necessidades individuais, familiares, da comunidade e da população.
- 1.5 Utiliza estratégias efetivas para a mudança da conduta profissional e do trabalho em equipa, para promover a adoção de práticas e inovações baseadas na evidência, na prática de cuidados de saúde.
- 1.6 Implementa algoritmos de cuidados, guias clínicos, protocolos e vias de atuação para a população, com base na evidência.
- 1.7 Desenvolve e implementa mecanismos de monitorização e avaliação periódica das políticas que influenciam a prestação de cuidados de saúde, transpondo-os para planos, estruturas e programas de saúde.
- 1.8 Lidera a promoção de colaborações interdisciplinares para implementar programas de cuidados ao doente, orientados para os resultados, que possam ir ao encontro das necessidades clínicas dos doentes, das famílias, das populações e das comunidades.

2. Liderança Clínica e Profissional

- 2.1 Assume posições de liderança avançadas e complexas, como propósito de iniciar e direcionar a evolução do trabalho.
- 2.2 Contribui para o avanço da prática de enfermagem através do desenvolvimento e implementação de inovações.
- 2.3 Presta serviços de consultoria com base em dados clínicos, na teoria e na prática baseada na evidência.
- 2.4 Emite recomendações com base no processo de consultoria.

3. Autonomia Profissional

- 3.1 Prescreve, solicita e/ou implementa intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos e procedimentos, tal como são definidos nos planos de cuidados de saúde, dentro do contexto legislativo adequado.
- 3.2 Diagnostica problemas de saúde complexos e instáveis, através da colaboração e consulta da equipa multidisciplinar de cuidados de saúde, conforme o indicado pelo contexto, a especialidade, o conhecimento e a experiência individual.
- 3.3 Proporciona a informação necessária aos utentes, sobre os benefícios e possíveis efeitos adversos, relativamente ao tratamento prescrito. Proporciona ainda informação sobre os custos, tratamentos e procedimentos alternativos, quando é necessário.
- 3.4 Obtém dados sobre o contexto e a etiologia (incluindo fatores relacionados e não relacionados com a doença), necessários para formular diagnósticos diferenciados e planos de cuidados, bem como para identificar e avaliar os resultados.
- 3.5 Seleciona, prescreve e supervisiona intervenções terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamentos, procedimentos e tratamentos destinados a satisfazer as necessidades dos doentes, famílias e grupos, de acordo com a formação profissional, privilégios institucionais, legislação e regulamentos profissionais.
- 3.6 Diagnostica e trata doenças agudas e crónicas enquanto monitoriza a resposta do doente no seu processo de doença.
- 3.7 Solicita, efetua e interpreta os resultados de exames de rastreio e de diagnóstico de rotina.
- 3.8 Planeia e efetua visitas de seguimento de forma apropriada para monitorizar os doentes e avaliar o processo de saúde/doença.

4. Relações interprofissionais e mentoria

- 4.1 Encontra tempo para prestar atenção às preocupações e solicitações profissionais dos seus colegas de profissão.
- 4.2 Incentiva o colega a partilhar qualquer assunto ou problema que afete o seu desenvolvimento pessoal, bem como qualquer ideia ou sugestão relacionada com o mesmo, ajudando-o a resolver os seus problemas de uma forma objetiva e construtiva.
- 4.3 Colabora com os membros da equipa multidisciplinar para prestar cuidados de saúde interprofissionais, centrados no doente, na família, e/ou comunidade, tanto a nível individual, organizacional e do próprio sistema.
- 4.4 Supervisiona a sua própria prática profissional ao mesmo tempo que participa na supervisão e revisão da prática clínica ao nível inter e intradisciplinar.
- 4.5 Funciona como um elo de ligação (função mediadora) entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos.
- 4.6 Orienta os profissionais de saúde, os estudantes universitários e outros na aquisição de novos conhecimentos e habilidades para melhorar a sua prática profissional.

5. Gestão da Qualidade

- 5.1 Antecipa a variabilidade da prática clínica e atua de forma proativa na implementação de intervenções que possam garantir a qualidade.
- 5.2 Concebe inovações para efetuar mudanças na prática clínica e para melhorar os resultados dos cuidados de saúde.
- 5.3 Utiliza os resultados da melhoria da qualidade para implementar mudanças na prática de enfermagem e no sistema de cuidados de saúde.
- 5.4 Avalia outros/as enfermeiros/as, a si mesmo e ao sistema através da gestão e controlo da qualidade, como parte de um programa de melhoria contínua da qualidade.

6. Gestão de Cuidados

- 6.1 Organiza os componentes do plano de cuidados e coordena os cuidados de saúde.
- 6.2 Mantém conhecimentos atualizados sobre a organização para a qual trabalha, bem como sobre o financiamento dos sistemas de cuidados de saúde e a forma como estes afetam a atividade assistencial.
- 6.3 Facilita a continuidade dos cuidados e avalia a adaptação dos utentes aos seus problemas de saúde no seu próprio contexto de vida.
- 6.4 Supervisiona os resultados dos programas de cuidados de saúde e aconselha sobre a gestão clínica e as intervenções apropriadas.
- 6.5 Contribui para o desenvolvimento do sistema de cuidados de saúde global e adota modelos de enfermagem utilizados no sistema, para obter os melhores resultados.
- 6.6 Promove a capacidade do doente, dos familiares e/ou das comunidades para participarem nas decisões relacionadas com o processo de prestação de cuidados e a gestão das suas necessidades de saúde, de acordo com a avaliação das preferências do doente, familiares e/ou e dos recursos disponíveis.

7. Ensino e educação profissional

- 7.1 Assume a responsabilidade pela formação contínua para o seu próprio desenvolvimento profissional e a manutenção das suas competências profissionais.
- 7.2 Promove e defende programas que apoiam a educação interdisciplinar no domínio dos cuidados de saúde.
- 7.3 Promove e potencia um ambiente que estimula uma aprendizagem efetiva.
- 7.4 Utiliza a informação obtida em atividades formativas para melhorar o desempenho profissional.

8. Promoção da Saúde

- 8.1 Participa no desenvolvimento e na implementação de programas de promoção da saúde para adolescentes e adultos
- 8.2 Proporciona a prevenção secundária e terciária a adolescentes e adultos com problemas de saúde múltiplos ou crónicos.
- 8.3 Promove o autocuidado em adolescentes e adultos dentro do conjunto da família e/ou sistemas de suporte e facilita a sua participação nos cuidados de saúde quando apropriado.

8.4 Atua para capacitar o indivíduo, grupos ou comunidades sobre a adoção de estilos de vida saudáveis e sobre os autocuidados.

Cálculo dos scores da escala.

Os itens são avaliados por uma escala tipo Likert com cinco pontos, que variam entre nunca (um ponto) e sempre (cinco pontos); quanto maior a pontuação, maior a frequência de utilização da competência descrita nas atividades profissionais diárias. Para obter os “scores” das dimensões calcula-se a média das pontuações das respostas dos participantes.

ANEXO I

INSTRUMENTO ORIGINAL

FACTOR	ITEMS
1- Investigación y Práctica Basada en La Evidencia	<p>1.1 Actúa o bien como investigador/a primario o como colaborador/a con otros profesionales sanitarios del equipo o del ámbito comunitario; identifica, conduce y apoya la investigación que potencia o beneficia a la atención sanitaria.</p> <p>1.2 Evalúa la práctica clínica actual, a nivel individual y sistémico en base a los últimos hallazgos en investigación.</p> <p>1.3 Identifica las prioridades de investigación en su área de práctica profesional.</p> <p>1.4 Dirige el desarrollo de planes basados en la evidencia para alcanzar las necesidades individuales, familiares, de la comunidad y de la población.</p> <p>1.5 Utiliza estrategias efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de la atención sanitaria.</p> <p>1.6 Implementa algoritmos, guías clínicas, protocolos y vías de actuación para la población basados en la evidencia.</p> <p>1.7 Desarrolla e implementa mecanismos para la supervisión periódica y la evaluación de políticas que influyeran en los servicios de atención sanitaria y los traduce en planes de salud, estructuras y programas.</p> <p>1.8 Lidera la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades.</p>
2- Liderazgo Clínico y Profesional	<p>2.1 Asume posiciones de liderazgo avanzadas y complejas con el propósito de iniciar y encauzar la evolución del trabajo.</p> <p>2.2 Contribuye al avance de la práctica enfermera a través del desarrollo y la implementación de innovaciones.</p> <p>2.3 Proporciona servicios de consultoría basándose en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.</p> <p>2.4 Emite recomendaciones en base al proceso de consultoría.</p>
3- Autonomía Profesional	<p>3.1 Prescribe, ordena y/o implementa intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos y procedimientos tal y como se definen en los planes de atención sanitaria dentro del contexto legislativo apropiado.</p> <p>3.2 Diagnostica problemas de salud complejos e inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo de atención sanitaria multidisciplinar, según lo indicado por el contexto, la especialidad y el conocimiento y experiencia individuales.</p> <p>3.3 Proporciona a los usuarios la información necesaria sobre los efectos y potenciales efectos adversos esperados de las terapias prescritas. Ofrece también información sobre los costes, además de los tratamientos y procedimientos alternativos, cuando sea preciso.</p> <p>3.4 Obtiene datos sobre el contexto y la etiología (incluyendo factores relacionados y no relacionados con la enfermedad) necesarios para formular diagnósticos diferenciales y planes de cuidados, y para identificar y evaluar los resultados.</p>

	3.5 Selecciona, prescribe y supervisa intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas
	de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales.
	3.6 Diagnostica y maneja enfermedades agudas y crónicas mientras atiende las respuestas del paciente a su proceso de enfermedad.
	3.7 Solicita, lleva a cabo e interpreta los resultados de pruebas y tests habituales de screening y diagnóstico.
	3.8 Planifica y desarrolla visitas de seguimiento de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad.
4- Relaciones interprofesionales y mentoría	4.1 Encuentra el tiempo para atender a las preocupaciones y peticiones profesionales de sus compañeros de profesión.
	4.2 Anima al individuo a compartir con él cualquier asunto o problema que afecte a su desarrollo personal y cualquier idea o sugerencia relacionados con éste, asistiéndole en la resolución de sus problemas de forma objetiva y constructiva.
	4.3 Colabora con los miembros del equipo de atención sanitaria para proveer una atención sanitaria interprofesional y centrada en el paciente, familia y/o comunidad con las que trabaja. a niveles individual, organizacional y sistémico.
	4.4 Supervisa su propia práctica profesional al mismo tiempo que participa en la supervisión y revisión de la práctica clínica a niveles inter e intradisciplinarios.
	4.5 Actúa como vínculo (función mediadora) entre los distintos profesionales del ámbito sanitario implicados.
	4.6 Tutoriza al personal sanitario, a los estudiantes universitarios y demás en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para ayudarles en el ejercicio de su profesión.
5-Gestión de la Calidad	5.1 Anticipa la variabilidad de práctica clínica y actúa proactivamente en la implementación de intervenciones que garanticen la calidad.
	5.2 Diseña innovaciones para efectuar cambios en la práctica clínica y mejoras en los resultados de la atención sanitaria.
	5.3 Utiliza los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica enfermera y el sistema de atención sanitaria.
	5.4 Evalúa a otras/os enfermeras/os, a sí misma/o y al sistema a través de la gestión y control de la calidad como parte de un programa de mejora continua de calidad.
6- Gestión de Cuidados	6.1 Organiza los componentes del plan de cuidados y coordina la atención sanitaria.
	6.2 Mantiene un conocimiento actualizado sobre la organización para la que trabaja así como sobre la financiación de los sistemas de atención sanitaria y el modo en que éstos afectan a la actividad asistencial.
	6.3 Facilita la continuidad de los cuidados y valora el estado de los usuarios a la hora de ajustarse a sus problemas de salud en su propio contexto vital.
	6.4 Supervisa los resultados de los programas de atención sanitaria y aconseja sobre la gestión clínica y las intervenciones apropiadas.
	6.5 Contribuye al desarrollo del sistema de atención sanitaria global y adopta modelos enfermeros utilizados en el sistema para obtener los resultados óptimos..

	6.6 Promueve la capacidad del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabaja para participar en las decisiones relacionadas con el proceso de atención y el manejo de sus necesidades de salud, de acuerdo con la evaluación de las preferencias del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabaja. y los recursos disponibles.
7- Enseñanza y educación profesional	7.1 Asume la responsabilidad de una formación continuada para su propio desarrollo profesional y el mantenimiento de sus competencias profesionales.
	7.2 Promociona y aboga por programas que apoyen la educación interdisciplinaria en la atención sanitaria.
	7.3 Promociona y potencia un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.
	7.4 Utiliza la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional.
8- Promoción de la Salud	8.1 Participa en el desarrollo y la implementación de programas de promoción de la salud en adolescentes y adultos.
	8.2 Proporciona prevención secundaria y terciaria a adolescentes y adultos con problemas de salud múltiples o crónicos.
	8.3 Promueve los autocuidados en adolescentes y adultos dentro del conjunto de la familia y/o los sistemas de soporte y facilita su participación en la atención sanitaria cuando sea apropiado.
	8.4 Actúa para empoderar al individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO



Exmo. (a) Senhor(a)

Enf. Ivo Filipe Dias Costa

ivo_costa_34@hotmail.com

N/ Comunicação nº: 73/2024	V/ Referência:	Data: 11/12/2024
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Adaptação e Validação Transcultural do Instrumento "Advanced Practise Nursing Assessment Instrument" para o contexto português"

Exmo Senhor Enf. Ivo Filipe Dias Costa,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Adaptação e Validação Transcultural do Instrumento "Advanced Practise Nursing Assessment Instrument" para o contexto português".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 28/11/2024 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no , no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o **relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA O USO DO INSTRUMENTO

De: Miguel Bennasar Veny <miquel.bennasar@uib.es>

Enviado: 3 de julho de 2024 16:20

Para: Ivo Costa <a60526@alunos.ipb.pt>

Assunto: Re: Request for Permission to Use and Translate the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAl)

Dear Mr. Costa,

Thank you for your email and for your interest in the Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAl). I am pleased to hear about your research and your dedication to advancing nursing practice in Portugal.

I am happy to grant you permission to translate and culturally adapt the APNCAl for use in Portuguese-speaking settings.

Please keep me updated on your progress, and feel free to reach out if you need any further information or assistance.

Best regards,

Miquel Bennasar-Veny

<image001.png>

Prof. Miquel Bennasar-Veny
PhD, MSc, BSc, RN

ANEXO IV

COMPROVATIVO SUBMISSÃO DE ARTIGO NA REVISTA “NURSING PRACTICE TODAY”

The screenshot shows the submission page for the journal "Nursing Practice Today". The page includes a header with the journal name, a "Tasks" indicator showing 0 tasks, and user information for "iwocosta34". A sidebar on the left contains the journal logo and a "Submissions" link. The main content area displays the submission ID (4524) and the article title: "CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE ADVANCED PRACTICE NURSING ASSESSMENT INSTRUMENT FOR PORTUGUESE CONTEXT: A METHODOLOGICAL STUDY". The authors listed are Ivo Filipe Dias da Costa, Marlene Patrícia Ribeiro, Luísa Castro, Andreia Teixeira, and Matilde... Below the title, there are tabs for "Submission", "Review", "Copyediting", and "Production". A "Submission Files" section contains a table with one entry: a document named "ivocosta34, Main Text.docx" with a file size of "20852-1" and the type "Article Text". A "Download All Files" button is located at the bottom right of the file list.

Nursing Practice Today Tasks 0 English View Site iwocosta34

View Metadata

Submission ID: 4524

CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE ADVANCED PRACTICE NURSING ASSESSMENT INSTRUMENT FOR PORTUGUESE CONTEXT: A METHODOLOGICAL STUDY

Ivo Filipe Dias da Costa, Marlene Patrícia Ribeiro, Luísa Castro, Andreia Teixeira, Matilde...

Submission Review Copyediting Production

Submission Files Search

File Name	File Size	File Type
ivocosta34, Main Text.docx	20852-1	Article Text

Download All Files