



DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Impacto da Simulação de Alta-Fidelidade na Prática,
Satisfação e Autoconfiança de Militares no Curso *Tactical
Combat Casualty Care* (TCCC)

Mário Rui Leal da Silva

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

Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Coorientador: Professor Mestre Bráulio João Nunes de Sousa

Leiria, abril de 2026



Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte e do Professor Mestre Bráulio João Nunes de Sousa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

DEDICATÓRIA

A vocês, que me fazem querer ser melhor todos os dias.

Sem eles não seria tão gratificante.

Sem ti não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Hugo Duarte e Bráulio Sousa, pelo apoio manifestado durante todo o ciclo de estudos, concretamente ao nível do trabalho de investigação e Relatório Final;

Aos demais Docentes envolvidos no meu percurso formativo, pelos preciosos contributos para o processo de aprendizagem;

Aos Enfermeiros Orientadores que me acompanharam nos diversos estágios, pela transmissão exemplar da relevância do Enfermeiro Especialista nos diferentes contextos;

Aos restantes profissionais com os quais me cruzei nas instituições em que estagiei, pela forma como me integraram nas respetivas equipas;

À Direção de Saúde, pela receptividade manifestada em relação ao projeto decorrente do primeiro estágio;

À UEFISM e ao Exército Português, pela autorização para a realização do estudo de investigação;

Aos participantes no estudo de investigação e aos profissionais nele envolvidos, nomeadamente aos Formadores da UEFISM e aos Docentes que integraram o processo de tradução do instrumento de medida, pelo seu indispensável contributo;

Aos colegas que partilharam comigo este percurso, que apoiei e nos quais me apoiei também, por tornarem a jornada um pouco mais fácil;

À família, que lidou com as minhas ausências, por tornar possível estar ausente;

A ti, por moldares quem sou hoje e pela convicção de que estarias, uma vez mais, orgulhoso.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ASM – *All Service Members*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CFI – *Comparative Fit Index*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CoTCCC – *Committee on TCCC*

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GFI – *Goodness of Fit Index*

GHAf – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INACSL – *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

ISBAR – Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendação

iTeams – *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

LASA – *Look-Alike, Sound-Alike*

NAEMT – *National Association of Emergency Medical Technicians*

NATO – *North Atlantic Treaty Organization*

PEI – Plano de Emergência Interno

PMCQ – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

PMEPC – Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

PNFI – *Parsimony Normed Fit Index*

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIIS – Revista de Investigação e Inovação em Saúde

SAF – Simulação de Alta-Fidelidade

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TCCC – *Tactical Combat Casualty Care*

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TO – Teatro de Operações

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UEFISM – Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Neste relatório são apresentadas as conclusões finais do ciclo de estudos, com enfoque no seu contributo para o desenvolvimento de competências na ótica do futuro Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O documento compreende duas partes, expondo a primeira a forma como as referidas competências foram desenvolvidas por via das aprendizagens obtidas nos três estágios efetuados. Os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros referentes às Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista constituíram-se como principais documentos norteadores a este nível, promovendo uma constante reflexão ao longo dos estágios, no sentido de fazer corresponder às experiências detidas, as habilidades trabalhadas. Tais desideratos são agora vertidos, mais do que numa perspetiva de fim de ciclo, numa visão de futura aplicabilidade prática enquanto Enfermeiro Especialista.

A segunda parte do relatório remete para o trabalho de investigação/ação, consistindo este num estudo passível de ser implementado no contexto laboral do Mestrando. Optou-se por abordar a área da formação em saúde militar, concretamente ao nível da simulação clínica, na qual os Enfermeiros Militares assumem um papel destacado nas Forças Armadas Portuguesas. Especificamente, procurou-se avaliar o impacto da Simulação de Alta-Fidelidade (SAF) na prática, satisfação e autoconfiança de militares portugueses em formação. Dividiu-se este trabalho em duas vertentes: uma primeira dedicada à adaptação e validação transcultural da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos e uma segunda dedicada à comparação de resultados entre um grupo experimental e um grupo de controlo. Para o alcance destes objetivos, foram analisados dados obtidos ao longo de 16 cursos *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC), tendo o grupo experimental recebido formação com recurso a um simulador de alta-fidelidade e o grupo de controlo com recurso a um paciente-padrão. Relativamente à validação da escala, esta considera-se obtida com sucesso, conclusão sustentada na respetiva análise estatística. Já os dados recolhidos relativamente ao estudo experimental indicam resultados alinhados com a evidência científica existente nesta área sendo, contudo, necessários mais estudos para possibilitar a generalização desses resultados no contexto específico em que foram obtidos. Cada uma das vertentes trabalhadas esteve na origem de um dos artigos científicos que compõem assim a segunda parte do documento.

Palavras-chave: Confiança; Enfermagem Militar; Prática Profissional; Satisfação; Treinamento com Simulação de Alta Fidelidade.

ABSTRACT

This report presents the final conclusions of the study cycle, focusing on its contribution to the development of competencies from the perspective of the future Specialist Nurse and Master in Nursing Care to the Person in Critical Condition.

The document comprises two parts, the first of which explaining how these competencies were developed through the learning obtained in the three internships carried out. The regulations of *Ordem dos Enfermeiros* regarding the Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse constituted the main guiding documents at this level, promoting constant reflection throughout the internships, in order to match the experiences gained with the skills worked on. These objectives are now reflected, more than from an end-of-cycle perspective, in a vision of future practical applicability as a Specialist Nurse.

The second part of the report refers to the action research work, consisting of a study that can be implemented in the master's student's work context. The chosen approach was to address the area of military health training, specifically in terms of clinical simulation, in which Military Nurses play a prominent role in the Portuguese Armed Forces. Specifically, the aim was to evaluate the impact of High-Fidelity Simulation on the practice, satisfaction, and self-confidence of portuguese military personnel in training. This work was divided into two strands: the first dedicated to the adaptation and cross-cultural validation of the "Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale" for non-clinical professionals and the second dedicated to comparing results between an experimental group and a control group. To achieve these objectives, data obtained from 16 Tactical Combat Casualty Care (TCCC) courses were analyzed, with the experimental group receiving training using a high-fidelity simulator and the control group using a standardized patient. Regarding the validation of the scale, it is considered successfully achieved, a conclusion supported by the respective statistical analysis. The data collected from the experimental study indicate results aligned with existing scientific evidence in this area. However, further studies are needed to allow for the generalization of these results in the specific context in which they were obtained. Each of the strands worked on was the origin of one of the scientific articles that make up the second part of the document.

Keywords: Trust; Military Nursing; Professional Practice; Satisfaction; High-Fidelity Simulation Training.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESTÁGIO	4
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	5
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	5
1.2. CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR	7
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	9
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	11
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	11
2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	12
2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	15
2.1.3. Gestão dos Cuidados	18
2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	20
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	24
2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	24
2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	28
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a PSC e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	30
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	33
3. VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM PARA PROFISSIONAIS NÃO CLÍNICOS	34
4. IMPACTO DA SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NA PRÁTICA, SATISFAÇÃO E AUTOCONFIANÇA DE MILITARES NO CURSO <i>TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE</i> (TCCC)	45
5. CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	62

ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMA DO 2º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

ANEXO II – PROGRAMA DO I CONGRESSO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DA FIGUEIRA DA FOZ

ANEXO III – PROGRAMA DA DEMONSTRAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE TRIAGEM CLÍNICA DE EMERGÊNCIA DA *INTERNATIONAL ACADEMY OF EMERGENCY DISPATCH*

ANEXO IV – ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ANEXO VI – GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÁTICA DO CURSO TCCC-ASM

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER APRESENTADO NO I CONGRESSO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DA FIGUEIRA DA FOZ

APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO MINISTRADA NO ESTÁGIO DE OPÇÃO (CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR)

APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM

APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA A VALIDAÇÃO transcultural DA ESCALA

APÊNDICE V – VERSÃO FINAL DA VALIDAÇÃO transcultural DA ESCALA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Gráfico do Modelo.....	41
----------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Habilitações Académicas dos participantes.....	40
Tabela 2 – Correlação de item total corrigida, alfa de Cronbach e Matriz de Componente Rotativa da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem	40
Tabela 3 – Índices de Ajuste	41
Tabela 4 – Testes paramétricos aplicados sobre as variáveis «prática», «satisfação» e «autoconfiança», em função do grupo de investigação	51
Tabela 5 – Testes paramétricos por itens – subescala «satisfação».....	52
Tabela 6 – Testes paramétricos por itens – subescala «autoconfiança».....	52

INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui-se como Relatório Final da Unidade Curricular (UC) de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II, inserida no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria (IPL). Consiste, efetivamente, no derradeiro documento escrito do Ciclo de Estudos, sendo efetuado sob orientação científica do Professor Doutor Hugo Duarte e coorientação do Professor Mestre Bráulio Sousa.

De acordo com o documento de planeamento da UC, esta “assenta de forma predominante no trabalho individual do Mestrando, que evidencia as competências desenvolvidas e o trabalho de investigação/ação” (Duarte, 2025, p. 17). Assim sendo, este Relatório Final compreende duas partes, sendo a primeira composta pelas aprendizagens detidas e as reflexões efetuadas nos três estágios realizados ao longo do Ciclo de Estudos. Já a segunda parte consiste em dois artigos científicos, elaborados de acordo com as regras de duas Revistas Científicas indexadas, selecionadas em conjunto com os Professores Orientadores, sendo estas a Revista de Investigação e Inovação em Saúde (RIIS) e a Pensar Enfermagem.

Relativamente à primeira parte, tomando uma vez mais como referência o documento orientador da UC, as supracitadas aprendizagens e reflexões encontram-se estruturadas de acordo com as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Duarte, 2025), enaltecendo a relação entre o grau académico e o subsequente título profissional. A Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da sua autonomia para regular o exercício da profissão e a atribuição do título profissional, estipula que estes profissionais partilhem um conjunto de Competências Comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019). Além destas, devem igualmente verificar-se as competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade patentes, no caso da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Regulamento nº 429/2018 (2018). Dada a abrangência desta vertente da Enfermagem, o mesmo regulamento enaltece a importância do estabelecimento de diferentes áreas, com Competências Específicas (Regulamento nº 429/2018, 2018), às quais os mesmos profissionais devem corresponder.

Também segundo a Ordem dos Enfermeiros, os Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica caracterizam-se pela sua elevada qualificação, estando em causa o risco imediato de uma ou mais funções vitais por parte da pessoa cuidada (Regulamento nº 429/2018, 2018). O papel do Enfermeiro Especialista manifesta-se neste sentido através da resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total (Regulamento nº 429/2018, 2018). Esta área dos Cuidados de Enfermagem sempre suscitou o meu elevado interesse, potenciado pelo facto de ser Enfermeiro Militar e de a capacidade para responder a situações de urgência/emergência ser um esteio inerente ao risco das atividades que constituem uma parte significativa da minha atuação profissional. Apresentadas as motivações que me levaram a optar pela frequência deste Mestrado, importa refletir acerca da forma como o percurso efetuado correspondeu às minhas expectativas, não numa perspetiva de gratificação pessoal, mas sim de alinhamento com as competências exigidas.

Apesar de se pretender uma reflexão referente à totalidade dos estágios efetuados, esta deve ser realizada de forma integrativa, ou seja, estabelecendo uma relação entre os três e não consistindo, portanto, meramente na soma das experiências obtidas em cada um (Duarte, 2025). Iniciar-se-á, pois, com a caracterização de cada um dos contextos da prática especializada em Enfermagem nos quais decorreram os estágios: Serviço de Urgência (SU), Contexto Pré-Hospitalar (opcional) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Seguir-se-á a abordagem de cada uma das competências, de acordo com a estratégia de colocação em prática

da reflexão para a ação, na ação e sobre a ação, permitindo evidenciar a teoria aplicada na prática, bem como a avaliação do percurso efetuado (Duarte, 2025).

A impreteribilidade da teoria como suporte da prática pode ser interpretada num sentido mais vasto e num sentido mais literal. Em sentido mais vasto, já de há muitas décadas a esta parte que foi reconhecida a necessidade de os Enfermeiros basearem as suas práticas no conhecimento científico (Rezayani, 2025). Faz, pois, todo o sentido que o Mestrando interprete as reflexões realizadas sobre as suas aprendizagens, bem como o produto dessas reflexões, à luz da evidência científica mais atual. Por outro lado, num sentido mais literal, as Teorias de Enfermagem consistem na base da respetiva disciplina, delineando a estrutura do seu processo, aprimorando a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados (Rezayani, 2025). Deste modo, tornou-se pertinente a inclusão de uma Teoria de Enfermagem como norteadora do pensamento nesta parte do trabalho, tendo-se para o efeito selecionado a teoria de médio alcance de Anne Boykin e Savina Schoenhofer da «Enfermagem como Cuidado» (Boykin & Schoenhofer, 2013). A teoria em questão enaltece o «cuidado» como foco central da profissão, tendo-se mostrado pertinente salientar essa essência num meio tão específico como são os cuidados à pessoa em situação crítica, no qual a urgência na prestação dos mesmos, aliada à respetiva diferenciação técnica, pode facilmente desviar esse foco. Não obstante, recorreu-se igualmente a outros teóricos, como Rozzano Locsin e a sua teoria da «Competência Tecnológica como Cuidado na Enfermagem» (Locsin, 1995) ou Patrícia Benner e o seu modelo «De Iniciado a Perito» (Benner, 2001), que haviam já complementado reflexões realizadas por ocasião dos estágios e respetivos relatórios e cujo recurso volta a revestir-se de toda a pertinência neste Relatório Final.

Por seu turno, os artigos científicos nos quais consistem a segunda parte do Relatório são resultantes de um “estudo de investigação/ação, iniciado pelo Mestrando no primeiro ano letivo, realizado no seu local de trabalho” (Duarte, 2025, p. 17). Nesse âmbito, foi desenvolvido no primeiro semestre, na UC de Metodologias de Investigação Aplicada, o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQ) «Impacto da Simulação de Alta-Fidelidade no Desempenho Prático, Satisfação e Autoconfiança de Militares das Forças Armadas Portuguesas em Formação». Além de ser Enfermeiro Militar, nutro um elevado gosto pela área da formação, que integra também o conjunto de atividades profissionais que desenvolvo diariamente. Assim, propus-me a implementar este PMCQ na instituição que represento, com vista à melhoria das respetivas práticas pedagógicas nessa área. Já no segundo semestre, após aprimoramento do projeto junto dos respetivos orientadores científicos, o mesmo foi submetido à Comissão de Ética do IPL, então renomeado «Impacto da Simulação de Alta-Fidelidade na Prática, Satisfação e Autoconfiança de Militares no Curso *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC)», recebendo o respetivo parecer favorável. Sob esta designação final, decorreu então durante o terceiro semestre o estudo cujos resultados se encontram espelhados nos Capítulos 3 e 4, sob a forma de artigos científicos. Para efeitos de publicação científica, selecionaram-se as Revistas Científicas RIIS e Pensar Enfermagem, encontrando-se os artigos elaborados de acordo com as respetivas normas de cada revista.

Tomando uma vez mais como referência o Regulamento nº 140/2019 (2019), da Ordem dos Enfermeiros, este estabelece claramente a formação como uma das aéreas de competência do Enfermeiro Especialista. Efetivamente, no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, especificamente na Unidade de Competência de responsabilização por se constituir como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, são-lhe reconhecidas as capacidades de atuar como formador oportuno neste âmbito, de diagnosticar necessidades formativas, de gerir programas e dispositivos formativos e de avaliar o impacto da formação (Regulamento nº 140/2019, 2019). No contexto específico da formação em cuidados de saúde em ambiente militar, no qual se enquadra o curso TCCC, Souza et al. (2026) destacam o Enfermeiro como figura

central na promoção da formação, habilitado não apenas a ministrá-la, mas a liderá-la, para militares de diferentes níveis de habilitações académicas. Especificamente no que concerne à SAF, o Enfermeiro é descrito como alguém capaz de delinear estratégias formativas baseadas em simulação, essenciais para a retenção de habilidades críticas de TCCC (Souza et al., 2026). Os autores reconhecem ainda o Enfermeiro como profissional capaz de avaliar a competência dos militares nos conteúdos lecionados e, por conseguinte, a sua prontidão para a projeção para um Teatro de Operações (TO), a esse nível (Souza et al., 2026). Desta forma, justifica-se a pertinência da temática desenvolvida, quer do ponto de vista do seu enquadramento na carreira profissional, quer da sua aplicabilidade ao contexto laboral.

Por fim, no capítulo da «Conclusão», pretende-se que o Mestrando espelhe aquelas que serão também as conclusões finais do Ciclo de Estudos que agora se propõe a encerrar. Não obstante, apesar de almejar naturalmente esse encerramento, tal não significará o final do referido processo contínuo de aprendizagem, mas sim uma nova etapa de investimento no mesmo, com a responsabilidade acrescida do título de Enfermeiro Especialista que o grau académico de Mestre poderá conferir.

O trabalho foi elaborado conforme as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde do IPL (2024) e as citações e referências bibliográficas encontram-se conforme as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição (IPL, s. d.).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESTÁGIO

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A primeira parte deste Relatório Final inicia-se com a caracterização dos diferentes contextos da prática especializada em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nos quais decorreram os estágios. Esta área, sendo direcionada para pessoas “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19362), permite o desenvolvimento de competências em múltiplos contextos. A Ordem dos Enfermeiros estipula, no «Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica», que inclui a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), a obrigatoriedade, neste caso, de estágio em SU (Polivalente ou Médico-Cirúrgica) e em UCI Polivalente. Há ainda lugar a um terceiro estágio, de cariz opcional, tendo eu optado pelo contexto pré-hospitalar, aliando o interesse pessoal à minha vertente profissional.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro estágio realizado teve lugar no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de uma Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. Este tipo de SU constitui-se como

segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básica e referenciando para Serviços de Urgência Polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência (Despacho nº 10319/2014, 2014, p. 20673).

Devem assim dispor de diversas especialidades médicas, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica, além do apoio de outras especialidades (nomeadamente Medicina Intensiva), de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência (Despacho nº 10319/2014, 2014). São igualmente obrigatórias a existência de “uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e de uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática” (Despacho nº 10319/2014, 2014, p. 20674).

O SU em questão está organizado, do ponto de vista da distribuição dos recursos humanos de Enfermagem, em setores que incluem: triagem, clínica geral, apoio à ortopedia, apoio à cirurgia, sala de observações, área de medicina, sala de emergência, corredor e ainda «área C», esta última destinada a pessoas com infeção respiratória de etiologia vírica diagnosticada. No que diz respeito à distribuição dos Enfermeiros Especialistas, os mesmos podem ser alocados a qualquer setor cabendo, contudo, exclusivamente a esses profissionais a função de coordenação funcional de turno, em consonância com o Regulamento nº 743/2019 (2019) da Ordem dos Enfermeiros. O mesmo documento recomenda que o posto de trabalho da sala de emergência seja igualmente ocupado por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, preferencialmente na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o que nem sempre se verifica pois não é possível cumprir o também disposto no regulamento em questão relativamente ao rácio de Enfermeiros Especialistas na área referida, que deve ser de 50% (Regulamento nº 743/2019, 2019). Como forma de contornar esta limitação,

dada a especificidade dos procedimentos efetuados na sala de emergência e a situação crítica na qual se encontram os Utentes para lá transferidos, procura-se que o Enfermeiro escalado para esse local detenha a maior experiência profissional possível na área. Efetivamente, para além dos Enfermeiros Especialistas, existe uma afetação dos restantes elementos da equipa a dois grupos: um com maior experiência e outro com menor. No escalonamento dos profissionais para os turnos, preconiza-se que os Enfermeiros afetos ao grupo com menor experiência não ultrapassem um determinado valor. Outro critério adotado é a necessidade de dispor de formação específica em Sistema de Triage de Prioridades, aqui sim, indo ao encontro do Regulamento nº 743/2019 (2019), bem como de um período de integração, para o desempenho dessa função.

Relativamente à metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem, cabendo aqui as necessárias adaptações em função das especificidades de cada posto de trabalho, o Processo de Enfermagem constitui-se como referência para a prestação de cuidados, na medida em que é transmitida a cada profissional, no início do turno, toda a informação pertinente referente aos Utentes que se encontram no setor onde ficará alocado, responsabilizando-se este por todos os cuidados prestados aos mesmos ao longo da jornada de trabalho, bem como, naturalmente, aos que durante a mesma venham a dar entrada nesse setor (Reed, 2025). Apesar de datado, o Processo de Enfermagem tem-se perpetuado como base de trabalho dos Enfermeiros e adaptado às teorias mais recentemente surgidas no seio da disciplina, como a já referida teoria da «Competência Tecnológica como Cuidado na Enfermagem» de Locsin (1995). Esta teoria aponta a habilidade de cuidar em ambiente tecnológico, a par dos conhecimentos teóricos, científicos e relacionais, como fundamental por parte do Enfermeiro para a elaboração de um Processo de Enfermagem que responda às necessidades individuais de cada pessoa em situação crítica (Locsin, 2002). A metodologia do Processo de Enfermagem não dispensa a possibilidade, cuja necessidade se verifica frequentemente, de entreajuda entre profissionais, sobretudo nos períodos de maior afluência de pessoas ao serviço, que propiciam um desequilíbrio entre setores relativamente ao número de horas de cuidados a prestar. Devo dizer que, a este nível e de um modo geral, considere assinalável o espírito de entreajuda verificado entre os Enfermeiros do serviço, fundamental para a manutenção de uma prestação segura de cuidados, mesmo nesses períodos mais desafiantes.

Destaco também pela positiva dois aspetos inerentes a esta distribuição de recursos, sendo o primeiro a tentativa de garantir em cada turno a presença de um Enfermeiro de Coordenação, preferencialmente Especialista, predominantemente responsável pela gestão de aspetos indispensáveis ao bom funcionamento do serviço, como a gestão de vagas, a gestão de materiais ou o atendimento de chamadas internas. Cumprime aqui esclarecer que esta modalidade apenas prevaleceu durante o período de vigência do Plano de Contingência, após o qual o Enfermeiro de Coordenação passou a acumular essa função com a prestação de cuidados às pessoas do(s) setor(es) que lhe era(m) atribuído(s).

O segundo aspeto que gostaria de enaltecer é a existência diária, num período de tempo específico (das 11 horas até às 19 horas) de um Enfermeiro responsável pela comunicação entre a instituição e os familiares/pessoas de referência dos utentes. Esta particularidade permite o fornecimento de informações pertinentes e atempadas, bem como uma precoce articulação de meios, por exemplo nos casos de alta clínica, sendo uma função desempenhada pelos profissionais pertencentes ao grupo com maior experiência ou pelos Enfermeiros Especialistas, tendo sido possível dedicar algumas horas do estágio a esta função.

Outro ponto a realçar, este já relacionado com a gestão de recursos ao nível da própria instituição, consiste na forma como o hospital se preparou para o já característico aumento sazonal da afluência ao serviço no inverno, particularmente motivado pelas patologias de etiologia respiratória, com a reserva de algumas vagas dos serviços de internamento cirúrgico para o internamento de pessoas com patologias do foro médico. Esta gestão, incluída no Plano de Contingência interno, permitiu diminuir o número médio de utentes presentes

no SU evitando assim, por exemplo, a existência permanente de um número elevado de pessoas «em maca» no corredor. Este impacto foi particularmente notório após a vigência do plano, passando o serviço a ter muitas vezes disponível apenas uma maca ou mesmo nenhuma para novas pessoas que dessem entrada no serviço, por oposição ao constatado durante as primeiras semanas do estágio, em que existiam frequentemente quatro a seis macas disponíveis.

Relativamente aos registos dos Utentes, os mesmos eram realizados no sistema informático «*SClínico* - Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares», do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e complementados no sistema «Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF)». Foi necessária, da minha parte, uma adaptação a estes, pois nunca com eles havia trabalhado, encontrando-se esse processo vertido no próximo capítulo.

Foi possível colecionar durante o estágio experiências nos diferentes setores do serviço, diria mesmo em todos. Tratando-se de um estágio elaborado no âmbito de um Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, naturalmente que a sala de emergência reunia à partida a minha preferência nesse sentido, tendo surgido aqui algumas oportunidades que procurei aproveitar da melhor forma. Contudo, o conhecimento e integração em todos os setores revelou-se fundamental para uma melhor perceção dos cuidados prestados ao Utente no serviço ainda que, ocasionalmente, esta prestação se inicie pela sala de emergência.

1.2. CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

O segundo estágio, de cariz opcional e tendo-se optado pelo contexto pré-hospitalar, decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mais propriamente nos meios Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). Existindo, dentro das possibilidades para este estágio de opção, o INEM, imediatamente a minha escolha recaiu sobre esta instituição pois, sendo eu Enfermeiro Militar, o meu interesse no desenvolvimento de competências na área pré-hospitalar é elevado, quer por uma questão de gosto pessoal, quer pela aplicabilidade da mesma no meu contexto laboral.

De acordo com o documento que apresenta a Carteira de Serviços do INEM (INEM, 2023a), este instituto pertencente ao Ministério da Saúde tem como funções a definição, coordenação, organização, participação e avaliação das atividades e do funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica. O objetivo principal passa assim por garantir às vítimas de doença súbita ou trauma a melhor e mais atempada prestação de cuidados de saúde (INEM, 2023a). De entre as múltiplas atividades desenvolvidas no sentido do cumprimento das funções elencadas destacam-se, do ponto de vista da relação com o estágio realizado, os meios de assistência em emergência médica pré-hospitalar e o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), cuja interligação é fundamental e realizada com o auxílio do sistema informático «*INEM Tool for Emergency Alert Medical System* (iTeams)».

Relativamente aos meios de emergência, o estágio decorreu então na VMER e ambulância SIV, dois meios direcionados à mesma tipologia de vítimas em matéria de gravidade (previamente triadas pelo CODU como «Prioridade 1» – as mais graves), nos quais o Enfermeiro assume um papel central, mas de cariz diferente entre ambos. Enquanto na VMER, por esta ser também tripulada por um Médico, existe uma validação imediata de todas as atitudes terapêuticas que a equipa considere necessárias aplicar à vítima, na ambulância SIV o Enfermeiro, por ser o elemento mais diferenciado, necessita de validação por parte do Médico Regulador sediado no CODU para o recurso a atitudes terapêuticas que excedam a sua autonomia.

A já referida interligação entre meios de emergência e CODU não se esgota, contudo, nesta regulação, sendo igualmente por via do centro de orientação que cada meio recebe as primeiras informações sobre a vítima para a qual é ativado. Por outro lado, no sentido oposto, o meio de emergência irá reportar ao CODU a sua avaliação da vítima, bem como as intervenções realizadas, recebendo por fim indicações relativamente ao encaminhamento da pessoa. Tive a oportunidade de realizar um turno de 6 horas no CODU, que me permitiu adquirir uma melhor perceção desta articulação e durante o qual passei pelos seguintes postos: receção de chamadas, passagem de dados e ativação de meios. Destes postos, a passagem de dados é o posto assegurado por Enfermeiros, tendo sido aquele no qual permaneci durante mais tempo. Tive, assim, oportunidade de escutar a comunicação de informações por parte de Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) e também de Bombeiros e Técnicos da Cruz Vermelha Portuguesa (Enfermeiros e Médicos comunicam diretamente com o Médico Regulador). Considero importante a atuação do Enfermeiro a este nível, pois uma boa colheita de dados permite acelerar o processo de decisão do Médico Regulador, nomeadamente no que diz respeito ao encaminhamento do Utente.

Retomando a comparação entre os meios VMER e ambulância SIV, outra diferença prende-se com o facto de as VMER se encontrarem alocadas às Unidades Locais de Saúde, sendo os seus colaboradores maioritariamente funcionários dessas instituições. Além dos profissionais, essa alocação tem implicações ao nível logístico, nomeadamente no que concerne ao fornecimento de materiais consumíveis, garantido pela unidade hospitalar. Por sua vez, as ambulâncias SIV podem estar ou não alocadas a SU hospitalares sendo que, caso não estejam, o seu reabastecimento é garantido na totalidade pelo INEM. Já ao nível dos profissionais, estes são vinculados ao próprio INEM podendo, nos casos de alocação aos SU, contar com colaboradores (Enfermeiros), oriundos da instituição hospitalar.

A ambulância SIV na qual decorreu o estágio não se encontra alocada ao respetivo hospital e conta na sua equipa com sete Enfermeiros, sendo dois deles Enfermeiros Especialistas. Apesar de não se encontrar estipulado, por parte da Ordem dos Enfermeiros, um rácio de Enfermeiros Especialistas para o contexto do pré-hospitalar, vários meios do INEM exigem (ou dão preferência a) esta diferenciação, especificamente na área da pessoa em situação crítica. Os turnos realizados são de 12 horas, em contraste com os efetuados pelos TEPH, que são de 8. Cada turno iniciou-se com a verificação das *check-list* da ambulância e respetivas malas médicas, repondo qualquer material em falta. De regresso à base, após cada ocorrência e após a reposição do material utilizado, foi efetuado o registo da mesma na plataforma própria que o INEM disponibiliza para o efeito, na qual foram igualmente efetuados os débitos do material utilizado. Verificaram-se múltiplas ocorrências, sobretudo do foro médico, mas também traumático, em vítimas das diversas faixas etárias, incluindo pediatria, com predomínio para a alteração do estado de consciência e dor torácica.

Já a VMER em que o estágio teve lugar integra 17 Enfermeiros, 6 dos quais Enfermeiros Especialistas e os turnos realizados foram de 8 horas. Ao iniciar o turno foram efetuadas as *check-list* dos equipamentos constantes da viatura e dos materiais existentes nas malas médicas, repondo algo se necessário, bem como após cada ocorrência. Também ao nível deste meio se verificou a existência de diversas ocorrências, com predomínio para o foro médico em detrimento do traumático. Paragem cardiorrespiratória e dor torácica foram as ocorrências mais frequentemente verificadas, sendo o registo das mesmas efetuado durante os turnos realizados na ambulância SIV, por limitações no acesso à componente dos estágios da base de dados do INEM verificadas ao nível das bases da VMER, situação para a qual, de resto, estávamos já alertados pelo Enfermeiro Gestor desde o início do estágio.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O terceiro e último estágio foi realizado em contexto de Cuidados Intensivos, numa UCI Polivalente de um hospital militar. O hospital em questão foi criado a partir do Decreto-lei nº 84/2014 (2014), resultando da fusão dos hospitais militares dos três ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha e Força Aérea), existentes até essa data. Apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar, aos deficientes militares e a outros utentes, na sequência de acordos celebrados (Decreto-lei nº 84/2014, 2014). Podem assim beneficiar de cuidados de saúde neste hospital: militares no ativo; militares na reserva e na reforma; familiares beneficiários do subsistema de saúde Assistência na Doença aos Militares; beneficiários do Serviço de Assistência na Doença aos Militares da Guarda Nacional Republicana e da Polícia de Segurança Pública; beneficiários do Instituto de Ação Social das Forças Armadas.

No que ao organograma do hospital diz respeito, a UCI integra a Área Clínica do mesmo, especificamente o Departamento de Urgência e Emergência e Cuidados Intensivos. Fisicamente, o serviço situa-se, de forma estratégica, imediatamente acima do Serviço de Imagiologia e imediatamente abaixo do Bloco Operatório (BO), sendo contíguo à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Conforme se depreende desta organização, é frequente a ida de um Utente internado na UCI ao Serviço de Imagiologia, para a realização de tomografia computadorizada, por exemplo. Assim, dado o risco de instabilidade hemodinâmica, importa que o transporte seja curto, bem como acompanhado de Médico e Enfermeiro, daí a preponderância da proximidade entre serviços. Esta proximidade também se revela importante para o Utente no pós-cirúrgico imediato, podendo a admissão de pessoas provenientes do BO ocorrer de forma programada, relacionada com as comorbilidades pré-existentes, ou por uma situação de instabilidade ocorrida durante a cirurgia. Existe ainda uma proximidade com o SU, que representa uma proveniência igualmente frequente de Utentes admitidos na UCI.

A UCI possui cinco unidades, podendo estender-se às seis em caso de necessidade. Todas as unidades estão equipadas com cama eletronicamente articulável, que dispõe de colchão de pressão alternada, também ajustável eletronicamente. Uma destas encontra-se num quarto de pressão negativa, adequado ao internamento de Utentes com indicação para isolamento de via aérea. As restantes unidades encontram-se em *open space*, dispondo de cortinas adequadas ao isolamento de contacto (antimicrobianas e descartáveis) e que permitem também garantir uma maior privacidade da pessoa. Cada unidade possui também, conforme habitual em unidades desta tipologia, monitor de parâmetros vitais (com capacidade de monitorização invasiva e não invasiva, portátil em caso de necessidade), ventilador, bombas perfusoras, seringas infusoras e aspiradores de secreções (de alta e de baixa pressão), para além de outros dispositivos clínicos. Existe ainda a possibilidade de realização de técnicas de substituição renal (hemodiálise convencional e técnica dialítica contínua) no serviço, de várias pessoas em simultâneo. A maioria dos Enfermeiros da equipa possui essa competência podendo, no entanto, em caso de necessidade, ser solicitado o apoio dos profissionais do serviço de Hemodiálise.

A equipa de enfermagem é composta por 17 Enfermeiros, sendo 5 dos quais Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este número (30%) encontra-se abaixo da percentagem recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, que no seu Regulamento nº 743/2019 (2019), preconiza uma percentagem de 50% de profissionais com essa área de especialização na equipa, devendo a mesma regra ser aplicada na constituição de cada turno, nas 24 horas diárias. Não obstante, nos turnos da «tarde» e da «noite», sempre que das respetivas equipas faz parte (pelo menos) um Enfermeiro Especialista, é a esse profissional que compete a sua coordenação durante o período em questão.

Além do trabalho na UCI, são também os profissionais do serviço que garantem a constituição da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) da instituição, sendo esta multidisciplinar, ativada em caso de alguma ocorrência emergente com um Utente em qualquer área do hospital, dispondo de malas medicalizadas para o efeito. As referidas malas podem ser igualmente utilizadas para o transporte de Utentes da UCI, havendo malas diferente para transporte intra e inter-hospitalar. Como exemplo de transporte intra-hospitalar, existe a já mencionada frequente necessidade de transporte ao Serviço de Imagiologia. Já o transporte inter-hospitalar tem lugar quando se verifica a necessidade de transferência para uma UCI com um nível de diferenciação superior (por exemplo um Utente neurocrítico).

Relativamente aos registos de Enfermagem, a equipa tem à sua disposição dois programas: *PaTIENT.CARE*® e *Glintt*®. O primeiro é utilizado para a generalidade dos registos: Plano de Cuidados; terapêutica farmacológica; parâmetros vitais; notas de Enfermagem. Já o segundo é utilizado para a realização de débitos de material consumível, além da consulta de registos relevantes, efetuados por profissionais de serviços que trabalham exclusivamente com esse programa, tais como o SU, bem como os diversos serviços de internamento. Se me encontrava já familiarizado com o *Glintt*®, pois utilizo o mesmo programa no meu local de trabalho, já o *PaTIENT.CARE*® constituiu para mim uma novidade, exigindo a minha aprendizagem nesse sentido.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Conforme houve já oportunidade de referir anteriormente, não se pretende que este capítulo dedicado à abordagem das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica seja uma soma das abordagens anteriormente efetuadas por ocasião de cada relatório de estágio, mas sim uma reflexão conjunta, obtendo conclusões transversais e robustas.

No sentido de enaltecer essa transversalidade, tomou-se como referência uma Teoria de Enfermagem, à luz da qual foi possível interpretar as reflexões efetuadas. Optou-se pela teoria de médio alcance de Boykin e Schoenhofer: «Enfermagem como Cuidado» (Boykin & Schoenhofer, 2013), desenvolvida em contexto de cuidados críticos, que estabelece como prioritário o «cuidado», na prática da Enfermagem. Pareceu-me pertinente o recurso à referida teoria, na medida em que esta área de atuação da Enfermagem assume frequentemente, pelos contextos em que é desenvolvida, um carácter urgente/emergente. Deste modo, pode facilmente tornar-se condizente com um modelo mais biomédico, focado essencialmente na componente técnica - «*hard skills*» (García et al., 2025) ou mesmo tecnológica e manifestar-se através de cuidados impessoais e despersonalizados. Conforme refere Collière (1999, p. 234), os Cuidados de Enfermagem devem atender às particularidades de cada Utente, porquanto são “indissociáveis das condições de vida das pessoas”.

A referência ao «cuidar» remete para a essência da Enfermagem, por vezes ameaçada por um ambiente de prestação de cuidados cada vez mais tecnológico. Hesbeen (2000, p. 37) define «cuidar» como “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de “saber-ser”, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”. As autoras da teoria focam-se assim na compreensão do cuidar em contexto de cuidados críticos, partindo de seis pressupostos:

- Cuidar é inerente a todos os seres humanos;
- As pessoas são unas em cada momento;
- As pessoas vivem o cuidar a cada momento;
- Conhecer-se como pessoa é viver o cuidar em cada momento;
- Conhecer-se como pessoa advém das relações de cuidados que são estabelecidas com os outros;
- A Enfermagem é uma disciplina e uma profissão (Boykin et al., 2005).

Impõe-se assim a questão: se todas as pessoas experienciam o cuidar, o que distingue os cuidados prestados pelos Enfermeiros? Segundo Boykin e Schoenhofer (2013) essa distinção passa pela intencionalidade depositada na prestação de cuidados, sendo para isso fundamental que o Enfermeiro se conheça como pessoa e dê um pouco de si em cada momento de cuidados. Daí resulta que cada Enfermeiro preste cuidados de forma única, refletindo a sua essência como pessoa e como profissional, algo que Boykin e Schoenhofer (2013) consideram desejável na procura da excelência dos cuidados.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Iniciarei esta componente reflexiva pelas Competências Comuns, conforme constante no Regulamento nº 140/2019 (2019), que as designa como sendo partilhadas pela totalidade dos Enfermeiros Especialistas, independentemente da respetiva área de especialização. Estes demonstram-nas por via de uma elevada

capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, 2019).

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Esta primeira Competência Comum remete para a adoção de uma postura de responsabilidade profissional, ética e legal, devendo o Enfermeiro Especialista entender os desafios a este nível, inerentes a cada contexto de prestação de cuidados.

Tomando como exemplo a privacidade do Utente, esta encontra-se facilmente ameaçada em situações de urgência/emergência extra-hospitalar ou em serviços como o de Urgência ou de Cuidados Intensivos, não só na sua vertente física, mas também verbal. Contudo, enquanto tal acontece no contexto pré-hospitalar devido à abordagem da vítima ter frequentemente lugar em espaços públicos, no SU as razões prendem-se, sobretudo, com a falta de condições estruturais para garantir a privacidade. No SU no qual decorreu o estágio identifiquei esta dificuldade, que resultou em situações em que o Utente não se sentia claramente à vontade a abordar a sua situação clínica, o que pode levá-lo a ocultar dados relevantes para a respetiva avaliação, designadamente por vergonha. Já em UCI, sendo a disposição das camas em *open space*, facilmente o Utente fica exposto perante profissionais de saúde, outros Utentes ou mesmo visitas destes.

No decurso dos estágios foi possível desenvolver estratégias que permitissem mitigar estas ameaças e que podiam passar pela tentativa de criação de um espaço mais resguardado em torno da pessoa (por exemplo através de cortinas) ou pela movimentação desta para um espaço mais condigno (por exemplo para a célula sanitária da ambulância, em ambiente extra-hospitalar). Também o discurso do profissional deve ser adaptado, cabendo ao Enfermeiro Especialista liderar pelo exemplo, no sentido da preservação da dignidade humana, nomeadamente evitando conversas com outros profissionais sobre assuntos não relacionados com a prestação de cuidados. O Enfermeiro Especialista compreende igualmente a importância de não mencionar assuntos que possam ser escutados por outros Utentes, profissionais ou visitas, colocando em causa o sigilo profissional e/ou que induzam desconforto na pessoa. Assim, se o Utente se encontra consciente, deve ser o foco do discurso do prestador de cuidados, evitando-se diálogos paralelos e redundantes e privilegiando uma comunicação direta e objetiva. Em estágio, procurei invariavelmente pautar a minha postura por estes critérios.

Por outro lado, o Enfermeiro Especialista reconhece a importância de tratar cada pessoa como própria, indo ao encontro do preconizado pela teoria de Boykin e Schoenhofer (Boykin et al., 2005). Assim, rejeita uma prestação padronizada de cuidados, primando pela elaboração de um Plano de Cuidados personalizado, delineado preferencialmente em conjunto com o Utente. Naturalmente que esta intenção se torna desafiante nos diferentes contextos de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, desde logo porque, pela definição já anteriormente apresentada, são frequentemente pessoas que apresentam limitações severas ao nível da comunicação (Freeman-Sanderson, et al., 2025), tendo sido esta a maior dificuldade sentida ao nível da UCI. Já no contexto pré-hospitalar, o desafio advém sobretudo de a atuação dos profissionais de saúde ser baseada em protocolos e limitada no tempo o que, conforme referem Resnicoff e Kinchen (2022), pode torná-la padronizada. A questão da limitação temporal será porventura o maior desafio também no SU, embora as restantes limitações referidas também se verifiquem.

Como estratégias para ultrapassar estas limitações, comecei por garantir o consentimento informado, livre e esclarecido do Utente para as intervenções a efetuar, adaptando as mesmas às suas preferências e necessidades específicas, quando exequível. No que concerne à pessoa que não se consegue expressar

eficazmente, o Enfermeiro Especialista manifesta a sua diferenciação não se conformando com essa condição por parte do Utente, recorrendo a estratégias de comunicação não verbal como forma de contornar a limitação, das quais são exemplo cartões com imagens ou palavras. As preocupações relacionadas com o próprio discurso, referidas no parágrafo anterior, têm impacto também a este nível, na medida em que me assumi sempre disponível para escutar ativamente as expressões proferidas pelo Utente. Esta disponibilidade pode ser difícil de manifestar num contexto como o do ambiente extra-hospitalar, em que a já mencionada atuação protocolada deixa pouca margem para questões não previstas. A escuta ativa, a observação sensível e a resposta eficaz às necessidades emocionais da pessoa são medidas propostas por Cunha et al. (2024), que realçam que daí advêm o fortalecimento da aliança terapêutica e a promoção de um ambiente de confiança e colaboração.

Segundo Cabete et al. (2019), é fundamental a envolvimento da família neste processo de prestação individualizada de cuidados. O Enfermeiro Especialista deve ter um papel proativo na antecipação de dúvidas e carências dos familiares para fazer face, por exemplo, a situações em que seja necessária a adaptação do domicílio ou das rotinas diárias para fazer face às previsíveis necessidades da pessoa, quando esta receber alta clínica, o que deve ser preparado atempadamente. Já Meiers et al. (2024), defendem os cuidados centrados na família, caracterizando os familiares simultaneamente como prestadores e recetores de cuidados e não apenas «visitas». Uma vez mais se torna desafiante o cumprimento desta premissa neste contexto de cuidados, pois este pode acarretar situações em que a presença de familiares se torne difícil de gerir. A situação crítica na qual a pessoa se encontra torna frequente a necessidade de uma abordagem simultânea de vários profissionais, ficando a sua atuação dificultada pela presença de familiares no mesmo espaço (sobretudo se confinado, como acontece frequentemente em contexto pré-hospitalar). Acresce o stress ao qual um profissional de saúde envolvido numa situação de urgência/emergência se encontra sujeito, passível de ser agravado devido à presença de familiares, sobretudo se estes não mantiverem uma atitude assertiva e cooperante, o que nem sempre se verifica neste tipo de cenário. Em ambiente extra-hospitalar, o contacto com os familiares é frequentemente estabelecido antes ainda do contacto com a vítima, exprimindo estes desde logo os seus receios, ansiedades e interrogações.

O modo como os familiares lidam com o estado de saúde da pessoa pode ser complexo e difícil de gerir pelo profissional generalista. Enquanto Mestrando, procurei ter aqui mais uma vez um papel diferenciado, que me permitisse gerir de forma eficiente a presença de familiares junto do Utente, adotando em conjunto com os mesmos estratégias para ultrapassar eventuais dificuldades. Especificamente, ao constatar dificuldades na aceitação do estado de saúde da pessoa ou na adoção de estratégias para com ele lidar, o Enfermeiro Especialista deve, por um lado, transmitir as informações pertinentes e relevantes de que disponha e, por outro lado, referenciar situações potencialmente patológicas aos profissionais competentes, numa lógica de trabalho multidisciplinar. A diferença na sua atuação passa uma vez mais pela adoção de uma postura proativa, intervindo (ou mostrando-se disponível para intervir) mesmo sem ser solicitado.

Em serviços como o SU ou a UCI, se a pessoa se encontra clinicamente estabilizada, encontram-se previstos períodos de visita, naturalmente mais restritos do que noutros serviços hospitalares, dado o risco de instabilidade hemodinâmica da pessoa. Estas restrições também podem ser difíceis de gerir, sobretudo na já mencionada ausência de uma atitude assertiva e cooperante por parte dos visitantes, sendo fundamental a adoção de uma postura assertiva pelo Enfermeiro Especialista, explicando, se necessário, a importância do cumprimento das normas estabelecidas. Por outro lado, deve compreender a maior ou menor rigidez das mesmas em função do contexto, averiguando a possibilidade de serem ajustadas, por exemplo na gestão da visita de crianças ou numa diminuição das restrições em dias festivos, o que surte um impacto positivo nos

Utentes e seus familiares. Outra solução adotada no SU, já mencionada no subcapítulo descritivo do serviço, passa pela alocação diária de um Enfermeiro à comunicação com familiares, quer por via presencial, quer por via telefónica, função desempenhada preferencialmente por um Enfermeiro Especialista e que teve oportunidade de desempenhar sob supervisão, procurando desenvolver as minhas qualidades ao nível da gestão das informações a transmitir, quer no seu conteúdo, quer na sua forma.

Outra consequência das emoções decorrentes da necessidade de lidar com um familiar em situação crítica é a dificuldade em compreender a necessidade de efetuar a visita mediante a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que podem ter um impacto negativo na mesma, quer para o Utente, quer para os seus visitantes, condicionando a perceção mútua e adicionando barreiras à comunicação (Aengst et al., 2022), algo que constatei nos estágios de SU e de UCI. Procurei adotar uma postura que contribuísse para a manutenção de um ambiente sinérgico em torno da recuperação do Utente, demonstrando capacidade de informar, mantendo a assertividade e evitando o estabelecimento de juízos de valor, características descritas por Zhang et al. (2024) como reveladoras de inteligência emocional, fundamental no Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

Numa vertente mais individual, o Enfermeiro Especialista questiona-se permanentemente a si próprio e à sua atuação, não se permitindo executar as suas funções de determinada forma ou sob determinadas condições apenas por lhe terem sido apresentadas como tal. Esta inquietação investigativa implicou uma autocrítica construtiva e constante da minha parte, no sentido de melhorar o meu desempenho, mas também do ambiente no qual me encontrava inserido, procurando contribuir para a melhor prestação de cuidados possível. De acordo com Mackay e Jans (2022), o *debriefing* acerca de situações de urgência/emergência constitui uma técnica de eleição neste sentido, embora ainda pouco utilizada de forma sistemática e estruturada nos SU e UCI em Portugal (Teles et al., 2023). O Enfermeiro Especialista deve assim incentivá-lo, procurando consciencializar a equipa multidisciplinar para a respetiva margem de progressão no sentido da excelência dos cuidados prestados, o que caracteriza esta prática como um ganho inquestionável na construção da sua identidade profissional (Kainth & Reedy, 2024; Susanne et al., 2026). Devo referir que a reflexão acerca das práticas efetuadas ou das normas implementadas, nos diferentes contextos, foi promovida por qualquer um dos Enfermeiros Orientadores que me acompanharam, apesar de não ter seguido integralmente a estrutura do *debriefing* e de nem sempre ser estendida à restante equipa multidisciplinar.

O Enfermeiro Especialista é assim frequentemente visto como «perito» pelos seus pares, algo que constatei igualmente nos diferentes contextos de estágio, pelas características que esta designação encerra, nomeadamente a detenção de conhecimentos aprofundados, a capacidade de liderança, de antecipação e de resposta a situações complexas, a perspicácia, a rapidez na ação ou a competência na definição de prioridades (Queirós, 2015). Contudo, não descuro a igualmente identificada capacidade de agir reflexivamente, de planear, de sistematizar, de avaliar consistentemente e de decidir (Queirós, 2015). Tomando como referências as características anteriormente elencadas, a capacidade de tomada de decisão foi assim outra característica que procurei desenvolver, fazendo-o de forma fundamentada e reflexiva. A tomada de decisão acerca da pessoa em situação crítica evidencia uma vez mais as características peculiares deste contexto de prestação de cuidados uma vez que, conforme tive oportunidade de vivenciar, promove frequentemente a multidisciplinaridade. Apesar de esta ser mais evidente em ambiente extra-hospitalar, dada a singularidade das equipas e a limitação de recursos humanos e materiais nos locais de ocorrência, é extensível aos SU e UCI, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados ao Utente e da sua segurança (Xyrichis & Rose, 2024).

Ao prestar cuidados a pessoas em situação crítica, inevitavelmente está inerente o conceito de «morte» como possível desfecho. Esta possibilidade também evidencia a importância da tomada de decisão multidisciplinar,

nomeadamente em situações de determinação de «decisão de não reanimar», na qual tive oportunidade de participar enquanto Mestrando. Além das necessárias competências que o Enfermeiro Especialista nesta área detém, que lhe permitem lidar eficazmente com esse processo, é importante a antecipação de uma perspetiva «legal» nessas situações, nomeadamente averiguando a existência de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) (Lei nº 25/2012, 2012; Portaria n.º 104/2014, 2014) ou de Testamento Vital (Portaria n.º 96/2014, 2014). Apesar de não ter cuidado de pessoas neste tipo de situação, foi possível refletir sobre a mesma com base na evidência científica. Segundo Cogo et al. (2017), o acesso à DAV potencia a segurança na tomada de decisão, reduzindo a incerteza e os conflitos morais, permitindo ao Enfermeiro Especialista zelar pela autonomia do Utente e garantindo que o respetivo Plano de Cuidados respeita os valores e as preferências individuais, mesmo quando este já não consegue expressar-se. Por outro lado, a integração das DAV no Plano de Cuidados é um indicador de qualidade, promovendo uma intervenção mais humanizada, focada no alívio do sofrimento e na evicção da obstinação terapêutica (Cogo et al., 2017). Já no que diz respeito à família, o Enfermeiro Especialista atua como mediador, recorrendo à DAV para aliviar a sobrecarga decisória dos familiares (Cogo et al., 2017).

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

Para a abordagem desta competência, tomou-se como referência o documento do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros «Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica», nas suas diferentes áreas (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Especificamente, refleti nas competências desenvolvidas em estágio tendo por base três enunciados descritivos: prevenção de complicações, organização dos cuidados e segurança nos cuidados especializados. Estes foram os selecionados pois, após efetuada a referida reflexão, pareceram-me ter sido aqueles que melhor desenvolvi em estágio, não obstante a pertinência da consulta dos restantes enunciados, porventura de maior aplicabilidade a outras competências abordadas.

Iniciando pela prevenção de complicações, o Enfermeiro Especialista deve pautar as intervenções de Enfermagem especializadas e por si implementadas pelo rigor técnico e científico (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Nesse sentido, a prestação de cuidados baseada na evidência científica foi, da minha parte, constante e transversal a todos os estágios, tendo a pesquisa bibliográfica realizada sido fundamental. Esta ocorria, por vezes, na sequência de dúvidas surgidas durante a prestação de cuidados e noutras ocasiões antecipando a resposta a situações com as quais me pudesse vir a deparar, frequentemente incitado pelos Enfermeiros Orientadores. Nas reflexões efetuadas relativamente aos estágios, vertidas nos respetivos relatórios, também procurei reforçar as minhas convicções com recurso à literatura mais atual.

Já ao nível da organização dos cuidados de Enfermagem, é desígnio do Enfermeiro Especialista a promoção de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, constituiu um objetivo comum a todos os estágios a minha integração de ações de formação, de formatos variados, mas sempre referentes à área na qual me encontrava a estagiar pela ocasião, procurando fazer o melhor uso das horas previstas pela UC para o efeito.

Deste modo, no estágio de SU, integrei o «2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano» (Anexo I), cujas temáticas suscitaram o meu elevado interesse, particularmente as que abordaram os Cuidados de Enfermagem prestados em ambientes menos característicos, como as evacuações aeromédicas ou o socorro aeroportuário ou em praias, por me rever nesses contextos enquanto Enfermeiro Militar.

Seguindo a mesma linha de pensamento frequentei, no decurso do estágio em contexto pré-hospitalar, a «1ª Edição do Congresso de Emergência Extra-Hospitalar da Cruz Vermelha Portuguesa da Figueira da Foz» (Anexo II), tendo uma vez mais em mira algumas temáticas específicas e menos frequentemente divulgadas, como a preservação de provas forenses, a gestão de stress ou a ameaça nuclear, biológica, química e radiológica. Acresce referir que tive neste evento uma participação mais ativa, por via da apresentação de um poster, subordinado ao tema “Adequação social dos sistemas de triagem adotados em Portugal em situações de exceção” (Apêndice I). Dado que o poster havia sido elaborado no contexto de uma UC deste ciclo de estudos, a apresentação do mesmo permitiu-me refletir na importância que a elaboração deste tipo de trabalhos em contexto académico pode ter noutros contextos, nomeadamente ao nível do acréscimo de experiência por parte do (futuro) Enfermeiro Especialista ao nível da produção científica e do respetivo enriquecimento curricular.

Já no decorrer do estágio de Cuidado Intensivos, a ação de formação externa selecionada na área da pessoa em situação crítica foi a «Demonstração dos Protocolos de Triagem Clínica de Emergência – *Medical Priority Dispatch* da *International Academy of Emergency Dispatch*» (Anexo III). Esta teve como objetivo o conhecimento deste sistema de triagem clínica, cientificamente desenvolvido e sustentado e que se constitui como referência internacional para os centros de emergência médica, vocacionado para a assistência imediata do cidadão, enquanto os meios de socorro se deslocam para o local. Uma vez mais, o meu interesse por esta formação adveio do facto de ser abordada uma vasta gama de situações críticas, incluindo casos específicos como o afogamento, o esfaqueamento ou os ferimentos por arma de fogo, que se revestem de toda a pertinência para a minha realidade laboral, enquanto Enfermeiro Militar.

Este investimento formativo também se verificou no seio das próprias instituições nas quais desenvolvi os estágios. No INEM, tive oportunidade de assistir a formações ministradas por outros profissionais, sobre temas diversos da área da urgência/emergência no âmbito da formação contínua. Já na UCI, integrei um curso de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em pulmão real, direcionado a Médicos e Enfermeiros. Esta iniciativa constituiu uma excelente oportunidade aprendizagem, tendo sido possível observar e compreender melhor o impacto anatómico da VMI no pulmão. Foi igualmente possível contactar, em contexto teórico-prático (consistindo este no manuseamento dos equipamentos) e prático (sob a forma de casos clínicos) com uma multiplicidade de equipamentos direcionados sobretudo à VMI, mas também a outras técnicas, como a monitorização ou a administração de fármacos por bomba infusora. Por fim, tive ainda oportunidade de contactar com alguns materiais especificamente concebidos para a prestação de cuidados de saúde em ambiente militar o que, naturalmente, despertou em mim um elevado interesse.

O enunciado descritivo da organização dos cuidados de Enfermagem engloba também a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O Enfermeiro Especialista deve assim assumir-se dinamizador de PMQC na instituição na qual exerce funções. Foi o que procurei efetuar, através da consulta e aplicação de projetos existentes, em implementação ou novos, nos diferentes campos de estágio, dos quais são exemplo a identificação dos fármacos armazenados de acordo com o sistema «*Look-Alike, Sound-Alike*» (LASA) (Godinho et al., 2018) ou a ferramenta de comunicação estruturada «Identificação; Situação; Antecedentes; Avaliação; Recomendação» (ISBAR) (Reime et al., 2024). A reflexão acerca dos respetivos contributos, aliada à pesquisa de evidência científica nestas áreas, permitiu-me compreender melhor a pertinência de execução destes projetos, sempre tendo em vista a prestação de cuidados de saúde de excelência.

No estágio de UCI tive ainda oportunidade, após ter sido incentivado a isso por parte da Enfermeira Orientadora, de elencar algumas oportunidades de melhoria do serviço por mim identificadas e respetivas

intervenções nesse sentido, resultantes da minha visão «externa», enquanto Mestrando que não trabalha naquele local. Esta foi uma atividade pouco habitual, tendo-se revelado bastante frutífera, pois levou-me a refletir profundamente sobre as práticas desenvolvidas num serviço em que muitos procedimentos se encontram protocolados, existindo um grande enfoque na segurança dos cuidados prestados.

Precisamente a segurança nos cuidados especializados constitui o derradeiro enunciado descritivo que me proponho a abordar. Este preconiza a otimização de um ambiente seguro e de qualidade, propício aos cuidados especializados, minimizando a ocorrência de eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A identificação e mitigação dos riscos e problemas associados à prestação de cuidados foram transversais a todos os estágios, tendo por exemplo recorrido constantemente à verificação múltipla da identidade dos Utentes, desde o momento da admissão até à prestação direta de cuidados, passando pelo registo dos mesmos. Manifestei também uma atenção redobrada relativamente à adequada rotulagem de fármacos em perfusão (protocolada, no caso da UCI), bem como na confirmação das respetivas prescrições, quando verbais. Conforme já foi referido por ocasião da Competência Comum anterior, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica implica frequentemente situações de urgência/emergência, cuja gravidade não permite o atraso na administração da terapêutica farmacológica em detrimento de uma prescrição adequada. Tive oportunidade de experienciar situações dessa natureza nomeadamente em contexto de sala de emergência, no SU, indo essa experiência ao encontro do descrito por Santos et al. (2019), que indicam a sala de emergência, como um contexto específico que favorece a ocorrência de erros, uma vez que a prescrição médica é, geralmente, numa primeira instância, verbal.

Em contexto extra-hospitalar o ambiente é menos controlado e os riscos acrescidos, exigindo muitas vezes a reflexão acerca dos mesmo no deslocamento para o local da ocorrência. Um exemplo prático consiste na sistematização do recurso aos EPI à chegada ao local, mesmo antes de sair da viatura, como forma de não o descurar ao abordar a vítima. Por outro lado, nos contextos de SU e de UCI, estão disponíveis formas mais concretas de avaliar e mitigar o risco, nomeadamente as respetivas escalas (queda; úlcera de pressão...), cuja monitorização não deve ser descurada no Plano de Cuidados, integrando frequentemente os registos informáticos. Impõe-se aqui, no entanto, uma reflexão por parte do Enfermeiro Especialista, para que essa monitorização seja efetuada com sentido crítico, não se deixando influenciar pelos registos anteriores ou pelo facto de conhecer os Utentes em questão.

Uma outra reflexão efetuada por ocasião do estágio em UCI, decorrente da prestação direta de cuidados, prendeu-se precisamente com o sentido crítico do Enfermeiro Especialista, relativamente à alimentação entérica e à nutrição parentérica que, tratando-se de prescrições médicas, são geralmente cumpridas sem serem questionadas. O papel diferenciado do Enfermeiro Especialista manifesta-se aqui no sentido de avaliar continuamente a tolerância do Utente a esse tipo de nutrição, relacionando-a eventualmente com o estado geral do mesmo, podendo ser necessário alertar os clínicos para um ajuste na dose, horários ou tipo de nutrição (Huang et al., 2025).

Tal como foi mencionado na «Introdução» do documento, apesar de a teoria da «Enfermagem como Cuidado», de Boykin e Schoenhofer (2013) ter sido tomada como principal referência para este Relatório, não foi a única. A teoria da «Competência Tecnológica como Cuidado na Enfermagem» de Locsin (1995) revelou-se igualmente bastante aplicável às experiências vivenciadas em estágio, uma vez que o ambiente de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é frequentemente caracterizado por uma marcada componente tecnológica. Neste contexto da garantia da maior segurança possível para o Utente, a incorporação da teoria de Locsin pareceu-me pertinente para a reflexão relativa aos sistemas informáticos, que corroboram o trabalho desenvolvido pelo profissional de Enfermagem. Conforme já foi anteriormente

referido, os sistemas informáticos devem auxiliar o Enfermeiro sem que este permita, contudo, que os mesmos afetem o seu sentido crítico. O Enfermeiro Especialista compreende a linha ténue que separa as duas realidades, privilegiando o seu juízo individual, por sua vez centrado na individualidade da pessoa que cuida.

Como forma de colocar em prática esta atitude, procurei inteirar-me o mais rápida e completamente possível da parametrização dos indicadores de risco nos sistemas, tais como o sejam: alarmes de sinais vitais, alarmes de tentativas de levantar ou as já mencionadas escalas de risco de queda e de úlcera de pressão, por exemplo. Naturalmente que está implícita a adaptação que foi necessário realizar aos diferentes sistemas com os quais lidei nos estágios (*SClínico*, *GHAF*, *iTeams*, *PaTIENT.CARE®* e *Glintt®*), pois não estava familiarizado com nenhum deles, à exceção do sistema *Glintt®*. A estratégia para ultrapassar essa dificuldade passou por assumir uma postura proativa na realização dos registos de Enfermagem e pelo esclarecimento de todas as dúvidas, não descurando a inclusão do sentido crítico que o Mestrando, enquanto profissional que almeja tornar-se Enfermeiro Especialista, deve apresentar.

2.1.3. Gestão dos Cuidados

A Competência Comum da Gestão dos Cuidados será porventura das mais evidenciadas pelo Enfermeiro Especialista, porquanto o reconhecimento das habilidades inerentes ao título profissional leva frequentemente à atribuição de responsabilidades nessa área. Dada a orientação dos estágios efetuados ter sido integralmente assegurada por Enfermeiros Especialistas, em cumprimento com o preconizado pelo «Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica», da Ordem dos Enfermeiros (2018), foi transversal o reconhecimento das atividades por si desenvolvidas nesta área.

Nos estágios de SU e de UCI, esse reconhecimento foi ainda mais evidente devido às funções de coordenação desempenhadas pelos Enfermeiros Orientadores, apesar do reconhecimento das diferenças entre «gestão» e «coordenação». A gestão em Enfermagem é implementada a um nível estratégico, focando-se no governo da organização, planeamento de recursos humanos a longo prazo, gestão de orçamentos, definição de padrões de qualidade e segurança institucional (Decreto-lei n.º 71/2019, 2019). Já a coordenação desenvolve-se ao nível operacional, remetendo para a articulação imediata da equipa de cuidados num contexto específico, assegurando a sincronização das tarefas diárias, a continuidade dos cuidados entre turnos e a gestão direta de materiais e conflitos (Anderson & Sharon, 2021).

Conforme tive oportunidade de refletir, o desempenho deste tipo de funções num turno pode iniciar-se desde logo na reunião de transmissão de informação, vulgo «passagem de turno», atentando à transmissão da informação oral e escrita. Aqui o Enfermeiro Especialista tem a responsabilidade acrescida de incentivar uma transmissão personalizada para cada Utente, refletindo as atualizações ao respetivo Plano de Cuidados, evitando que esta se torne rotineira e que possa resultar em perda de informação, erros ou dúvidas. Pode ser igualmente necessária a recondução da transmissão verbal, no sentido de evitar dispersões, bem como a proposta de estratégias para a resolução de problemas relacionados com o funcionamento do serviço.

Para poder gerir adequadamente os cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, é importante estar estabelecido o método de trabalho preconizado por esta. Dada a diferenciação dos cuidados prestados em SU e em UCI, o método individual emerge, conforme é expectável em equipas de elevada qualificação (Parreira et al., 2021). Este método destaca-se por proporcionar uma maior proximidade e continuidade nos cuidados, detendo o Enfermeiro o conhecimento completo sobre o Utente o que, por sua vez, facilita a deteção precoce de complicações e aumenta a confiança do próprio no profissional (Cárdenas et al., 2022; Parreira et al., 2021).

Por outro lado, o Enfermeiro com funções de gestão é, por definição, um líder (Ordem dos Enfermeiros, 2019) pelo que, além da identificação do método de trabalho da equipa, é importante estar estabelecido o estilo de liderança implementado. Além disso, é fundamental que esse estilo seja reconhecido pela Equipa de Enfermagem que, por sua vez, a ele se deve adaptar eficazmente (Melo et al., 2017). Tanto no estágio de SU como no de UCI, identificaram-se as lideranças participativa e transformacional como predominantemente aplicáveis por parte dos Enfermeiros Gestores/Coordenadores, caracterizando-se a primeira pela envolvimento da equipa na tomada de decisão, promovendo a autonomia e a partilha de responsabilidade (Chargualaf & Nobles, 2024; Wu et al., 2024). Já a segunda afirma-se pelo incentivo à equipa para a superação de objetivos, promovendo o desenvolvimento individual e a inovação organizacional (Chargualaf & Nobles, 2024; Wu et al., 2024). No estágio em contexto extra-hospitalar, a exiguidade das equipas e a assimetria na diferenciação dos seus elementos direcionam naturalmente a liderança para o elemento mais diferenciado de cada meio. Além disso, atendendo a que o corolário do exercício das respetivas funções são as ocorrências para as quais são ativados, torna-se mais adequada a referência a «*team leader*» (Rosenman et al., 2019). Apesar desta realidade, tive oportunidade de constatar em estágio que, ocasionalmente, o elemento mais diferenciado poderá não ser o melhor preparado para comandar o cenário, sendo disso exemplo as ocorrências do foro traumatológico. Estas, além de serem menos frequentes, traduzem por vezes uma assimetria na respetiva experiência por parte dos profissionais, em favor dos de menor nível de diferenciação, podendo levar à definição de um novo *team leader*, privilegiando-se inquestionavelmente o melhor socorro possível à vítima.

A abordagem a esta competência implica necessariamente a reflexão sobre a gestão de recursos humanos e materiais. No que diz respeito aos recursos humanos, apesar de a execução do horário mensal, caber geralmente ao Enfermeiro Gestor, manifesta-se frequentemente a necessidade de gerir pontualmente Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde. Essa situação pode ocorrer quer pelos diversos motivos que possam levar a uma ausência do serviço, quer pela distribuição orgânica dos profissionais no próprio serviço que exige, frequentemente, ajustes. Um exemplo a este nível é o momento do acolhimento de Utentes no serviço, que mobiliza frequentemente vários profissionais da equipa multidisciplinar.

Já no que concerne à gestão de recursos materiais (fármacos, dispositivos e equipamentos médicos), cabe frequentemente ao Enfermeiro Especialista a requisição e supervisão do acondicionamento dos mesmos, bem como dos cuidados inerentes à respetiva manutenção. Para tal, é fundamental o conhecimento dos canais logísticos, incluindo circuitos, formulários e características destes recursos, aprendizagem que os Enfermeiros Orientadores me proporcionaram. No estágio de SU, essa aprendizagem foi reforçada por via da realização de um turno de 8 horas durante o qual acompanhei a Enfermeira Especialista «Sub-Chefe» de serviço, que exerce no mesmo exclusivamente funções de gestão.

Esta gestão é extensível não só aos recursos que se encontram armazenados, mas também (diria mesmo principalmente) aos dispositivos e equipamentos que se encontram em utilização, manifestando o Enfermeiro Especialista uma preocupação constante com a verificação da sua operacionalidade e não apenas nas ocasiões pré-definidas para tal. Não obstante, as verificações periódicas (de frequência estipulada) constituíram sem dúvida para mim excelentes ocasiões para melhor me inteirar dos recursos a utilizar em situações de urgência/emergência. Em qualquer um dos estágios, procurei efetuar sempre que possível e de forma cada vez mais autónoma a verificação de malas médicas, carros de emergência, equipamentos e sala de emergência (no caso do SU). Relativamente a esta última, cuja verificação era efetuada diariamente, assumi a postura proativa de a efetuar (ou nela colaborar), mesmo quando a Enfermeira Orientadora não se encontrava escalada para esse setor o que, para além das vantagens já descritas, contribuiu para a minha melhor integração na equipa.

Além da Equipa de Enfermagem e do próprio serviço, a gestão dos cuidados também pode ser encarada numa perspetiva mais pessoal, remetendo para a gestão que o Enfermeiro Especialista faz dos cuidados por si prestados. Estes, conforme já foi referido anteriormente, devem ser organizados de acordo com o Plano de Cuidados, o que pressupõe o seu conhecimento atualizado a cada turno, por oposição a uma prestação padronizada ou rotineira. Revela-se assim fundamental saber estabelecer prioridades, bem como articular as próprias intervenções com as dos demais elementos da equipa multidisciplinar. Sempre que possível, o Enfermeiro Especialista deve assim procurar ajustar os cuidados prestados ao trabalho executado por Médicos, Técnicos ou Terapeutas e às preferências do Utente, privilegiando o que for mais benéfico para este.

A referência à articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar acarreta a reflexão acerca da delegação de competências. Esta é uma matéria em que a experiência do Enfermeiro Especialista se revela fundamental, no sentido de decidir quais as tarefas que pode delegar noutros profissionais, sem com isso comprometer a segurança da prestação de cuidados devendo, pois, ser complementada com a adequada supervisão das mesmas. Nos diferentes serviços nos quais estagiei, esta realidade estava presente com características bem distintas entre si. Se, por um lado, no SU, era uma situação relativamente frequente para tarefas de menor nível de diferenciação, por outro lado, na UCI, era mais restrita, dada a elevada especificidade da generalidade das intervenções. Já em contexto pré-hospitalar, estando este assente em protocolos específicos para cada situação e em equipas compostas por Médico/Enfermeiro ou Enfermeiro/TEPH (nos meios VMER e ambulância SIV, respetivamente), encontram-se à partida bastante bem definidas quais as intervenções a desempenhar por cada elemento havendo, contudo, lugar a essa delegação, em função das exigências impostas pelo cenário. Uma particularidade do meio ambulância SIV prende-se com o facto de a delegação de competências se verificar também remotamente, necessitando o Enfermeiro de validação por parte do Médico do CODU para efetuar determinadas intervenções. Apesar de se tratarem de situações protocoladas, a objetividade e assertividade mais apuradas que o Enfermeiro Especialista coloca no seu discurso podem traduzir-se numa maior eficiência na interpretação da situação por parte do Médico Regulador e, conseqüentemente, na validação das atitudes a tomar. Além disso, o profissional especializado, aludindo igualmente às suas características de «perito» (Gaffney, 2021), identifica com maior facilidade e rapidez as situações que excedem as suas capacidades, exigindo apoio médico, nomeadamente de VMER ou, no caso da própria VMER, apoio médico de especialidade.

Algo que experienciei e que considerei uma intervenção muito pertinente por parte dos Enfermeiros Orientadores deste contexto foi a revisão, aquando da deslocação para o local da ocorrência, das intervenções a desempenhar por cada um à chegada, de acordo com o(s) protocolo(s) de aplicação previsível, minimizando assim a ocorrência de hesitações e contribuindo para uma melhor articulação da equipa. Além disso, quando a vítima se encontrava estável, frequentemente era realizada uma pequena pausa na abordagem para discussão acerca das próximas intervenções e organização da equipa nesse sentido, apresentando o Enfermeiro Especialista uma sensibilidade mais apurada para o reconhecimento das situações em que tal se revelasse pertinente. Este processo completava-se com a reflexão acerca da atuação da equipa, efetuada conjuntamente no regresso à base, identificando aspetos positivos e passíveis de ser melhorados numa futura ocorrência, procurando tornar a abordagem mais eficiente.

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A aprendizagem em torno desta derradeira Competência Comum revelou-se bastante abrangente ao longo dos estágios efetuados. Sendo seu desígnio o recurso à experiência prática para o desenvolvimento de competências profissionais, técnicas e não técnicas, um dos objetivos transversais residia na prestação de

cuidados adequada à tipologia do Utente. Podendo parecer algo evidente, este objetivo visa a evicção da já anteriormente referida prestação padronizada de cuidados, descurando a individualidade da pessoa. O Enfermeiro Especialista manifesta assim uma motivação diferenciada para o objetivo, aliada aos conhecimentos teóricos que lhe permitem operacionalizá-lo. Além disso, está ciente de que a presença de Enfermeiros especializados em tipos específicos de Utentes (nomeadamente críticos) pode mesmo reduzir a mortalidade e melhorar a eficiência do trabalho e a segurança clínica (Glarcher & Vaismoradi, 2024).

Esta conclusão vai ao encontro do previsto pela teoria de Benner (2001), «de iniciado a perito», que assenta no desenvolvimento de competências e de habilidades clínicas por parte dos Enfermeiros ao longo do tempo, aliando o conhecimento teórico à experiência prática. Benner (2001) estabelece assim cinco níveis, de «iniciado» a «perito», descritos na sua obra com o mesmo nome. Esta teoria foi objeto de reflexão entre mim e a Enfermeira Orientadora do estágio em UCI, tendo juntos concluído que iniciei o estágio como «principiante avançado», concluindo-o como «competente», conseguindo já organizar, priorizar e planear os cuidados de forma consciente e eficiente (Benner, 2001).

Ainda relativamente ao estágio de UCI, estabeleci como objetivo a identificação de uma Teoria de Enfermagem que se adequasse à tipologia de Utentes e de cuidados prestados, selecionando para o efeito a já diversas vezes referida teoria da «Competência Tecnológica como Cuidado na Enfermagem» de Locsin (1995). Sendo esta teoria focada na prestação de cuidados em ambiente tecnológico, o estágio em UCI convidou à reflexão nela baseada, acabando por se concluir a aplicabilidade da mesma igualmente aos contextos de SU e pré-hospitalar. Efetivamente, um ambiente tecnologicamente complexo pode induzir no Enfermeiro menos rotinado nesse contexto, dúvidas, hesitações e receio de errar. Segundo Locsin (1999, 2001), a compreensão e o domínio da tecnologia constituem o ponto de partida para a prestação de cuidados num ambiente altamente sofisticado, pois o recurso à tecnologia em Enfermagem permite o conhecimento das funções humanas na sua globalidade, interligando o cuidar e o domínio da técnica. Não obstante, o autor reconhece ser igualmente necessário o autoconhecimento por parte do Enfermeiro, além da pessoa à qual se encontra a prestar cuidados, para que estes não só primem pela qualidade, mas também vão efetivamente ao encontro das reais necessidades da pessoa cuidada (Locsin, 2001). Refletindo em retrospectiva acerca dos três estágios, concluo que o investimento efetuado nesta área resultou num progressivo domínio tecnológico, que me levou a ultrapassar as dúvidas, hesitações e receios anteriormente referidos, não permitindo que estes comprometessem oportunidades de aprendizagem.

Numa outra perspetiva, a prestação de cuidados adequada à tipologia do Utente pressupõe também a colmatação das lacunas que o Enfermeiro identifica na sua capacidade para dar a melhor resposta face às situações. Esta reflexão enaltece o autoconhecimento salientado por Locsin (2001), pois o Enfermeiro Especialista reconhece as suas capacidades e, sobretudo, as suas limitações. Assim, da mesma forma que as experiências vivenciadas nos estágios me permitiram adquirir novas aprendizagens, também as dificuldades sentidas me levaram à procura de mais conhecimentos. As estratégias desenvolvidas no sentido dessa aquisição de conhecimentos foram várias, passando quer pela pesquisa da evidência científica mais atual, quando estavam em causa dúvidas mais teóricas, quer pela prestação estratégica de cuidados que envolvesse áreas de maior carência.

Assim, em contexto de SU, identifiquei como tal os algoritmos das vias-verdes Acidente Vascular Cerebral (AVC) e coronária, os materiais e procedimentos associados à assistência na colocação e manutenção de cateter venoso central e a preparação, indicações, interações e efeitos adversos de diversos fármacos, recorrendo específica e regularmente, para este último aspeto, à publicação de Ferreira (2023).

Por sua vez, em ambiente extra-hospitalar, identifiquei, à partida, as técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma, apesar de as ocorrências do foro traumatológico com as quais me deparei não terem incluído a oportunidade de as realizar. Identifiquei também, no mesmo contexto, as disritmias peri-paragem, aqui sim, com múltiplas oportunidades para colocar em causa esses conhecimentos, além de outras matérias que me levaram a sentir a necessidade de estar melhor preparado num futuro episódio, nomeadamente a alergia/anafilaxia, a dispneia (designadamente a de origem respiratória em pediatria) e a analgesia.

Já na UCI, identifiquei a VMI e as técnicas de substituição renal, áreas nas quais me fui sentindo mais seguro e confiante por via do contacto direto com as mesmas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Destaco também a existência de recomendações direcionadas especificamente para o transporte pessoas em situação crítica, emanadas precisamente pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2023), tendo sentido a necessidade de efetuar a sua leitura. Esta atividade constitui, de resto, um excelente exemplo de que, por vezes, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais também deriva da antecipação da necessidade de uma melhor preparação para as oportunidades proporcionadas pelos estágios. Efetivamente, surgiu posteriormente a oportunidade de colocar em prática essa aprendizagem, aquando do transporte inter-hospitalar de uma pessoa em situação crítica para um Centro de Referência *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO).

Esta consolidação de conhecimentos influencia o bem-estar psicológico do Mestrando, algo igualmente importante para o alcance desta competência, sendo desígnio do Enfermeiro Especialista o desenvolvimento da sua inteligência emocional, por via da adaptação às exigências de situações como stress ou morte, frequentes em qualquer um dos campos de estágio (Quesada-Puga et al., 2024; Zhang et al., 2024). Nesses momentos, é fundamental ao Estudante de Mestrado saber gerir as respetivas emoções, não permitindo que as mesmas interfiram negativamente com os cuidados a prestar (Quesada-Puga et al., 2024; Zhang et al., 2024). Também Jadidi et al. (2024) referem, especificamente sobre o contexto pré-hospitalar, que este acarreta desafios relacionados com a gestão de stress a vários níveis: da vítima, dos seus familiares e dos próprios profissionais. Um tipo de situações que mais vincadamente percecionei como sendo indutoras de stress nos próprios profissionais foram as de maior exposição, por ocorrerem na via pública ou em domicílios/instituições com presença de familiares ou de outros profissionais sendo que, ao nível da interação com estes, a primazia por uma interação fundamentada, direta e assertiva permitiu evitar cenários de agressividade, muitas vezes decorrente desse stress. Almeida et al. (2024) destacam a importância das competências emocionais a este nível, permitindo enfrentar situações complexas, promovendo a regulação e a gestão das emoções e produzindo um estado de bem-estar emocional que, consequentemente, influencia a prática de Enfermagem.

Por outro lado, a habilidade comunicacional do Enfermeiro Especialista constitui-se também como caminho para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na medida em que complementa a vertente prática da prestação direta de cuidados, sendo de igual importância. A este nível, começo por elencar a comunicação inerente à «passagem de turno», já abordada anteriormente noutra competência, enquanto caminho para a continuidade dos cuidados. Do mesmo modo, as tecnologias de informação ganham aqui destaque, pois espelham formalmente os atos de Enfermagem praticados. Conforme também já houve oportunidade de referir anteriormente, *SClínico*, *GHAF*, *iTeams* e *PaTIENT.CARE®* constituíram uma novidade para mim, exigindo um maior investimento para a sua correta e plena utilização enquanto que, relativamente ao *Glintt®*, por já ser do meu conhecimento, essa utilização foi facilitada. Particularizando o contexto pré-hospitalar, a utilização do *iTeams* destaca-se pela articulação que os meios VMER e ambulância SIV estabelecem permanentemente com o CODU, o que atribui uma importância diferenciada aos respetivos registos na

determinação das orientações emanadas pelo centro. Estando em causa a orientação terapêutica da vítima, conclui-se que os registos elaborados pelos profissionais de saúde interferem direta e imediatamente na adequação dos cuidados prestados.

Assim, enquanto aspeto a abordar pela primeira vez neste documento e que se insere neste âmbito, destaco em primeiro lugar a transmissão de informação na receção/transferência de Utentes na/da UCI. A técnica ISBAR, à qual já fiz menção neste trabalho por estar na base de um PMCQ em desenvolvimento numa das instituições nas quais estagiei, constitui a forma preconizada para efetuar a referida transmissão, garantindo a sua adequação, correção e completude. Em segundo lugar, menciono a comunicação de notícias aos familiares, habilidade mais intensamente desenvolvida ao nível do estágio de SU e que se revela bastante completa, na medida em que não só promove a interação com estes como também com os Utentes (para a solicitação de autorização para a comunicação de informações e quais as mesmas a transmitir) e com os demais profissionais de saúde, nomeadamente Médicos (para a partilha das informações clínicas mais relevantes a comunicar).

Constitui uma Unidade de Competência desta Competência Comum a responsabilização do Enfermeiro por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. Sendo a formação uma área de elevado interesse pessoal, foi bastante gratificante o desenvolvimento de atividades nesse âmbito, afirmando mesmo que excederam as minhas expectativas, conforme detalharei de seguida.

No estágio de SU, identifiquei uma oportunidade de melhoria relacionada com o conhecimento acerca dos materiais utilizados para a abordagem ao trauma penetrante por arma de fogo. O hospital em questão constitui-se como referência de área em caso de ocorrência de acidente no decurso de atividades de tiro de manutenção. Por outro lado, os militares portugueses são dotados de formação (curso TCCC) e de materiais específicos para a manipulação da lesão referida, geralmente desconhecidos pelos profissionais de saúde dos SU hospitalares de instituições não militares, o que justifica a pertinência da iniciativa.

Paralelamente, propus-me desenvolver um trabalho junto da instituição militar, no sentido de tornar obrigatório o estabelecimento de um contacto com o hospital por parte do Enfermeiro que acompanha cada sessão de tiro. Apesar de a presença de um profissional de Enfermagem ser obrigatória para a realização das sessões de tiro no Exército, não se encontra estipulada nenhuma necessidade de contacto com a instituição hospitalar de referência de área. Apesar disso, esse tipo de contacto é efetuado por alguns colegas, verificando-se inclusivamente uma boa receptividade por parte da instituição hospitalar nesse sentido, sendo algo que está, contudo, sujeito à discricionariedade de cada profissional. O objetivo passava assim por, além de tornar esse contacto obrigatório, desenvolver um modelo fixo para a transmissão da informação pertinente, não descurando as limitações impostas pela sensibilidade de alguns dados de cariz operacional militar. Relativamente a este objetivo, enalteço a elevada receptividade por parte Exército Português ao ser-lhe apresentado, tendo sido considerado de tal forma pertinente que me foi proposta a sua extensão a nível nacional. Sendo algo mais abrangente e ambicioso do que a ideia inicial, é atualmente um projeto que tenho «em mãos» no meu contexto de trabalho, o que muito me motiva e regozija.

No que diz respeito à formação, comuniquei no início do estágio à Enfermeira Gestora, à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira responsável pela formação em serviço o objetivo delineado, tendo a receptividade demonstrada sido total. Porém, não foi possível concretizar a formação dentro do período de estágio, devido à intenção de incluir a mesma no Plano de Formação anual do serviço, como forma de garantir a presença da totalidade dos Enfermeiros da equipa na mesma, por não terem ocorrido dias destinados a essa finalidade. Como estratégia para ultrapassar esta contrariedade, aproveitei o facto de parte do estágio em contexto pré-hospitalar ter sido realizado na VMER alocada ao mesmo hospital e de uma parte significativa dos Enfermeiros

integrantes desse meio exercerem funções no SU no qual havia estagiado para ministrar a formação no decurso desse segundo estágio. Esta foi assim incluída na formação contínua do SU, tendo os profissionais da VMER sido convidados a assistir à mesma, que decorreu em dois dias consecutivos, de modo a abranger o maior número possível de profissionais e sendo de cariz teórico e teórico-prático. A aceitação e o interesse dos colegas foram assinaláveis, revelando estes uma elevada curiosidade por esta temática que, de um modo geral, não dominam e, particularmente, um grande interesse pela componente teórico-prática, que permitiu o contacto com materiais desconhecidos.

Porém, o objetivo de dinamização de uma ação de formação neste estágio no INEM não se esgotou no meio VMER, decorrendo também no meio ambulância SIV. Aqui, a sessão fez parte da formação em serviço do próprio meio, tendo havido lugar a uma edição apenas. Decorreu num quartel de Bombeiros, contando com a presença de Enfermeiros, TEPH's e ainda de Bombeiros como convidados, uma vez que se torna pertinente o treino conjunto entre ambas as entidades de socorro pré-hospitalar. A ação foi de cariz teórico, teórico-prático e prático e, à semelhança da formação ministrada no meio VMER, tratou-se de um momento bastante frutífero e com excelente *feedback* por parte dos participantes. O plano de sessão elaborado e executado neste âmbito constitui o Apêndice II deste documento.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Prosseguirei a reflexão com a abordagem às Competências Específicas, elencadas no Regulamento nº 429/2018 (2018), que as descreve como decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Encontram-se igualmente ligadas ao campo de intervenção definido para cada área de especialização e apresentam um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, neste caso da pessoa em situação crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

2.2.1. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A abordagem às Competências Específicas inicia-se desde logo com aquela que será porventura a mais nevrálgica de todas e no âmbito da qual foi desenvolvido um maior número de aprendizagens. Efetivamente, não menosprezando a importância das restantes Competências Comuns e Específicas, foi em torno da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica que senti de forma mais vincada que os estágios estavam a decorrer ao encontro das expectativas neles depositados. Esta concretização traduziu-se num aumento das minhas habilidades, mas também numa profícua promoção de reflexões, quer relativamente à prática realizada, quer relativamente à prática em perspetiva de realização, num ciclo reflexão-ação-reflexão que caracteriza quer o Mestrando em Enfermagem, quer o Enfermeiro Especialista (Xu et al., 2024).

Para que o Enfermeiro possa prestar adequadamente este tipo de cuidados, torna-se fundamental o reconhecimento, da forma mais precoce possível, de que se encontra perante uma pessoa em situação crítica. Após esse reconhecimento, o profissional especializado demonstra habilidade na gestão de protocolos terapêuticos complexos, no sentido de evitar a falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, 2018). Aqui, as experiências obtidas a partir dos três estágios, relativamente à identificação destas situações, acarretaram diferentes desafios.

Em SU, a prestação deste tipo de cuidados passa essencialmente pela sala de emergência, tendo por isso sido fulcral a minha integração na mesma, acompanhando o maior número possível de Utentes que lá se encontrassem, mesmo quando não estivesse alocado a esse setor. Contudo, a ténue barreira que caracteriza muitas das pessoas internadas em SU, entre a estabilidade e a instabilidade hemodinâmica, exige do Enfermeiro Especialista um cuidado redobrado, no sentido de identificar atempadamente pessoas internadas noutros setores que evoluam para uma situação crítica (Liu et al., 2024).

Já em ambiente extra-hospitalar, os meios tripulados acorrem apenas a vítimas de «Prioridade 1», sendo estas as mais graves e prioritárias, após classificação por parte do CODU. Apesar disso, nem todas as vítimas são consideradas críticas na avaliação das equipas de emergência. Torna-se, pois, imperativa a realização deste raciocínio, no decurso das ocorrências, bem como o seu registo na plataforma própria que o INEM disponibiliza para a descrição das mesmas por parte dos estagiários, na qual é questionado se se tratava ou não de uma vítima crítica e porquê.

Já em cuidados intensivos, esta avaliação pode parecer facilitada pelo facto de a maioria dos Utentes admitidos em UCI se encontrar em situação crítica. Contudo, quer nos casos em que tal não se verifica, quer nos casos em que a evolução clínica é favorável, os meios avançados de monitorização permitem identificar precocemente qualquer agravamento que se traduza na evolução (ou retorno) para uma situação crítica. Neste sentido, torna-se fundamental o desenvolvimento de habilidades no manuseamento das tecnologias, conforme descrito por Locsin (1995). Já de acordo com Lewandowska et al. (2025), a adequada programação dos alarmes da monitorização invasiva e não invasiva do Utente é assim fundamental neste contexto, sendo vertida na telemetria. Desenvolvi, pois, a minha habilidade para esta intervenção que, após o período inicial de integração no estágio, desempenhava autonomamente, sob supervisão. Destaco ainda como fator comum aos três estágios o facto de, apesar de a correção dos sinais de instabilidade hemodinâmica assentar predominantemente na aplicação de protocolos terapêuticos, ter procurado, sempre que oportuno, integrar a discussão das prescrições a aplicar, por parte da equipa multidisciplinar.

Já o próximo ponto a salientar aplica-se essencialmente ao SU e ao contexto pré-hospitalar e reside nas «vias verdes». Estas consistem num conjunto de procedimentos a adotar referentes à admissão da vítima em meio hospitalar, perante determinadas condições clínicas que exijam uma atuação particularmente rápida, sob pena de agravamento do prognóstico (designadamente AVC, enfarte agudo do miocárdio, trauma e sépsis, entre outras). A pertinência da reflexão acerca desta temática ultrapassa o facto de ter contactado com as «vias verdes» em ambos os estágios, estendendo-se à possibilidade de ter vivenciado diferentes momentos de abordagem às respetivas vítimas (pré e intra-hospitalar), o que permitiu compreender melhor a globalidade do processo e a importância da continuidade dos cuidados. No caso do SU, uma vez que a instituição de saúde na qual o respetivo estágio decorreu não dispunha da totalidade dos meios para a implementação deste processo, estas situações constituíam ainda oportunidades para observar e refletir acerca da articulação com instituições de saúde de nível de diferenciação superior. A estas era solicitado apoio acabando mesmo, frequentemente, por receber as transferências dos Utentes.

Partindo desta última ideia, algo que constituía um objetivo de aprendizagem à partida para os estágios de SU e de UCI era a transferência inter-hospitalar de uma pessoa em situação crítica, cujas necessidades em termos diagnósticos e de terapêutica excedessem as capacidades das instituições nas quais me encontrava a estagiar, objetivo esse que foi parcialmente atingido.

Relativamente ao estágio de SU, existiu a possibilidade de colaborar com o transporte de uma pessoa para um hospital de nível de diferenciação superior não podendo, porém, esta ser classificada como estando em situação crítica. Sendo muito comuns as transferências inter-hospitalares na instituição e tendo-se verificando

várias durante os turnos realizados existe, contudo, uma limitação: uma vez que a pessoa em situação crítica deve ser acompanhada por Médico e Enfermeiro e que a estes acresce ainda a tripulação da ambulância requisitada para o transporte, os lugares sentados na viatura ficam completos pelo que, por questões de segurança, não foi possível participar num transporte desta tipologia.

Já em UCI, foi possível integrar a transferência de um Utente para um Centro de Referência ECMO o que, enquanto oportunidade de aprendizagem, se revelou proveitoso quer pelo contacto com um serviço de elevada diferenciação, quer pela interiorização dos cuidados à pessoa submetida a esse tipo de intervenção, de elevada especificidade (D'Arrigo et al., 2023).

Igualmente de elevada especificidade foi a possibilidade de intervir junto de pessoas em situação crítica através da Câmara Hiperbárica, uma estrutura distintiva da instituição na qual decorreu o estágio em UCI e que visa a promoção da cicatrização através do aumento do aporte de oxigénio aos tecidos (Oley et al., 2025). O interesse neste serviço prendeu-se com a diversidade e especificidade de utentes recebidos, oriundos de várias proveniências, o que alargou o meu espectro de aprendizagem do ponto de vista da diferenciação dos cuidados prestados. Nas duas ocasiões em que integrei o serviço, participei nos cuidados a duas pessoas em situação crítica externas, assimilando as competências técnicas específicas exigidas nesta área. Tenho a salientar a este nível o empenho da Enfermeira Orientadora, bem como a colaboração por parte da Enfermeira Gestora da Câmara Hiperbárica, no sentido de garantir a minha chamada ao serviço sempre que se perspectivava a receção de uma pessoa em situação crítica.

À semelhança da Câmara Hiperbárica, tinha estabelecido como objetivos naquele que foi o último estágio realizado, o acompanhamento a pessoas em situação crítica no Bloco Operatório (na perspetiva da continuidade dos cuidados a um Utente que se previsse ser transferido para a UCI após a cirurgia) e na Hemodiálise, com o foco na diversificação de experiências em áreas clínicas nas quais é mais expectável a ocorrência de vítimas críticas. Apesar de estes desígnios não se terem realizado, o Mestrando deve revelar uma boa capacidade de adaptação por via da habilidade para reformular objetivos, neste caso tornando-os passíveis de atingir através de experiências equivalentes na UCI. No que toca ao contexto cirúrgico, prestei cuidados a pessoas no período pós-operatório imediato, assegurando a continuidade necessária. Quanto às técnicas de substituição renal, a elevada prevalência desta necessidade em Utentes internados da unidade permitiu-me adquirir competências práticas, nomeadamente na montagem de circuitos, monitorização de equipamentos e nos cuidados específicos à pessoa submetida a estas técnicas.

Outro objetivo específico do estágio em UCI passava pela reflexão acerca do papel do Enfermeiro da unidade, enquanto elemento da EEMI, uma vez mais na perspetiva das múltiplas e diversificadas funções que um Enfermeiro Especialista nesta área pode desenvolver. Apesar de não se ter verificado nenhuma situação de emergência interna durante os turnos que realizei no âmbito do estágio, parte dos objetivos foram alcançados na medida em que, no que concerne à preparação logística, procedi à identificação e verificação dos materiais e equipamentos de suporte à equipa em situações de emergência. Este processo incluiu o domínio dos recursos destinados ao transporte de pessoas em situação crítica e ao apoio a intervenções invasivas em contexto de cuidados intensivos, garantindo a prontidão necessária para a prestação de cuidados.

Apesar da importância da componente reflexiva, foi transversal a todos os estágios o estabelecimento como objetivo do investimento no correto manuseamento dos materiais e equipamentos destinados à pessoa em situação crítica. O aproveitamento das oportunidades e a tomada (segura) de iniciativa traduziu-se numa prestação cada vez mais autónoma, da minha parte, mas supervisionada. Para tal, revelou-se fundamental o contacto regular com materiais e equipamentos, quer por via da elaboração diária das *check-list*, quer através da colocação aos Enfermeiros Orientadores de dúvidas, quer ainda no decorrer das próprias ocorrências e

respetivos *debriefings*. No decurso da formação em serviço ministrada por ocasião do estágio em ambiente extra-hospitalar, já anteriormente mencionada, tive igualmente a oportunidade de participar nas formações promovidas por outros colegas, que também me proporcionaram aprendizagens neste sentido.

A otimização do conforto e a gestão analgésica da pessoa em situação crítica exigem a implementação de protocolos terapêuticos de elevada complexidade, nos quais o Enfermeiro integra metodologias farmacológicas e estratégias não farmacológicas diferenciadas. Esta é, também, uma vertente fundamental da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica apesar de ser, por vezes, menosprezada (Hamadeh et al., 2024). Em conformidade com o que já foi anteriormente referido, esta gestão assenta essencialmente em protocolos terapêuticos bem definidos. No entanto, enquanto profissional com uma visão mais abrangente e centrada na pessoa cuidada, o Enfermeiro Especialista foca-se primeiramente na identificação precoce de evidências fisiológicas e emocionais que traduzam esta necessidade e na seleção da escala de dor mais adequada, em função das características do Utente, não aceitando como única possibilidade as escalas pré-definidas pelo sistema informático. Posteriormente, o profissional especializado manifesta o seu sentido crítico avaliando a eficácia da sua intervenção em função dos sinais e sintomas evidenciados pelo Utente, não permitindo que esta se esgote na aplicação da escala e respetivo protocolo. Além disso, o recurso a técnicas não farmacológicas de alívio da dor deve ser sempre uma alternativa a considerar (por vezes em combinação com estratégias farmacológicas), por exemplo através da adequada gestão dos posicionamentos, da massagem terapêutica, da aplicação de gelo ou calor, da redução da luminosidade e do ruído do espaço envolvente.

O último aspeto que gostaria de abordar nesta competência é a promoção no Utente e família de uma lide eficaz com o processo de doença crítica ou morte, em consonância com o que tem vindo a ser referido em diversos pontos do documento, relativamente à importância do estabelecimento de um processo comunicacional adequado com Utente e família. O papel do Enfermeiro Especialista passa, a este nível, por mostrar-se disponível para colaborar, assistindo essa vivência e facilitando transições daí decorrentes em toda a dinâmica familiar (Verkaik et al., 2025). Efetivamente, estando em causa pessoas em situação crítica, o risco de morte é acrescido, comparativamente a outras áreas de atuação de Enfermagem e o falecimento de Utentes aos quais prestei cuidados durante o estágio foi uma realidade. Deste modo, embora a comunicação e a escuta ativa sejam igualmente pilares de outras competências já abordadas, nomeadamente Competências Comuns, a sua aplicação no contexto da vítima que morre encontra-se intrinsecamente ligada às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista nesta área, cuja possibilidade de ser esse o desfecho da pessoa à qual presta cuidados é mais elevada. Por outro lado, o Utente, quando consciente e orientado, apresenta naturalmente bastantes questões relativamente à sua condição e Plano de Cuidados, enquanto as famílias necessitam de tranquilidade e de informações (Russo et al., 2022).

O diálogo com o Utente e com os familiares, acerca das respetivas situações, foi assim uma preocupação constante, tendo-se procurado empregar estratégias facilitadoras como a gestão de dúvidas, medos e ansiedades, adaptando a comunicação à complexidade da situação, dignificando a morte. Ao Enfermeiro Especialista cabe um papel mediador no processo de luto, estimulando a família a encontrar um significado para a perda, focando a sua intervenção na presença terapêutica e na facilitação das transições inerentes à nova configuração da dinâmica familiar (Rodrigues, 2021). Já no que diz respeito aos processos de *coping*, Melo et al. (2021) afirmam que o Enfermeiro Especialista deve, de acordo com as suas competências, realizar uma avaliação avançada do *coping* por parte da família, selecionando as modalidades de intervenção mais ajustadas à natureza das respostas e à estabilidade da dinâmica familiar.

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

De entre todas as Competências Comuns e Específicas que tive oportunidade de desenvolver em estágio, a competência de dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, foi possivelmente a mais desafiadora. Com efeito, sendo (felizmente) raras as situações de exceção e catástrofe, a probabilidade de o Mestrando vir a ter oportunidade de intervir diretamente nesses contextos é diminuta. Já as situações de emergência surgiram pontualmente em contexto de SU e de UCI enquanto que, num estágio opcional de ambiente extra-hospitalar (meio VMER e ambulância SIV), não se torna pertinente destacar estas situações, por corresponderem à maioria das ativações. A dimensão «conceção», incluída na designação desta competência, assume assim um papel relevante, sendo em larga medida por essa via que o Mestrando consegue atingir os objetivos preconizados a este nível.

Ao refletir acerca das componentes de exceção e catástrofe, torna-se importante distinguir dois contextos: o contexto institucional e o contexto comunitário. Assim, do ponto de vista institucional, é fundamental conhecer o Plano de Emergência Interno (PEI) do local no qual se exerce funções. Já do ponto de vista comunitário, a importância recai sobretudo nos Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil (PMEPC). O PEI consiste num documento estratégico que organiza a resposta de uma instituição a acidentes graves ou catástrofes, de forma a garantir a segurança dos seus membros e a minimização dos danos (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC], 2016). Do mesmo devem constar as características e recursos da instituição, a análise de riscos, os procedimentos de emergência e a respetiva estrutura organizativa (equipas, contactos e plantas de emergência) e aspetos relativos ao treino e revisão do plano (ANEPC, 2016). Já o PMEPC é um documento formal e operacional que estabelece a estratégia de resposta a acidentes graves ou catástrofes no território de um município, tendo como objetivo a organização e agilização da intervenção dos vários agentes de proteção civil perante situações de risco (Resolução nº 30/2015, 2015). À semelhança dos PEI, numa escala superior, compreendem a identificação dos riscos, a inventariação de meios e recursos, a identificação das estruturas de comando e direção, a esquematização da ativação e mobilização e as medidas de proteção e apoio (Resolução nº 30/2015, 2015). A elaboração de um PMEPC visa assim a prevenção, por via da definição de cenários passíveis de ocorrer, para que os diferentes agentes não sejam surpreendidos; a coordenação, garantindo que as diferentes entidades não atuam de forma isolada, mas sim sob uma unidade de comando; e a minimização dos danos, reduzindo os efeitos negativos na saúde humana, no ambiente e no património, através de uma resposta rápida e uniformizada (Resolução nº 30/2015, 2015).

Deste modo, o conhecimento dos PEI das instituições nas quais desenvolvi os estágios, bem como dos PMEPC dos municípios nos quais estas se encontravam inseridas, foi desde logo uma prioridade, num total de três PEI e três PMEPC. Posteriormente, no sentido de compreender a colocação em prática dos conteúdos destes documentos em situações reais, analisei junto dos Enfermeiros Orientadores situações anteriormente ocorridas, enquadráveis na definição de exceção e/ou catástrofe. Uma situação de exceção pode ser definida como uma situação de constrangimento ao nível da prestação de cuidados de saúde, devido a eventos de origem ambiental, pandémico ou bélico (Kimin et al., 2022). Já uma possível definição de catástrofe é avançada por Santos et al. (2025), constando da rotura do equilíbrio, passando as necessidades das vítimas a superar os recursos disponíveis, exigindo a transição para cuidados baseados em competências específicas. No que diz respeito ao papel específico dos Enfermeiros, é destacada a capacidade de triagem em massa, de garantia dos princípios éticos perante a escassez de recursos e de comunicação eficaz, atuando de forma sistematizada (Santos et al., 2025). Sendo esta uma Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a reflexão baseada nestas definições permite desde logo concluir que, para que este profissional manifeste a proficiência necessária neste âmbito, necessita de cativar habilidades e conhecimentos constantes de outras Competências Comuns e Específicas.

No caso particular do hospital no qual decorreu o estágio de UCI, houve lugar a uma reflexão bastante enriquecedora, relativamente à adaptação efetuada pela instituição, por ocasião da resposta à pandemia de SARS-CoV-2. Dada a sua natureza militar, a instituição apresenta uma adaptabilidade ímpar a contextos de exceção e, através da partilha da Enfermeira Orientadora, que integrou o serviço nesse período, foi possível compreender as implicações dessa resposta na prestação de cuidados. De facto, o hospital duplicou a sua lotação e a UCI quadruplicou a capacidade instalada. Este crescimento exponencial exigiu a integração célere de novos profissionais, processo no qual o Enfermeiro Especialista assume uma responsabilidade acrescida, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados (Coelho & Adriano, 2021).

No sentido de compreender de forma ainda mais eficaz o modo como cada instituição responderia a uma situação futura de emergência ou catástrofe, procurou-se operacionalizar os conteúdos dos PEI. A este nível, o *table top* surge como ferramenta de eleição, melhorando a preparação para catástrofes ao aumentar a competência cognitiva, a comunicação interprofissional e a coordenação das equipas de saúde (Emaliyawati et al., 2025). Sendo uma estratégia de baixo custo, apresenta-se seguro e eficaz no teste de planos de emergência e na redução da ansiedade em cenários de crise (Emaliyawati et al., 2025). Assim, destaca-se o exercício baseado nesta técnica, realizado no estágio de SU, juntamente com a respetiva Enfermeira Orientadora, que se revelou bastante proveitoso no alcance do objetivo elencado. Através deste registo, foi possível documentar os passos da reorganização institucional e compreender, de forma clara, a gestão dos profissionais envolvidos e os fluxos de circulação implementados.

Um aspeto muito particular desta vertente de prestação de cuidados é a Enfermagem Forense, definida como a prestação de cuidados de saúde especializados a indivíduos que se encontram sob custódia judicial, onde o Enfermeiro deve equilibrar o papel terapêutico com o da segurança (Albino et al., 2023). Este ambiente pode assim ser igualmente definido como sendo de exceção, na medida em que consiste num espaço de interseção entre a saúde mental e a justiça (Albino et al., 2023). O estágio de SU seria assim, pelas suas características, aquele no qual estas habilidades teriam maior probabilidade de ser colocadas em prática. Não tendo, contudo, ocorrido situações que o permitissem, procurei reforçar os conhecimentos nesta área por via da participação em eventos científicos, nos quais a mesma fosse explorada. Essa oportunidade surgiu integrada na 1ª Edição do Congresso de Emergência Extra-Hospitalar da Cruz Vermelha Portuguesa da Figueira da Foz, à qual já havia anteriormente feito referência, e na qual foi abordado o tema, sob a seguinte designação: «Preservação de Provas Forenses no Extra-Hospitalar – Do local do crime ao Hospital».

Reportando-me agora ao estágio em contexto pré-hospitalar, visando a prevenção e a eficácia em situações de crise, garanti o domínio dos materiais e circuitos de triagem e gestão de vítimas, além da organização dos recursos humanos. Realizei também uma análise conjunta com os Enfermeiros Orientadores sobre a atuação em contexto de exceção, tendo esta sido uma vez mais baseada na revisão crítica de incidentes reais, permitindo transpor essa experiência para o desenvolvimento das minhas competências de planeamento e resposta.

Por fim, se, conforme já foi referido no início do subcapítulo, não se afigura particularmente enriquecedora uma reflexão em torno de situações de emergência relativamente ao estágio em ambiente extra-hospitalar, o mesmo não se pode afirmar relativamente aos estágios de SU e de UCI. Ocorreram, em ambos os contextos, situações de emergência que colocaram à prova as minhas capacidades individuais, bem como ao nível da integração da equipa. Alguns desses episódios foram de tal forma impactantes que estiveram na origem da

análise crítica de uma situação vivida e na análise crítico-reflexiva de um artigo científico, realizadas por ocasião dos Relatórios de Estágio de SU e de contexto pré-hospitalar e de UCI, respetivamente. Conforme também já foi anteriormente mencionado, a adequada mobilização das competências necessárias é resultante não só das habilidades desenvolvidas por via desta Competência Específica, como também de habilidades inerentes a outras Competências, Comuns e Específicas. Esta capacidade de mobilizar e interligar conhecimentos que o conduzam à prestação de Cuidados de Enfermagem de excelência é também ela característica do Enfermeiro Especialista (Chisholm et al., 2023).

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a PSC e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

Consideradas um dos maiores desafios à segurança do Utente, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) provocam complicações graves e morbilidade elevada, impactando diretamente a eficiência hospitalar através do aumento do tempo de internamento e dos custos operacionais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Devendo a prevenção e controlo das IACS constituir uma preocupação para qualquer profissional de Enfermagem, é pertinente a reflexão acerca do motivo pelo qual a maximização da intervenção na prevenção destas constitui uma Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Efetivamente, estes profissionais manifestam maior capacidade para a gestão da complexidade de pessoas em situação crítica e crónica, nas quais o risco de infeção é mais elevado (*World Health Organization* [WHO], 2016). Por outro lado, a diferenciação técnica dos procedimentos efetuados, ou nos quais colaboram, sobretudo procedimentos invasivos, amplifica o risco de infeção. No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a designação da competência contempla, além da complexidade da situação, a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. De facto, a situação crítica exige decisões rápidas e adequadas perante a falência orgânica, onde a quebra de assepsia pode ser fatal, sendo fundamental a aplicação de protocolos rigorosos de isolamento e controlo ambiental. Além disso, estes Enfermeiros encontram-se mais habilitados a identificar e lidar com alterações no estado de saúde da pessoa que contraiu uma IACS.

A competência regulamentar, conferida pelo Regulamento nº 429/2018 (2018) da Ordem dos Enfermeiros, aliada à sua formação específica, permitem ao Enfermeiro Especialista a implementação de protocolos de vigilância epidemiológica e de *bundles* para a redução dos riscos. Por «*bundles*» entendem-se eixos de intervenção, ou seja, conjuntos de práticas baseadas em evidência científica que, quando aplicadas em conjunto e de forma consistente, resultam num impacto significativamente superior na segurança do Utente, comparativamente à aplicação isolada dessas medidas (Arnold, 2026). Por outro lado, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) exige profissionais capazes de recolher, registar e analisar sistematicamente dados desta natureza, funções que se encontram alinhadas com o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente nos SU e UCI. O PPCIRA preconiza assim a existência de unidades locais em todas as instituições hospitalares do SNS, contando com um Enfermeiro com competência acrescida nesta área em dedicação exclusiva. Adicionalmente, cada serviço deve dispor de um Enfermeiro que se constitua como elo de ligação, desempenhando este um papel fulcral na disseminação de evidência científica e na mobilização das equipas para a conformidade com as melhores práticas. Conforme referem Koota et al. (2024), o reforço das competências através de programas educacionais fundamentados cientificamente é um pilar estratégico na redução das taxas de infeção e na prevenção de surtos. A eficácia destas intervenções depende, contudo, da integração coesa entre os

pressupostos teóricos e a prática assistencial, assegurando que o saber técnico se traduza em cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade (Koota et al., 2024).

Neste sentido, constituiu desde logo uma preocupação em cada estágio a identificação das equipas institucionais dedicadas ao controlo das IACS, bem como dos respetivos elos de ligação dos serviços. Além disso, foi fundamental a consulta de evidência científica atual e pertinente, nomeadamente o PPCIRA (2017) e respetivas atualizações (Despacho nº 10901/2022, 2022), bem como os protocolos direcionados a esta área, em vigor nos serviços nos quais decorreu o estágio, estabelecendo paralelismos entre ambos.

A este nível, destaca-se a existência de um manual próprio de controlo de infeção por parte do INEM (2023b), que norteou as minhas precauções nesse estágio relacionadas com a temática. A comparação entre os dois documentos permitiu refletir acerca dos princípios gerais do combate às IACS passíveis de serem transpostos para os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar e de que forma. Embora a rapidez e a volatilidade dos cuidados em contexto extra-hospitalar possam tendencialmente remeter o controlo de infeção para segundo plano, a sua manutenção é vital para evitar complicações infecciosas em ambientes críticos. Assim, a par da existência de diretrizes específicas publicadas pelo INEM, fundamentais para a sensibilização dos operacionais, o instituto dispõe de profissionais afetos ao PPCIRA. Estes elementos garantem a monitorização das normas, assegurando assim que a consciencialização teórica se converta em práticas quotidianas que visem a redução efetiva das taxas de infeção, conforme preconizado.

Destaca-se igualmente o elevado enfoque da literatura científica na prevenção da infeção em UCI. Conforme já foi anteriormente referido, a prevalência de IACS encontra-se associada a opções terapêuticas mais diferenciadas e invasivas, marcadamente presentes neste contexto (Arnold, 2026). Recai assim sobre os profissionais de saúde, com particular ênfase nos Enfermeiros, a responsabilidade de implementar e supervisionar as intervenções necessárias à mitigação deste risco (Dekker et al., 2024). Em Portugal, o Relatório do Programa Prioritário PPCIRA de 2021 (DGS, 2022) evidenciou, por exemplo, uma trajetória descendente na incidência de infeções associadas ao tubo endotraqueal em contexto de UCI entre 2015 e 2019. De acordo com o programa de vigilância epidemiológica, registou-se uma redução expressiva de 28,8% nas pneumonias e de 38,5% nas traqueobronquites associadas ao dispositivo durante o período em questão (DGS, 2022).

Existem, porém, fatores que dificultam esta progressão, sendo a eficácia das precauções frequentemente comprometida pela inexperiência das equipas, falta de treino e limitações logísticas de material (Belle et al., 2024). Neste sentido, torna-se imperativo que as instituições reforcem a cultura de segurança através de políticas claras e da capacitação técnica dos profissionais, garantindo a correta transposição do conhecimento para a prática clínica (Belle et al., 2024). A operacionalização de protocolos de prevenção e controlo de infeção levanta ainda desafios éticos e dilemas morais complexos aos profissionais de saúde. Segundo Mason et al. (2025), a gestão da alocação de recursos, o respeito pela autonomia do utente e a tensão entre os direitos individuais e os imperativos de saúde pública podem gerar sofrimento moral, resultante do hiato entre os deveres deontológicos e as limitações dos contextos organizacionais.

Ainda relativamente ao estágio de UCI, destaque-se a participação ativa nas discussões da equipa multidisciplinar relativas ao plano terapêutico, com especial enfoque na gestão da antibioterapia. Embora não tivesse sido delineado como objetivo inicial, devido à incerteza quanto ao grau de cooperação interprofissional na tomada de decisão, a integração nesta dinâmica revelou-se uma oportunidade formativa valiosa. Esta prática corrobora o descrito por Rout e Brysiewicz (2020), que identificam a gestão de antimicrobianos em UCI como um desafio estrutural, cuja superação exige uma abordagem multidisciplinar para racionalizar a prescrição e combater a resistência bacteriana.

Refletindo acerca destes conteúdos no contexto dos estágios, foi igualmente fundamental pautar a minha atuação pela adoção das melhores práticas direcionadas à prevenção da infeção o que, não raras vezes, exigiu a revisão de protocolos e técnicas, nomeadamente invasivas, garantindo a assepsia das mesmas conforme preconizado. Paralelamente, a utilização criteriosa de EPI constituía igualmente um desiderato, sendo que, muitas vezes, esta utilização é feita pelos profissionais de saúde de forma rotineira devendo, no caso do Enfermeiro Especialista, ser acompanhada de uma reflexão que permita a melhor adequação a cada situação específica. Uma vez mais saliento o estágio de UCI, no qual se verificaram, por mais do que um período, diferentes tipos de infeções/colonizações simultâneas em Utentes internados no serviço.

Conforme já foi mencionado anteriormente, relativamente ao contexto pré-hospitalar, a integração de estratégias de controlo de infeção em ambientes não controlados configura um desafio complexo. É imperativo identificar precocemente as ameaças à segurança, tanto para os Utentes como para os profissionais, antes da abordagem direta à vítima, assegurando o uso rigoroso de EPI. No decurso da prática, procurei sistematizar esta intervenção através da antecipação de riscos baseada na informação prévia à ocorrência e de uma avaliação minuciosa do cenário à chegada. Todavia, a vigilância destas precauções transcende os momentos de intervenção e transporte, exigindo que o Enfermeiro Especialista demonstre uma elevada capacidade de monitorização dinâmica dos riscos em função das diferentes fases da assistência.

Outro papel diferenciado do Enfermeiro Especialista assenta na monitorização da eficácia das medidas adotadas, através de indicadores de qualidade. Estes podem, de acordo com o «Modelo de Donabedian», visar os resultados (vigilância epidemiológica), medindo a incidência real de infeções (Yang et al., 2025). Podem também ser processuais, referentes à adesão às «boas práticas», avaliando se as medidas preventivas estão a ser corretamente executadas pelas equipas (Yang et al., 2025). Podem ainda ser estruturais, relacionadas com os recursos e capacidade, com o intuito de garantir que a instituição possui as condições necessárias para o controlo de infeção (Yang et al., 2025).

Foi ainda possível refletir numa certa assimetria verificada na adoção de EPI por parte dos Enfermeiros dos locais de estágio, concretamente ao nível do SU e especificamente no que concerne ao uso de máscaras de proteção. Tendo o estágio coincidido com um período de elevada incidência de infeções respiratórias, verificou-se que alguns Enfermeiros adotavam esta medida de forma sazonal, enquanto outros a mantinham como prática permanente. Pessoalmente, optei por uma gestão de risco seletiva, restringindo o uso de máscara a contextos de exposição direta: prestação de cuidados a utentes com sintomatologia respiratória suspeita ou confirmada e durante procedimentos geradores de aerossóis, como a aspiração de secreções.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM PARA PROFISSIONAIS NÃO CLÍNICOS

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM PARA PROFISSIONAIS NÃO CLÍNICOS

CROSS-CULTURAL VALIDATION OF THE STUDENT SATISFACTION AND SELF-CONFIDENCE IN LEARNING SCALE FOR NON-CLINICAL PROFESSIONALS

VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE LOS ESTUDIANTES Y AUTOCONFIANZA EN EL APRENDIZAJE PARA PROFESIONALES NO CLÍNICOS

Mário Rui Leal da Silva; Bráulio João Nunes de Sousa; Hugo Miguel Santos Duarte

RESUMO

Enquadramento – A simulação clínica tem sido progressivamente utilizada como estratégia no ensino em saúde, suscitando preocupações pedagógicas que levam à frequente avaliação de competências não técnicas dos participantes, particularmente satisfação e autoconfiança. A Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem é um instrumento utilizado para o efeito em SAF envolvendo estudantes e profissionais de saúde. O contexto militar reconhece a importância de alargar a formação em saúde a profissionais não clínicos, procurando melhorar continuamente os seus padrões formativos.

Objetivo – Adaptar e validar transculturalmente o instrumento Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para militares portugueses sem formação em áreas da saúde.

Metodologia – Estudo metodológico, com participação de 304 profissionais não clínicos, com aplicação da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem em 16 cursos TCCC-ASM.

Resultados – Os dados estatísticos revelaram elevada confiabilidade do instrumento e boa consistência interna das duas subescalas. Todos os itens contribuem positivamente e de forma individualmente consistente. Os valores da análise fatorial confirmatória atestam o ajuste da escala aos dados recolhidos, apresentando um elevado potencial de replicação noutras amostras.

Conclusão – A escala é válida e fiável, demonstrando um elevado potencial para a sua utilização no contexto em causa.

Palavras-chave: Confiança; Enfermagem Militar; Estudo de Validação; Satisfação.

ABSTRACT

Context – Clinical simulation has been progressively used as a strategy in health education, raising pedagogical concerns that lead to the frequent evaluation of participants' non-technical skills, particularly satisfaction and self-confidence. The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale is an instrument used for this purpose in High-Fidelity Simulation involving students and health professionals. The military context

recognizes the importance of extending health training to non-clinical professionals, seeking to continuously improve their training standards.

Objective – To adapt and cross-culturally validate the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale instrument for Portuguese military personnel without training in health-related areas.

Methodology – Methodological study, with the participation of 304 non-clinical professionals, applying the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale in 16 TCCC-ASM courses.

Results – Statistical data revealed high reliability of the instrument and good internal consistency of the two subscales. All items contribute positively and consistently in an individual manner. The values from the confirmatory factor analysis attest to the scale's fit to the collected data, showing high potential for replication in other samples.

Conclusion – The scale is valid and reliable, demonstrating high potential for its use in the context in question.

Keywords: Trust; Military Nursing; Validation Study; Satisfaction.

RESUMEN

Contexto – La simulación clínica se ha utilizado progresivamente como estrategia en la educación en salud, lo que ha generado inquietudes pedagógicas que llevan a la evaluación frecuente de las habilidades no técnicas de los participantes, en particular la satisfacción y la autoconfianza. La Escala de Satisfacción de los Estudiantes y Autoconfianza en el Aprendizaje es un instrumento utilizado para este fin en Simulación de Alta-Fidelidad que involucra a estudiantes y profesionales de la salud. En el ámbito militar se reconoce la importancia de extender la formación en salud a profesionales no clínicos, buscando mejorar continuamente sus estándares de capacitación.

Objetivo – Adaptar y validar transculturalmente el instrumento Escala de Satisfacción de Estudiantes y Autoconfianza en el Aprendizaje para personal militar portugués sin formación en ámbitos relacionados con la salud.

Metodología – Estudio metodológico, con la participación de 304 profesionales no clínicos, en el que se aplicó la Escala de Satisfacción Estudiantil y Autoconfianza en el Aprendizaje en 16 cursos de TCCC-ASM.

Resultados – Los datos estadísticos revelaron una alta fiabilidad del instrumento y una buena consistencia interna de las dos subescalas. Todos los ítems contribuyen de forma positiva y consistente individualmente. Los valores del análisis factorial confirmatorio avalan el ajuste de la escala a los datos recopilados, mostrando un alto potencial de replicación en otras muestras.

Conclusión – La escala es válida y fiable, lo que demuestra su gran potencial para su uso en el contexto en cuestión.

Palabras-clave: Confianza; Enfermería Militar; Estudio de Validación; Satisfacción.

INTRODUÇÃO

A evolução das estratégias pedagógicas utilizadas no ensino em saúde tem ditado uma crescente avaliação do desenvolvimento de competências não técnicas. Nesse sentido, a satisfação e a autoconfiança são duas das competências mais frequentemente avaliadas, sabendo-se que níveis elevados destes fatores potenciam a motivação para a aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de habilidades clínicas e a subsequente transposição desse conhecimento para o contexto real (Costa et al., 2020). Um dos instrumentos de avaliação preconizados para o efeito é a escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. Esta foi traduzida e validada para a língua portuguesa em 2015 (Almeida et al., 2015), denominando-se Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem.

Contudo, apesar de a maioria da formação ministrada em saúde ser, naturalmente, direcionada para estudantes ou profissionais dessa área, tem-se verificado a necessidade da sua extensão a profissionais de outros contextos (Stassen et al., 2025). Um dos exemplos a esse nível é a instituição militar, que identificou há várias décadas a necessidade de dotar, no maior número possível, os seus membros, com formação e treino em intervenções *lifesaving*, procurando com isso aumentar a taxa de sobrevivência de feridos em combate, em situações nas quais os profissionais de saúde não estariam disponíveis em tempo útil (*Committee on TCCC* [CoTCCC], 2023).

Assim, também a formação em saúde no contexto militar tem evoluído no sentido de avaliar não só as competências técnicas como também as não técnicas dos seus participantes (Bacik et al., 2024). A Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem constitui-se como um bom instrumento para o efeito apresentando, contudo, a limitação de se encontrar validada para estudantes e profissionais da área da saúde. Em contexto militar, uma vez que se pretende que a formação nas habilidades básicas abranja o maior número possível de elementos, mostrou-se assim pertinente a colocação da seguinte questão: *A Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem é aplicável a profissionais não clínicos?*

Decorrente da questão enunciada, surgiu como objetivo deste estudo: adaptar e validar transculturalmente o instrumento Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para militares portugueses sem formação em áreas da saúde.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ensino em saúde tem evoluído no sentido de um maior equilíbrio na importância atribuída às competências técnicas e não técnicas dos formandos (Gamborg et al., 2024). Efetivamente, cada vez mais as competências não técnicas, também designadas «*soft skills*», são vistas como fundamentais na atuação do estudante ou profissional da área da saúde que recebe formação, tendo em vista um desempenho globalmente bem-sucedido (Naamati-Schneider & Alt, 2025). De entre esse leque de competências, particularmente a satisfação e a autoconfiança têm sido objeto de frequente avaliação investigativa. Efetivamente, a evidência científica tem demonstrado uma relação positiva entre os mesmos e a motivação para a aprendizagem, bem como no que concerne à transposição de competências clínicas para o ambiente profissional (Costa et al., 2020).

Na pedagogia em saúde, os conceitos de «satisfação» e «autoconfiança» encontram-se intrinsecamente ligados à simulação clínica, prática pedagógica implementada como metodologia de ensino inovadora, que tem vindo igualmente a assumir uma preponderância crescente neste âmbito (Raghunathan et al., 2025; Stewart et al., 2024). Em simulação clínica, a satisfação define-se como o estado emocional de contentamento ou decepção que emerge da confrontação entre o desempenho percebido e as expectativas prévias do participante, podendo ser uma componente importante para a sua autoconfiança (Costa et al., 2020). A autoconfiança, por sua vez, está relacionada com a confiança no próprio pensamento e desempenho, influenciando a aplicação do conhecimento (Costa et al., 2020). Participantes satisfeitos e autoconfiantes

tornam-se mais motivados para aprender e tendem a dominar melhor os conteúdos e as habilidades clínicas que lhes são ensinadas tornando-se, conseqüentemente, mais capazes de executar o que aprenderam na prática (Costa et al., 2020). Na perspetiva do formador, a mensuração dos níveis de satisfação e de autoconfiança permite avaliar o alcance dos objetivos propostos, o desempenho e o comprometimento dos participantes, além de possibilitar a verificação da qualidade do método de ensino adotado (Franzon et al., 2020).

Apesar da simulação clínica se encontrar direcionada essencialmente para profissionais e estudantes da área da saúde, nos últimos anos tem vindo a mostrar-se pertinente o treino de cidadãos comuns para atuarem como *first responders* sobretudo devido à crescente incidência de eventos multivítimas em contextos urbanos (Abdul-Nabi & Hitti, 2025). «*First responders*» tratam-se assim de profissionais não clínicos instruídos no reconhecimento de lesões com risco de vida e na execução de técnicas *lifesaving* (Bobko et al., 2020; Levy et al., 2022; Stassen et al., 2025).

Em contexto militar, as Forças Armadas americanas desenvolveram, no final do século passado, o curso TCCC, procurando dotar todos os militares de competências na prestação de cuidados de saúde em ambiente operacional (CoTCCC, 2023). Esta decisão fundamentou-se no facto de a maioria das baixas fatais em combate ocorrer previamente à chegada a uma instalação de apoio sanitário, sendo que uma percentagem significativa seria evitável mediante intervenções de baixa complexidade (técnicas «*lifesaving*») (CoTCCC, 2023).

O sucesso decorrente da implementação do curso TCCC levou, posteriormente, a *North Atlantic Treaty Organization* (NATO) a preconizar a formação como obrigatória para todos os militares que integrem os seus TO (Knight et al., 2024). Ao nível das Forças Armadas Portuguesas, esta é ministrada de forma certificada desde 2019, certificação essa a cargo da *National Association of Emergency Medical Technicians* (NAEMT).

Atualmente, o curso TCCC compreende quatro níveis de complexidade, dependendo da diferenciação em saúde apresentada pelos participantes do curso. O nível *All Service Members* (ASM), destinado a militares sem formação prévia na área da saúde é, destacadamente, aquele que assume uma maior expressão, sendo frequentado anualmente por cerca de um milhar de participantes na unidade militar de ensino responsável pela sua lecionação, a Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM).

De entre os formadores de TCCC certificados pela NAEMT, os Enfermeiros destacam-se enquanto classe profissional fortemente representada e diferenciadora na capacitação dos participantes, diferenciação essa decorrente do dinamismo depositado na evolução contínua das práticas pedagógicas em saúde militar (Souza et al., 2026). Procurando ir assim ao encontro dessa evolução pedagógica, torna-se pertinente a avaliação das competências não técnicas «satisfação» e «autoconfiança» nos participantes do curso TCCC-ASM, dada a sua expressão no contexto militar, optando-se pelo recurso à Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem.

A escala, originalmente criada pela *National League for Nursing* e denominada *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, tem como objetivo a avaliação da satisfação e autoconfiança dos formandos, especificamente ao nível da simulação clínica (Almeida et al., 2015). É composta por 13 itens do tipo *likert* de 5 pontos, encontrando-se dividida em duas dimensões: 5 itens dedicados à avaliação da satisfação e 8 à avaliação da autoconfiança (Almeida et al., 2015). O seu estudo de validação teve por base 395 estudantes, apresentando uma confiabilidade decorrente do alfa de *Cronbach* de 0,94 para a subescala «satisfação» e 0,87 para a subescala «autoconfiança» (Almeida et al., 2015). Já o trabalho de tradução e validação para língua portuguesa contou com a participação de 103 profissionais de saúde, assentando a validade e confiabilidade da escala no padrão de correlação entre variáveis (verificado através da matriz de correlação, apresentando 25,4% de correlações superiores a 0,30), no teste de adequação amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (com um resultado de 0,83) e no teste de esfericidade de Bartlett (apresentando uma significância <0,001) (Almeida et al., 2015). Já ao nível da análise fatorial exploratória, realizada com recurso ao método Varimax, o item 9

apresentou um comportamento melhor ao nível da variável «satisfação» do que na variável «autoconfiança». Nesse seguimento, avaliando a consistência interna da variável «satisfação» a 6 itens e o da variável «autoconfiança» a 7 itens, os respetivos valores decorrentes do alfa de *Cronbach* foram de 0,86 e 0,77, respetivamente.

Procurando corresponder ao objetivo do estudo, impõe-se a validação transcultural da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico de validação transcultural do instrumento Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem (Anexo IV), em conformidade com as diretrizes COSMIN, com recolha de dados realizada entre os meses de julho de 2025 e janeiro de 2026.

Desenho

A intervenção prevista contempla a possibilidade de aplicação futura da escala para profissionais não clínicos que recebam formação na área da saúde.

Amostra, Participantes e População

A população em estudo consistiu em militares sem formação prévia na área da saúde, integrados no curso TCCC-ASM. A amostra, de natureza não probabilística e por conveniência, foi constituída pelos formandos que consentiram participar na investigação. Considerando uma população acessível estimada em 1000 indivíduos, o tamanho amostral foi calculado, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, resultando num requisito de 278 participantes. O estudo contou com a participação de 304 indivíduos. Definiram-se como critérios de inclusão: ser militar das Forças Armadas Portuguesas, frequentar o curso TCCC-ASM no período estipulado e encontrar-se em fase de aprontamento para integração em Forças Nacionais Destacadas. Como critério de exclusão, estabeleceu-se: ser profissional de saúde, nomeadamente Médico/a, Enfermeiro/a ou Socorrista.

Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento de avaliação, sofreu um processo de tradução, adaptação e validação transcultural, onde primeiramente se realizaram os pedidos de autorização aos autores dos instrumentos de medida para a sua utilização (Apêndice III) e validação transcultural (Apêndice IV), seguindo-se a tradução e adaptação do mesmo para português de Portugal. Seguiu-se a seleção de duas pessoas bilingues para traduzir o instrumento para português de Portugal; outras duas pessoas para retraduzir a versão do português de Portugal para a versão original; e por fim, existiu uma comparação entre a versão original do questionário, com a versão retraduzida no segundo passo, por parte de uma comissão de revisão. Realizada a submissão do questionário à comissão de revisão, composta por peritos na área e bilingues, investigou-se a necessidade de reformular itens (Hill & Hill, 2012; Streiner et al., 2015; WHO, 2020). Ainda antes do instrumento ser submetido à população-alvo da investigação, este foi aplicado a uma amostra semelhante à população acessível, nomeadamente aos participantes (20) de uma edição distinta do curso TCCC, com o objetivo de avaliar a existência de dúvidas

linguísticas, de construção frásica ou de terminologia (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026), constando a versão final da sua adaptação do Apêndice V deste documento.

A escala é assim constituída por 13 itens, sendo do tipo *likert*. O nível de concordância/discordância dos participantes em relação às afirmações é avaliado através de cinco pontos, variando entre os valores de 1 («discordo totalmente») e 5 («concordo totalmente»). Apesar do instrumento não evidenciar nenhuma diferenciação entre itens, avalia duas dimensões distintas, sendo os primeiros 5 itens são direcionados à avaliação da satisfação enquanto os 8 posteriores focam a avaliação da autoconfiança (Almeida et al., 2015).

Procedimentos para Garantia de Confidencialidade

No início de cada curso, sem conhecimento prévio da identidade dos formandos nomeados, após a apresentação do estudo e dos seus objetivos, solicitou-se autorização para a participação no mesmo, através de consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo-se a ausência de penalizações para quem declinasse participar. O procedimento foi replicado de forma cega nos 16 cursos que integraram a amostra. As declarações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia foram respeitadas, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato dos dados.

Considerações Ético-Legais

A investigação pautou-se pelo estrito cumprimento dos princípios éticos: autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, tratamento justo e proteção contra desconforto ou prejuízo. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a fins científicos, estando prevista a destruição dos questionários após a conclusão do estudo. O processo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética (Parecer n.º CE/IPLEIRIA/46/2025 – ANEXO V) e as devidas autorizações da instituição de acolhimento, dos autores da escala e dos militares participantes, através de consentimento informado.

Técnicas de Análise de Dados

Para efeitos da análise dos dados recolhidos, recorreu-se aos *softwares* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 31.0.0.0 (117) e JASP, versão 0.95.4 – *computer software*. Foram utilizadas medidas de estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e académica dos participantes, sendo a confiabilidade do instrumento testada com recurso ao alfa de *Cronbach*. Já a sua adequação foi verificada através da análise fatorial exploratória, que incluiu o teste KMO e o teste de esfericidade de Bartlett, visando a confirmação da identificação dos dois fatores em estudo. Por fim, recorreu-se à análise fatorial confirmatória para determinação do nível de correspondência entre os dados e o instrumento utilizado, analisando-se particularmente, enquanto medidas adicionais de ajuste, o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Parsimony Normed Fit Index* (PNFI) e o *Goodness of Fit Index* (GFI).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 304 militares, com uma predominância masculina de 91,8% (n=279) e uma média de idades de 28 anos (28,49 ± 8,87), com uma amplitude entre os 18 e os 55 anos. No que respeita à distribuição por ramos das Forças Armadas, a maioria pertencia ao Exército (93,1%; n=283), seguida da Marinha (5,9%; n=18) e da Força Aérea (1,0%; n=3). Quanto à categoria hierárquica, as Praças representaram

58,2% (n=177) do total, os Sargentos 27,6% (n=84) e os Oficiais 14,1% (n=43). No domínio das habilitações académicas, verificou-se que 72,7% (n=221) dos participantes detinham o 12.º ano de escolaridade (Tabela 1).

Habilitações Académicas	n	%
9º Ano	33	10,9
12º Ano	221	72,7
Bacharelato	3	1,0
Licenciatura	14	4,6
Mestrado	33	10,9
Total	304	100,0

Tabela 1 - Habilitações Académicas dos participantes

Relativamente ao contexto operacional, 82,6% (n=251) dos militares integravam Forças Nacionais Destacadas, enquanto 17,4% (n=53) eram Elementos Nacionais Destacados. No que concerne à experiência prévia na formação, a maioria frequentava o curso pela primeira vez (72,7%; n=221), sendo os restantes casos relativos a processos de revalidação.

Recorreu-se ao alfa de *Cronbach* para calcular a confiabilidade, sendo o valor geral deste de 0,884. Quanto aos índices de confiabilidade das duas subescalas, estes foram de 0,826 para dimensão 1 (D1) – Satisfação (5 itens) e de 0,834 para dimensão 2 (D2) – Autoconfiança (8 itens). Os valores da correlação de item total corrigida variam entre 0,402 (item 13) e 0,654 (item 7), conforme apresentado na Tabela 2. A análise do alfa de *Cronbach* em caso de exclusão de qualquer item variou entre os 0,871 e os 0,890, garantindo, portanto, a consistência da escala e a consideração dos 13 itens. Já a medida KMO, referente à adequação da amostragem foi de 0,914 e o teste de esfericidade de Bartlett revelou um qui-quadrado aproximado de 1647,683, um valor referente aos graus de liberdade de 78 e uma significância inferior a 0,001. Quanto às comunalidades extraídas, o respetivo valor varia entre 0,422 (item 13) e 0,669 (item 12).

Em termos de análise fatorial exploratória, foram identificados dois fatores (dimensões) no instrumento. De acordo com a matriz de componente rotativa, apenas o item 9 apresenta uma propensão para contrariar o seu posicionamento na respetiva subescala, tendo sido alocado à D2 – Autoconfiança, por opção dos autores, tal como no instrumento original, dada a sua interpretação de conteúdo.

Medidas	Satisfação	Autoconfiança	Total	
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,826	0,834	0,884	
Itens	Correlação de item total corrigida		Matriz de Componente Rotativa	
			Componente 1	Componente 2
Item 1	0,558		0,673	
Item 2	0,623		0,712	0,238
Item 3	0,645		0,773	0,206
Item 4	0,522		0,756	
Item 5	0,630		0,764	
Item 6		0,579	0,491	0,428
Item 7		0,654	0,545	0,471
Item 8		0,622	0,565	0,469
Item 9		0,652	0,717	0,281
Item 10		0,532	0,244	0,666
Item 11		0,570		0,786
Item 12		0,599	0,216	0,789
Item 13		0,402		0,644

Tabela 2 – Correlação de item total corrigida, alfa de *Cronbach* e Matriz de Componente Rotativa da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem

No que concerne à análise fatorial confirmatória, esta demonstrou um bom ajustamento, tendo sido efetuada com base numa estrutura de duas variáveis latentes. Os índices de ajuste incluem os respetivos limites recomendados (Goretzko et al., 2024), encontrando-se apresentados na Tabela 3 e o gráfico do Modelo na Figura 1.

Índice	Valor	Limites Recomendados
Índice de Ajuste Comparativo (CFI)	0,998	> 0,800
Índice de Tucker-Lewis (LTI)	0,998	-
Índice de ajuste não normalizado de Bentler-Bonett (NNFI)	0,998	-
Índice de ajuste normalizado de Bentler-Bonett (NFI)	0,972	-
Índice de ajuste normalizado de parcimônia (PNFI)	0,798	> 0,500
Índice de ajuste relativo de Bollen (RFI)	0,966	-
<i>Bollen's Incremental Fit Index</i> (IFI)	0,998	-
Índice relativo de não-centralidade (RNI)	0,998	-
Goodness of Fit Index (GFI)	0,982	> 0,800
Índice de ajuste de McDonald (MFI)	0,993	-
Expected Cross Validation Index (ECVI)	0,404	-

Tabela 3 – Índices de Ajuste

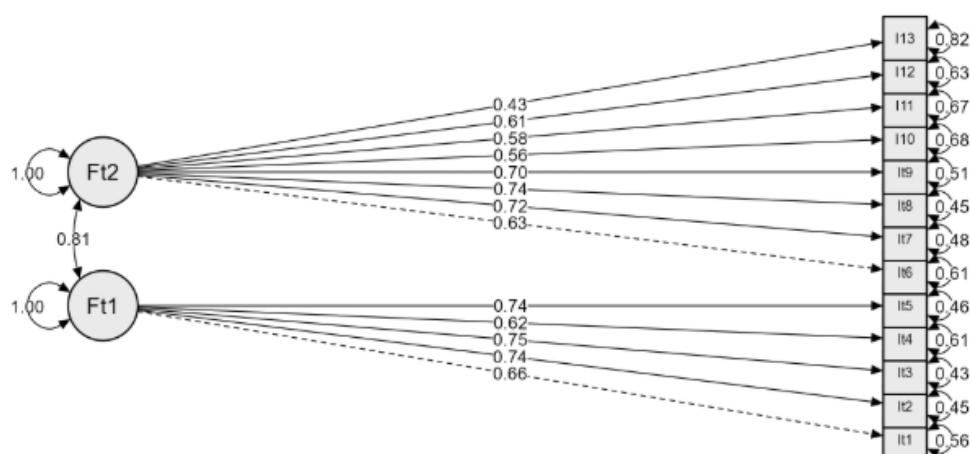


Figura 1 - Gráfico do Modelo

DISCUSSÃO

A adaptação do instrumento para validação transcultural foi realizada com recurso a pequenos ajustes da terminologia e conteúdo de alguns itens, tendo sido facilitadas pela existência do estudo prévio de validação para língua portuguesa (Almeida et al., 2015). Foi eliminado o termo «currículo médico-cirúrgico», por se tratar de uma validação destinada a profissionais não clínicos. Já os termos «ambiente clínico», «aluno» e «aula» foram substituídos respetivamente pelos termos «ambiente real», «formando» e «instrução», por se pretender uma aplicabilidade distinta do contexto académico. Relativamente ao termo «professor», ponderou-se o emprego do termo «instrutor», mais direcionado para a vertente militar, tendo-se optado pelo termo «formador» por se considerar mais aplicável a outros estudos que venham a ser conduzidos com profissionais não clínicos, que não necessariamente militares.

Do ponto de vista da análise estatística, realça-se a elevada confiabilidade da escala, sustentada num alfa de Cronbach de 0,884, demonstrativo de que os itens estão fortemente correlacionados e medem o mesmo

constructo de forma consistente (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). Já as duas subescalas, com valores de 0,826 (D1) e 0,834 (D2), apresentam uma boa consistência interna, sendo cada uma delas confiável para medir o conceito específico proposto (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). Atendendo à influência do alfa de *Cronbach* pelo número de itens, o valor de D1 é, efetivamente, um bom resultado para uma escala curta, indicando que os respetivos itens estão bem correlacionados e focados no mesmo tema (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). O valor de D2 traduz igualmente uma confiabilidade elevada, apesar de abranger mais itens, garantindo que a medição do constructo é estável e precisa para fins de pesquisa (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). Por outro lado, a variação dos valores da correlação de item total corrigida entre 0,402 e 0,654 verificada entre os 13 itens sugere o contributo positivo de todos, e de forma individualmente consistente, para a escala (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). Já a variação da análise do alfa de *Cronbach* em caso de exclusão de qualquer item, verificada entre 0,871 e 0,890, reforçou a estabilidade da escala e a consideração dos 13 itens como necessários e confiáveis (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). Por fim, a medida KMO de 0,914 indica que as correlações entre variáveis são suficientemente consistentes para a realização de uma análise fatorial, conclusão corroborada pelos valores do qui-quadrado, graus de liberdade e significância obtidos através do teste de esfericidade de Bartlett, confirmando a estrutura lógica dos itens e a adequação da amostra (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026).

Resultados semelhantes do ponto de vista da consistência haviam sido obtidos em estudos de validação anteriores como o de Zapko et al. (2018), no seu estudo descritivo, que revelou igualmente alfas de *Cronbach* elevados, geralmente variando entre 0,80 e 0,92, provando que os itens da escala medem de forma fiável as variáveis que se propõem, independentemente do cenário de simulação aplicado.

Avançando para a análise fatorial exploratória, há a salientar que o item 9 apresenta propensão para contrariar o posicionamento na respetiva subescala. Este achado vai ao encontro dos resultados obtidos pelos autores do estudo de validação da escala para língua portuguesa, que identificaram igualmente um melhor comportamento do item na variável «satisfação» do que na variável «autoconfiança», sugerindo uma revisão desse comportamento em estudos posteriores (Almeida et al., 2015). Analisando a redação do item, é efetivamente plausível um encaixe mais adequado na avaliação da satisfação, tendo em consideração a interpretação do seu conteúdo.

Os valores elevados de todos os parâmetros da análise fatorial confirmatória certificam o adequado ajuste do instrumento aos dados obtidos, nomeadamente o CFI com um valor de 0,998 e o GFI com um valor de 0,982, confirmando que o instrumento não apenas se ajusta bem aos dados recolhidos, mas é também simples e apresenta um elevado potencial de replicação noutras amostras (Goretzko et al., 2024). Inclusivamente o PNFI, que desnivela inferiormente através de um valor de 0,798, é considerado aceitável, comprovando que a escala não é apenas precisa, mas também eficiente, apresentando um bom ajuste sem precisar de um número excessivo de parâmetros ou relações complexas (DeVellis & Thorpe, 2022; Goretzko et al., 2024; Lim et al., 2026).

Alargando a comparação entre os resultados obtidos e estudos de validação anteriores, há a salientar as conclusões obtidas por Lubbers e Rossman (2016), que realizaram um estudo quasi-experimental, concluindo a existência de uma correlação positiva forte entre a satisfação e a autoconfiança. De acordo com os autores, quanto maior a satisfação do estudante com a metodologia de ensino, maior a sua perceção da capacidade para executar habilidades clínicas (Lubbers & Rossman, 2016).

Destaca-se ainda o trabalho de Franklin et al. (2014), que desenvolveram um estudo de validação psicométrica, avaliando a robustez e validade científica do instrumento, concluindo a sua sensibilidade ao nível

de fidelidade da simulação, ou seja, estudantes expostos a SAF tendem a pontuar mais alto em ambos os domínios do que os que praticaram com simuladores de fidelidade mais baixa (Franklin et al., 2014).

CONCLUSÃO

Assume-se bem-sucedida a adaptação e validação transcultural da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para militares portugueses sem formação em áreas da saúde concluindo-se, em resposta à questão investigativa formulada, que a mesma é aplicável a profissionais não clínicos. A amostra de 304 participantes verificou-se robusta e adequada ao emprego do instrumento.

Uma limitação do estudo reside no elevado número de questionários com respostas uniformemente elevadas em todos os itens. Este padrão sugere um possível viés, resultante da falta de familiaridade dos formandos com estes instrumentos e de uma tendência em demonstrar agrado pela formação, em detrimento de uma leitura crítica e detalhada de cada item.

Outra limitação prende-se com o recurso a uma amostra não probabilística por conveniência, composta exclusivamente por militares da Forças Armadas, não podendo os resultados obtidos ser generalizados a todos os profissionais não clínicos.

Por outro lado, não foi realizada a avaliação da reprodutibilidade «teste-reteste», o que limita o conhecimento sobre a estabilidade temporal da escala.

Reforça-se a necessidade de mais estudos nesta área, destinados particularmente à simulação em saúde para profissionais não clínicos e ao papel dos Enfermeiros nos primeiros socorros em contexto operacional e respetiva formação de todos os militares.

Estes resultados visam fomentar a aplicação da escala em novos grupos de profissionais não clínicos. No plano institucional militar, pretende-se impulsionar a otimização dos modelos de ensino, alinhando-os com as práticas pedagógicas mais atuais e baseada na evidência.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses em relação ao presente artigo.

AGRADECIMENTOS

À UEFISM e ao Exército Português, pela autorização para a realização do trabalho de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdul-Nabi, S. S., & Hitti, E. (2025). A review of mass casualty incident triage tools for hospital-based triage. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 25(4), 251–255. https://doi.org/10.4103/tjem.tjem_77_25
- Almeida, R. G., Mazzo, A., Martins, J. C., Baptista, R. C., Girão, F. B. & Mendes, I. A. (2015). Validação para a língua portuguesa da escala student satisfaction and self-confidence in learning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6) 1007-1013. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>
- Bacik, A., Lopreiato, J. O., & Burke, H. B. (2024). Survey of Current Simulation Based Training in the US Military Health System. *Military Medicine*, 189, 423-430. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae147>

- Bobko, J. P., Badin, D. J., Danishgar, L., Bayhan, K., Thompson, K. J., Harris, W. J., Baldrige, R. T. & Fortuna, G. R. (2020). How to stop the bleed: first care provider model for developing public trauma response beyond basic hemorrhage control. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), 364-374. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44887>
- Committee on Tactical Combat Casualty Care (2023). *Tactical combat casualty care – combat paramedic/provider. Speaker notes*.
- Costa, R. R., Medeiros, S. M., Coutinho, V. R., Mazzo, A., & Araújo, M. S. (2020). Satisfaction and self-confidence in the learning of nursing students: Randomized clinical trial. *Escola Anna Nery*, 24(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0094>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2022). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). SAGE Publications.
- Franklin, A. E., Burns, P., & Lee, C. S. (2014). Psychometric testing on the NLN Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire using a sample of pre-licensure novice nurses. *Nurse Education Today*, 34(10), 1298-1304. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.011>
- Franzon J. C., Meska, M. H., Cotta, C. K., Machado G. C., & Mazzo A. (2020) Implications of the clinical practice in simulated activities: student satisfaction and self-confidence. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200003>
- Gamborg, M. L., Salling, L. B., Rölfig, J. D., & Jensen, R. D. (2024). Training technical or non-technical skills: an arbitrary distinction? A scoping review. *BMC Medical Education*, 24(1451). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06419-6>
- Goretzko, D., Siemund, K., & Sterner, P. (2024). Evaluating Model Fit of Measurement Models in Confirmatory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 84(1), 123-144. <https://doi.org/10.1177/00131644231163813>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Knight, R. M., Kotwal, R. S., & Moore, C. H. (2024). Lições aprendidas pelo 75º Regimento *Ranger* durante 20 anos de atendimento pré-hospitalar tático. *Military Review*, (Terceiro Trimestre), 12-22. <https://www.armyupress.army.mil>
- Levy, M. J., Krohmer, J., Goralnick, E., Charlton, N., Nemeth, I., Jacobs, L., & Goolsby, C. (2022). A framework for the design and implementation of Stop the Bleed and public access trauma equipment programs. *JACEP Open*, 3. <https://doi.org/10.1002/emp2.12833>
- Lim, W. M., Khatri, P., Shiva, A., & Dabas, V. (2026). Guidelines for Scale Development and Validation. *Journal of Consumer Behaviour*, 1–21. <https://doi.org/10.1002/cb.70096>
- Lubbers, J., & Rossman, C. (2016). The effects of pediatric community simulation experience on the self-confidence and satisfaction of baccalaureate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 39, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.013>
- Naamati-Schneider, L., & Alt, D. (2025). Health management students' perceived soft skills acquisition and university commitment. *BMC Medical Education*, 25(521). <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07127-5>
- Raghunathan, K., Houghty, G. S., Siswadi, Y., Eka, N. G., Bourke, S., Cardwell, R., Copnell, B., Duncan, R., & Moss, C. (2025). The use of simulation to improve non-technical skills in undergraduate nurse education: A scoping review. *Clinical Simulation in Nursing*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101686>
- Souza, F. I., Broca, P. V., Guilherme, F. J., Haberland, V. F., Louro, T. S., Pereira, E. R., Silva, T. A., & Oliveira, A. B. (2026). Military nursing in tactical pre-hospital care: structure, action, and challenges in high-risk contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (79). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0183>
- Stassen, W., Chern, Y. L., Blewer, A. L., Kong, S. Y., Lippert, F., Ong, M. E., Zhang, L., & Ho, A. F. (2025). Barriers and facilitators to global access to life-saving skills training: an international cross-sectional survey. *BMJ Open*, 15:e090562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090562>
- Stewart, J., Hodgkiss, M., Cody, F., Parsons, K., Knight, K., & Hay, J. (2024). Priorities in simulated practice learning placements. *British Journal of Nursing*, 33(15). <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0264>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5.ª ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>
- World Health Organization. (2020). *SCORE for health data technical package: Assessment methodology, 2020* (2ª ed.). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039186>
- Zapko, K. A., Ferranto, M. L., Blasiman, R., & Shelestak, D. (2018). Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 60, 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.006>

4. IMPACTO DA SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NA PRÁTICA, SATISFAÇÃO E AUTOCONFIANÇA DE MILITARES NO CURSO *TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE* (TCCC)

IMPACTO DA SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NA PRÁTICA, SATISFAÇÃO E AUTOCONFIANÇA DE MILITARES NO CURSO *TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE* (TCCC)

IMPACT OF HIGH-FIDELITY SIMULATION ON THE PRACTICE, SATISFACTION, AND SELF-CONFIDENCE OF MILITARY PERSONNEL IN THE *TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE* (TCCC) COURSE

Mário Rui Leal da Silva; Bráulio João Nunes de Sousa; Hugo Miguel Santos Duarte

RESUMO

Introdução – A crescente aposta na simulação clínica na formação em saúde, aliada ao desenvolvimento tecnológico, têm contribuído para que a SAF seja atualmente uma metodologia de ensino inovadora de comprovada eficácia no desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas por parte dos participantes. O contexto militar foi pioneiro no reconhecimento da pertinência de dotar profissionais não clínicos de formação na área da saúde, tendência que se tem alargado a outros setores. As Forças Armadas Portuguesas ministram o curso TCCC-ASM a cerca de um milhar de militares anualmente, com os Enfermeiros a assumirem um papel central na sua lecionação. Empenhados na constante melhoria da respetiva qualidade e constituindo atualmente o paciente-padrão a estratégia predominantemente utilizada na simulação integrada no curso, questionam-se os benefícios da utilização de SAF.

Objetivo – Avaliar o impacto da SAF na prática, satisfação e autoconfiança dos militares que realizam o curso TCCC-ASM.

Método – Estudo primário, quasi-experimental, quantitativo-correlacional e descritivo, com implementação da “Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos”, traduzida e validada para a população em questão. Foram comparados os resultados entre um grupo experimental, ao qual foi ministrada formação com recurso a um simulador de alta-fidelidade, e um grupo de controlo, que recebeu formação com recurso a um paciente-padrão, em 16 cursos TCCC-ASM.

Resultados – A comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo revelou resultados estatisticamente significativos ao nível da prática e da satisfação, traduzindo benefícios do recurso à SAF, mas não ao nível da autoconfiança, relativamente à qual os valores médios foram mais baixos no grupo experimental. A experiência prévia mostrou-se uma variável com significado estatístico.

Conclusão – Constatou-se benefício na implementação de SAF, no curso TCCC-ASM, para a prática e na satisfação dos profissionais não clínicos.

Palavras-chave: Confiança; Enfermagem Militar; Prática Profissional; Satisfação; Treinamento com Simulação de Alta-Fidelidade.

INTRODUÇÃO

A simulação clínica tem vindo a ser uma abordagem pedagógica cada vez mais utilizada (Raghunathan et al., 2025; Stewart et al., 2024), permitindo mitigar a lacuna muitas vezes existente entre a teoria e a prática (Koukourikos et al., 2021). Ao participante é proporcionada uma experiência realista, com vista ao aprimoramento de habilidades num ambiente seguro para todos os intervenientes, verificando-se esta aplicabilidade tanto ao nível de cenários comuns como menos frequentes, nomeadamente envolvendo pessoas em situação crítica (Gharibi & Arulappan, 2020; Hill, 2024).

Quando o contexto recriado reproduz fidedignamente um contexto real, a simulação designa-se de SAF, sendo o grau dessa reprodução determinado, além dos materiais e equipamentos utilizados, pelo ambiente criado e por fatores relacionados com os participantes (*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* [INACSL], 2021a). Assim, apesar de não ser determinante que a utilização de alta-tecnologia se traduza em SAF, os avanços tecnológicos têm desempenhado um papel crucial na melhoria da qualidade da aprendizagem simulada, na medida em que o uso de manequins de alta-fidelidade contribui para a criação de experiências imersivas que reproduzem fielmente ambientes clínicos reais (Hill, 2024). A acompanhar esta evolução, tem-se verificado sobretudo na última década uma preocupação com o incremento da pedagogia subjacente à metodologia de ensino inovadora baseada em simulação clínica (Hallmark et al., 2023). Como estratégia pedagógica, a simulação afirma-se assim como ferramenta inovadora em constante expansão, impulsionada por este progresso tecnológico traduzido no crescente realismo dos simuladores, revelando-se uma metodologia eficaz na consolidação de competências técnicas e não técnicas (Borges et al., 2020).

A evidência tem sido assim consistente na demonstração do efeito positivo da simulação no desempenho técnico dos participantes (Chernikova et al., 2020), bem como no desenvolvimento das suas competências não técnicas, nomeadamente a satisfação (Gabbouj et al., 2024) e a autoconfiança (Foster, 2024; Jawabreh et al., 2025; Stewart et al., 2024). Ao permitir a aplicação prática do conhecimento num contexto experiencial, a simulação torna-se assim essencial para o aumento da satisfação e da autoconfiança (Alrashidi et al., 2023).

No âmbito específico da pessoa em situação crítica, o reconhecimento precoce e a gestão das intervenções podem reduzir significativamente a mortalidade e melhorar os *outcomes*, revelando-se neste domínio a simulação clínica fundamental para uma abordagem segura, criteriosa, dotada de conhecimento e de competências que permitem uma melhor atuação (Borges et al., 2020). Neste contexto, a evidência tem igualmente comprovado o benefício do recurso à SAF, ao nível das competências não técnicas anteriormente referidas (Simões et al., 2022).

Apesar da maioria dos estudos existentes nesta área ser direcionada para o ensino de profissionais de saúde, a necessidade da sua extensão a outros profissionais tem assumido uma importância crescente (Stassen et al., 2025). Decorrente sobretudo do aumento da incidência de situações multivítimas em cenários urbanos (Abdul-Nabi & Hitti, 2025), estima-se que as mortes potencialmente evitáveis em situações de trauma neste contexto assumam atualmente uma percentagem significativa, pelo que tem aumentado o número de formações direcionadas a *first responders*, com especial enfoque no controlo hemorrágico (Bobko et al., 2020; Levy et al., 2022). Entende-se por «*first responder*» um profissional não clínico treinado para o reconhecimento de lesões que apresentem risco imediato de vida para a vítima e para a realização de intervenções destinadas à sua resolução, designadas «*lifesaving*» (Bobko et al., 2020; Levy et al., 2022; Stassen et al., 2025).

O contexto militar foi pioneiro em reconhecer que o treino de profissionais não clínicos é fundamental para a evicção de mortes potencialmente evitáveis. Seguindo a mesma lógica, o curso TCCC surgiu da necessidade

identificada pelas Forças Armadas Americanas, em finais do século passado, de dotar os seus militares detentores de outras especialidades que não ligadas à saúde de formação nesta área. As forças projetadas deveriam assim receber treino especializado, encontrando-se capacitadas para assegurar uma resposta de saúde holística em cenários de elevada hostilidade, caracterizados pela escassez de recursos e por um elevado risco da integridade dos operacionais (Niu et al., 2022). Para tal contribuíram algumas conclusões obtidas no apoio médico aos conflitos armados, tais como: a maioria das mortes em combate ocorre antes da chegada às instalações de apoio sanitário e também de que uma percentagem significativa destas mortes seria potencialmente evitável com recurso a intervenções pouco diferenciadas e a um mínimo de material de simples utilização (CoTCCC, 2023). Efetivamente, indo ao encontro do contexto civil, o maior foco da formação realizada junto de *first responders* civis é o controlo da hemorragia massiva (Bobko et al., 2020; Levy et al., 2022; Stassen et al., 2025), o que coincide com aquela que é a maior causa de morte potencialmente evitável de militares em contexto operacional (CoTCCC, 2023).

O impacto positivo que a implementação do TCCC apresentou nas Forças Armadas Americanas, ao nível da redução do número de mortes potencialmente evitáveis, levou a que a NATO recomendasse esta formação para todos os militares que integrem os seus TO (Knight et al., 2024). Nesse sentido, é desígnio das Forças Armadas Portuguesas que todos os seus militares que se encontrem em aprontamento (preparação prévia de até seis meses) para a integração de Forças Nacionais Destacadas recebam formação certificada em TCCC, de acordo com a sua especialidade. Compete à UEFISM, enquanto unidade com a missão de coordenar e ministrar a formação em saúde militar, lecionar o curso TCCC, competindo por sua vez à NAEMT a certificação do curso, bem como dos centros de formação nos quais é lecionado, incluindo o polo da UEFISM no qual decorreu o estudo, que se encontra certificado para o efeito desde 2019.

O nível ASM é o destinado à formação de *first responders*, que se constituem assim como primeiros intervenientes perante uma vítima. Em ambiente militar, são geralmente aqueles que se encontram mais próximos num cenário de combate sendo que, do ponto de vista operacional, não serão por norma militares do serviço de saúde (CoTCCC, 2019; Vaughan et al., 2024). Pretende-se que o *first responder* esteja apto a aplicar um pequeno número de técnicas *lifesaving*, apenas com recurso ao material individual transportando pela vítima, permitindo assim mantê-la viva até à chegada junto de pessoal diferenciado (CoTCCC, 2019; Vaughan et al., 2024). Atualmente, o número anual de militares que frequentam este curso nos dois polos de formação da UEFISM ronda o milhar de formandos.

Face à complexidade da realidade geopolítica contemporânea, as forças armadas exigem modelos de treino realistas, sustentados em metodologias validadas e baseadas na evidência (Sousa et al., 2024). A simulação clínica, enquanto estratégia pedagógica integrada no plano de formação militar, permite então mimetizar o ambiente operacional, assegurando um realismo imersivo, a segurança dos intervenientes e a possibilidade de repetição deliberada de cenários críticos (NATO, 2019; 2022; Sousa et al., 2024).

Acompanhando a tendência transversal à área da saúde, também na formação realizada nas instituições militares a simulação tem crescido enquanto estratégia eficaz para o treino de competências, revelando melhoria na prática dos participantes (Bacik et al., 2024). A evidência existente nesta área tem igualmente demonstrado um aumento da autoconfiança dos participantes, associado à utilização de simuladores, particularmente ao nível dos cuidados à pessoa em situação crítica (Bates et al., 2023; Cole & Wightman, 2023). Para que a prática simulada surta os efeitos pretendidos, é fundamental que seja devidamente enquadrada e conduzida (Hill, 2024) sendo que, a este nível, os Enfermeiros têm assumido um papel preponderante enquanto formadores, mostrando-se essenciais na capacitação dos profissionais e na evolução contínua das práticas (Souza et al., 2026). Ao aliarem a proficiência tática às competências clínicas, os

Enfermeiros Militares exercem uma autonomia decisória única, permitindo a conceção de soluções que harmonizam a eficácia operacional com metodologias pedagógicas inovadoras, essenciais para a prontidão em cenários de alta complexidade (Haberland et al., 2022). Esta realidade encontra-se em consonância com os modelos de treino militar adotados internacionalmente, nos quais o Enfermeiro assume um papel preponderante na formação em trauma em contexto operacional, estendendo-se esta igualmente a missões de cariz civil e de apoio humanitário (Pastore & Ferreira, 2024).

Desde a sua certificação, a UEFISM tem procurado otimizar o modelo de curso em vigor, tornando-o o mais eficiente possível. Atualmente, no curso TCCC-ASM, é ministrado o primeiro caso prático em pequeno grupo com recurso a um paciente-padrão. Este consiste numa pessoa devidamente treinada para representar, de forma consistente e fidedigna, uma vítima num cenário clínico estruturado (INACSL, 2021b). Já o segundo caso prático, avaliativo, é realizado com recurso a um simulador de baixa-fidelidade.

Sabendo-se à partida da relação positiva entre a SAF e o desenvolvimento de competências não técnicas nesta área específica de cuidados de saúde, procurou-se averiguar se a mesma relação se verificava no treino de profissionais não clínicos, bem como o impacto na prática dos mesmos. Assim, sendo um desígnio da instituição a melhoria das práticas pedagógicas inerentes à formação ministrada, colocou-se a seguinte questão investigativa: *Qual é o impacto da simulação de alta-fidelidade na prática, na satisfação e na autoconfiança dos militares que realizam o curso Tactical Combat Casualty Care – All Service Members?*

A partir da questão formulada, estabeleceu-se como objetivo principal: avaliar o impacto da SAF na prática, na satisfação e na autoconfiança dos militares que realizam o curso TCCC-ASM. No mesmo seguimento, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: analisar e correlacionar as características sociodemográficas, académicas e profissionais dos militares que realizam o curso com SAF e com simulação em paciente-padrão; avaliar e correlacionar a prática, satisfação e autoconfiança dos militares que realizam o curso com SAF e com simulação em paciente-padrão.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo primário, quasi-experimental, quantitativo-correlacional e descritivo, focando a comparação de variáveis entre grupos experimental e de controlo. O trabalho remete para uma auditoria de autoavaliação, na medida em que é efetuada por militares a outros militares, tendo como objetivo o auxílio das Forças Armadas no alcance das próprias metas. A intervenção prevista contempla assim mudanças estruturais, passando estas pela alteração da metodologia a adotar na lecionação do curso, bem como por mudanças educacionais, nomeadamente a capacitação dos militares para uma melhoria da sua resposta prática. Trata-se, pois, de uma avaliação prospetiva, pois a investigação é estruturada no presente, prosseguindo para o futuro.

Seleção e Descrição de Participantes

A população estudada foi composta por militares sem formação prévia na área da saúde, a frequentar o curso TCCC-ASM. A amostra, composta pelos participantes que realizaram o curso e consentiram a recolha de dados, foi por isso de base institucional, não probabilística, por conveniência. O número mínimo de integrantes da amostra foi calculado tendo por base a população acessível (estimando-se esta em 1000 indivíduos), com uma margem de erro de 5% e um grau de confiança de 95%, o que se traduzia num mínimo de 278

participantes, tendo participado 304. Foram considerados como critérios de inclusão no estudo a participação no curso TCCC-ASM durante o período previsto, ser militar das Forças Armadas Portuguesas e encontrar-se em apuramento para a integração de Forças Nacionais Destacadas e como critério único de exclusão a formação prévia na área da saúde (Médicos/as, Enfermeiros/as e Socorristas).

Instrumentos de Recolha de Dados

Os dados foram obtidos por intermédio de observação direta, através da grelha de avaliação das práticas (Anexo VI), realizada por heteroavaliação por Enfermeiros formadores do curso (não sendo viável a inclusão de elementos externos à formação por esta se encontrar restrita a formadores certificados pela NAEMT) e pelos autores do estudo, através da aplicação por autopreenchimento dos formandos do instrumento “Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos”, originalmente concebido para a mensuração da satisfação e da autoconfiança adquiridas no decurso de SAF (Almeida et al., 2015). Como forma de mitigar o «viés do avaliador», procurou-se que os formadores alocados ao momento de avaliação recebessem aleatoriamente participantes dos grupos experimental e de controlo para o efeito.

Ao iniciar cada formação e sem conhecimento prévio de quais seriam os formandos nomeados para a frequência da mesma nessa data, solicitou-se o consentimento aos mesmos para a participação no estudo, delineando-se assim os integrantes desse dia da amostra, metodologia que foi replicada pelos 16 cursos que integraram o estudo, de forma cega. O procedimento de recolha de autorizações foi realizado por intermédio da aplicação de um consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo, não havendo penalização para quem não desejasse participar.

Já no que concerne à alocação de cada formando ao grupo experimental ou de controlo, procedeu-se posteriormente a uma randomização, recorrendo ao método «bola branca–bola preta», que determinou o grupo em que cada participante seria integrado. Ao grupo experimental foi ministrada formação com recurso a simuladores de alta-fidelidade, enquanto a formação do grupo de controlo se baseou na utilização de simulação por paciente-padrão.

A grelha de avaliação das práticas foi realizada por heteroavaliação, consistindo numa listagem de 17 itens do tipo cumpre / não cumpre, 14 deles com a cotação máxima de 1 ponto por item e 3 com a cotação máxima de 2 pontos, num total de 20 pontos e sendo aplicada na banca prática final da formação, refletindo a avaliação quantitativa dos formandos na mesma. Para a obtenção de aproveitamento no curso, a nota final deverá ser igual ou superior a 15 pontos.

O instrumento “Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos” foi aplicado à população-alvo, consistindo o mesmo numa escala tipo *likert*, com 13 itens, apresentando cada um cinco possibilidades de resposta que variam entre a cotação 1 «discordo totalmente» e 5 «concordo totalmente». Esta escala foi disponibilizada aos formandos imediatamente antes do final da formação, no período de tempo destinado ao preenchimento do inquérito de satisfação, à emissão de comentários por parte de formadores e formandos referentes aos aspetos positivos e aos aspetos a melhorar, bem como à apresentação de sugestões de melhoria pelos formandos.

Técnicas de Análise de Dados

Recorreu-se ao *software* de análise estatística SPSS, versão 31.0.0.0 (117) para a análise dos dados recolhidos. Foram utilizadas medidas de estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e académica dos

participantes. Face à existência de um número superior a 30 participantes em cada um dos grupos experimental e de controlo assumiu-se, decorrente do teorema do limite central, que a análise estatística inferencial seria realizada com recurso a testes paramétricos (Polit & Beck, 2021). No mesmo seguimento, estando em causa a análise de variáveis quantitativas em dois grupos, recorreu-se ao teste *t de Student* para comparação de médias e determinação da significância das diferenças observadas (considerando-se $p \leq 0,05$ uma diferença estatisticamente significativa) e ao teste *d de Cohen* para determinação do tamanho de efeito (Polit & Beck, 2021).

Validade, Confiabilidade e Rigor

A “Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem para profissionais não clínicos” foi validada transculturalmente através de um estudo metodológico que incluiu a sua tradução e adaptação. Os resultados determinaram a sua elevada confiabilidade, sustentada num alfa de *Cronbach* de 0,884 e uma boa consistência interna das duas subescalas, com valores de 0,826 (D1) e 0,834 (D2) (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). A variação dos valores da correlação de item total corrigida verificada entre os 13 itens (0,402-0,662), sugeriu o contributo positivo de todos e de forma individualmente consistente e a variação da análise do alfa de *Cronbach* em caso de exclusão de qualquer item, reforçou a estabilidade da escala e a consideração dos 13 itens como necessários e confiáveis (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). A medida KMO (0,914) indicou que as correlações entre variáveis eram suficientemente consistentes para a realização de uma análise fatorial, conclusão corroborada pelos valores do qui-quadrado (1647,683), graus de liberdade (78) e significância ($<0,001$), obtidos através do teste de esfericidade de Bartlett, confirmando a estrutura lógica dos itens e a adequação da amostra (DeVellis & Thorpe, 2022; Lim et al., 2026). A análise fatorial exploratória identificou uma propensão isolada do item 9 para contrariar o posicionamento na respetiva subescala, justificando-se a realização de uma análise fatorial confirmatória (Polit & Beck, 2021). Aí, os valores dos respetivos parâmetros certificaram o adequado ajuste do instrumento aos dados obtidos, nomeadamente o CFI com um valor de 0,998 e o GFI com um valor de 0,982, confirmando que o instrumento não apenas se ajusta bem aos dados recolhidos, mas é também simples e apresenta um elevado potencial de replicação noutras amostras (Goretzko et al., 2024). O PNFI, com um valor considerado aceitável de 0,798, comprovou que a escala além de precisa, é também eficiente, apresentando um bom ajuste sem precisar de um número excessivo de parâmetros ou relações complexas (DeVellis & Thorpe, 2022; Goretzko et al., 2024; Lim et al., 2026).

Considerações Éticas e Legais

Como procedimentos para a garantia de confidencialidade e anonimização dos dados, foi atribuído a todos os participantes um código anónimo (composto pelo número do curso e pelo respetivo número de formando, definido aleatoriamente), de modo a possibilitar a execução de estatísticas inferenciais. Foram assegurados os princípios éticos inerentes à investigação científica: direito à autodeterminação; intimidade; anonimato; confidencialidade; tratamento justo/leal; proteção contra o desconforto e o prejuízo. A utilização dos dados recolhidos destinou-se somente a fins científicos na presente investigação, sendo que os questionários serão destruídos no final do estudo, mantendo-se desta forma a total confidencialidade. Foram igualmente tidos em conta os procedimentos específicos: pedido de autorização à Comissão de Ética (Parecer nº CE/IPLEIRIA/46/2025 – ANEXO V); pedido de autorização à instituição onde decorre o estudo; pedido de autorização aos militares para a realização do trabalho de investigação. Não foi realizado pedido aos autores da escala, dado que esta foi validada pelos autores do presente estudo.

RESULTADOS

Neste estudo participaram 304 militares, dos quais 93,1% (n=283) pertenciam ao ramo Exército, 5,9% (n=18) ao ramo Marinha e 1,0% (n=3) ao ramo Força Aérea. Destes, 14,1% (n=43) integravam a classe de Oficiais, 27,6% (n=84) a classe de Sargentos e 58,2% (n=177) a classe de Praças, sendo 91,8% (n=279) homens. Relativamente às habilitações académicas, 72,7% detinham o 12º ano de escolaridade. A média de idades situava-se nos 28 anos ($28,49 \pm 8.874$), variando entre 18 e 55. Quanto ao contexto da frequência da formação, 82,6% (n=251) integravam Forças Nacionais Destacadas e 17,4% (n=53) tratavam-se de Elementos Nacionais Destacados. Quanto à distribuição dos participantes pelos grupos, 151 integraram o grupo experimental e 153 o grupo de controlo.

Constatou-se, no que diz respeito ao desempenho prático, a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados obtidos no grupo experimental e no grupo de controlo ($t=3,453$; $p<0,001$). A diferença nas médias dos dois grupos, provenientes dos resultados obtidos na avaliação prática do curso (0-20 pontos), foi de 0,48 pontos, em favor do grupo experimental. Para a avaliação da magnitude dessa diferença utilizou-se o teste *d de Cohen*, que determinou um tamanho de efeito (estimativa de ponto) de 0,396 (Tabela 4).

Ao nível da satisfação, verificou-se igualmente uma diferença com significado estatístico entre os resultados dos grupos ($t=3,874$; $p<0,001$). Globalmente, a média dos itens referentes à satisfação foi superior no grupo experimental, em detrimento do grupo de controlo. A diferença constatada foi novamente confirmada através do teste *d de Cohen*, apresentado este um tamanho de efeito de 0,444.

Já relativamente à autoconfiança, a estatística inferencial não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo ($t=0,814$; $p=0,208$). Nesta variável, a média dos itens contrariou a tendência das variáveis anteriores, sendo superior no grupo de controlo.

Grupo	Média	Desvio-padrão	Desempenho Prático		
			<i>t-student</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Grupo Experimental	18,77	0,996	3,460	<0,001	0,396
Grupo de Controlo	18,29	1,374			
Grupo	Média	Desvio-padrão	Satisfação		
			<i>t-student</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Grupo Experimental	4,8093	0,30493	3,880	<0,001	0,444
Grupo de Controlo	4,6536	0,39001			
Grupo	Média	Desvio-padrão	Autoconfiança		
			<i>t-student</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Grupo Experimental	4,5497	0,41835	-0,814	0,208	-
Grupo de Controlo	4,5874	0,38954			

Tabela 4 – Testes paramétricos aplicados sobre as variáveis «prática», «satisfação» e «autoconfiança», em função do grupo de investigação

Afunilando os testes paramétricos ao nível dos itens específicos do instrumento de avaliação, no sentido de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos para itens específicos da escala ($p<0,05$) (Polit & Beck, 2021), verifica-se essa condição em todos os itens da subescala «satisfação», com exceção do primeiro item. Também aqui se recorreu ao *d de Cohen* para a determinação do tamanho de efeito das diferenças observadas (Tabela 5).

Item	Grupo	Média	Desvio-padrão	Satisfação		
				<i>t-student</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Item 1	Grupo Experimental	4,78	0,430	1,459	0,073	-
	Grupo de Controlo	4,71	0,471			
Item 2	Grupo Experimental	4,77	0,419	4,032	<0,001	0,462
	Grupo de Controlo	4,55	0,549			
Item 3	Grupo Experimental	4,89	0,317	2,523	0,006	0,289
	Grupo de Controlo	4,78	0,433			
Item 4	Grupo Experimental	4,77	0,464	4,100	<0,001	0,470
	Grupo de Controlo	4,53	0,574			
Item 5	Grupo Experimental	4,83	0,379	2,403	0,008	0,275
	Grupo de Controlo	4,71	0,498			

Tabela 5 – Testes paramétricos por itens – subescala «satisfação»

Já relativamente à subescala «autoconfiança», há a realçar os itens 9, 10 e 12 como evidenciando diferenças estatisticamente significativas a considerar, conforme apresentado na Tabela 6.

Item	Grupo	Média	Desvio-padrão	Autoconfiança		
				<i>t-student</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Item 6	Grupo Experimental	4,46	0,575	0,740	0,230	-
	Grupo de Controlo	4,41	0,644			
Item 7	Grupo Experimental	4,62	0,551	0,829	0,204	-
	Grupo de Controlo	4,57	0,582			
Item 8	Grupo Experimental	4,59	0,580	-0,183	0,428	-
	Grupo de Controlo	4,60	0,554			
Item 9	Grupo Experimental	4,81	0,407	1,998	0,023	0,229
	Grupo de Controlo	4,71	0,482			
Item 10	Grupo Experimental	4,64	0,646	-1,905	0,029	-0,219
	Grupo de Controlo	4,76	0,455			
Item 11	Grupo Experimental	4,55	0,608	-1,503	0,067	-
	Grupo de Controlo	4,65	0,519			
Item 12	Grupo Experimental	4,42	0,668	-2,048	0,021	-0,235
	Grupo de Controlo	4,57	0,559			
Item 13	Grupo Experimental	4,29	0,845	-1,521	0,065	-
	Grupo de Controlo	4,42	0,676			

Tabela 6 – Testes paramétricos por itens – subescala «autoconfiança»

Por fim, abordando variáveis específicas, há a destacar a «formação inicial», existindo diferenças estatisticamente significativas verificadas entre participantes que frequentavam o curso pela primeira vez e os que o faziam para efeitos de revalidação de competências ($t=3,333$; $p<0,001$). Uma vez mais recorreu-se ao *d de Cohen* para a revelação do tamanho de efeito ($d=0,383$).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para um impacto estatisticamente significativo da introdução de SAF na amostra de profissionais não clínicos em formação ao nível da respetiva prática e satisfação, mas não da autoconfiança. Para a interpretação destes resultados, recorreu-se a estudos de investigação efetuados nos últimos dez anos, considerados relevantes do ponto de vista das respetivas conclusões. Apesar de a maioria ser referente a estudantes ou profissionais da área da saúde, dada a escassez constatada de evidência científica atual nesta

área, envolvendo profissionais não clínicos, constitui uma característica comum a reduzida ou nula experiência prévia dos participantes com simulação e uma característica quase transversal o emprego de SAF.

Relativamente à prática, os dados descritivos revelam uma diferença estatisticamente significativa entre os valores do grupo experimental e de controlo, traduzindo que o grupo experimental tem, em média, mais 0,48 pontos na grelha de avaliação das práticas (correspondendo a cerca de meio valor na classificação final curso, com possível impacto direto no aproveitamento do formando no mesmo). Esta disparidade, visível numa primeira análise, é confirmada pela estatística inferencial, suportada por desvios-padrão reduzidos (marcadamente no grupo experimental), que reforçam a confiança nos resultados, com o *d de Cohen* a indicar um tamanho moderado da diferença observada.

Focando alguns estudos com resultados relevantes ao nível da prática, Bacik et al. (2024) desenvolveram o seu estudo transversal descritivo especificamente em contexto de simulação em saúde militar, optando por comparar o recurso a manequins de alta-fidelidade e a pacientes-padrão. Os autores concluíram que os manequins seriam o meio de simulação mais comum em cenários complexos e que a sua utilização apresentava vantagens, nomeadamente a possibilidade de realização de procedimentos invasivos (Bacik et al., 2024). Apesar disso, não deixaram igualmente de reconhecer o elevado nível de realismo aportado pelo paciente-padrão, de difícil replicação por um manequim (Bacik et al., 2024). Também Pamplin et al. (2021) avaliaram o desempenho em contexto militar, junto de profissionais não clínicos, através de um estudo metodológico e descritivo, inferindo que a SAF se constitui como método pedagógico mais adequado para o efeito. Esta conclusão é justificada com a o stress ambiental induzido, sendo o paciente-padrão incapaz de replicar a fidelidade fisiológica e a segurança (Pamplin et al., 2021). Já Brien et al. (2017) extraem resultados do seu estudo quantitativo descritivo-correlacional que avaliam como sendo consistentes com estudos anteriores, demonstrando que a SAF melhora o desempenho prático dos participantes, incidindo o estudo em cenários de simulação com pessoas em situação crítica. Na revisão integrativa de Boling e Hardin-Pierce (2016), igualmente referente a cenários com pessoas em situação crítica, os autores identificam a SAF como uma boa estratégia para o treino de participantes inexperientes, perante situações complexas, com particular impacto no desempenho prático.

Ao nível da satisfação, os dados obtidos traduziram igualmente uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com o *d de Cohen* a indicar uma vez mais um tamanho de efeito moderado, superior ao verificado ao nível da variável «prática», neste caso já muito próximo do valor de referência de 0,50 (Tagliaferri et al., 2024). Uma vez mais, os desvios-padrão obtidos revelam uma dispersão reduzida face à amplitude da escala utilizada, reforçando a confiabilidade das médias apuradas. Além da diferença verificada ao nível das médias gerais da subescala, é de realçar uma média superior em todos os seus itens no grupo experimental.

Estes resultados corroboram os de Loubbairi et al. (2026), cujo estudo experimental e comparativo concluiu igualmente benefícios tanto ao nível da prática como da satisfação, ao comparar diretamente SAF com paciente-padrão, relacionado esses resultados com o realismo e a utilidade pedagógica da primeira. Conclusões semelhantes são apresentadas por Costa et al. (2020), que desenvolveram um estudo quasi-experimental em Portugal, procurando analisar o conhecimento coletivo e competências não técnicas dos participantes que experimentaram simulação, concluindo que o recurso a esta não só melhora o desempenho prático em comparação com estratégias tradicionais, como também promove a satisfação dos participantes. Outros estudos confirmam um impacto positivo ao nível da satisfação, como é o caso de Abarca et al. (2023), que desenvolveram um estudo clínico randomizado, paralelo e cego, com aplicação do mesmo instrumento de avaliação após as intervenções efetuadas, constatando elevados níveis de satisfação, resultados análogos aos obtidos por Carrero-Planells et al. (2021), no seu estudo de método misto, em participantes que

experimentaram SAF. Também Presado et al. (2018), decorrente de um outro estudo realizado em Portugal, este exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, evidenciam, como referido pelos próprios participantes, que a prática com SAF permitiu a melhoria da satisfação.

Apesar do já referido valor médio superior de todos os itens da subescala no grupo experimental, os testes paramétricos efetuados revelam ausência de diferenças estatisticamente significativas no item 1: «os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes». Este resultado pode ser explicado pelo facto de, pelas características do estudo, não haver lugar a comparação pelos participantes entre os dois tipos de simulação. Desse modo, os formandos do grupo de controlo tendem a manifestar níveis semelhantes de satisfação com os métodos de ensino, porquanto consideram útil e eficaz o recurso ao paciente-padrão. Este dado pode ser corroborado por Zehler et al. (2021) que afirmam, decorrente do seu estudo de caso que envolveu a aplicação do modelo híbrido-flexível, que a simulação traduz melhorias em algumas áreas, porém noutras não, concluindo não existir perda significativa na aquisição de competências quando se altera a modalidade de simulação, desde que os objetivos pedagógicos estejam alinhados com essa modalidade. Segundo os autores, a fidelidade psicológica, ou seja, a medida em que o formando interioriza o cenário, é assim mais importante do que a tecnologia utilizada (Zehler et al., 2021).

Já ao nível da autoconfiança, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupo experimental e grupo de controlo. Além da média globalmente superior do grupo de controlo (apesar de a diferença ser residual), a análise detalhada dos itens da respetiva subescala revela heterogeneidade nas médias, sendo três delas superiores no grupo experimental e cinco no grupo de controlo. A complementar estes resultados, acresce que apenas três itens revelam diferença estatisticamente significativa entre grupos, nomeadamente os itens 9 «O meu formador utilizou recursos úteis para ensinar através da simulação», 10 «É minha responsabilidade como formando aprender o que preciso de saber através da simulação» e 12 «Sei como utilizar atividades de simulação para desenvolver habilidades». Destes três itens, há a destacar o item 9 como sendo igualmente um dos que apresenta maior valor médio no grupo experimental. Em anteriores estudos de validação, quer para língua portuguesa, quer para profissionais não clínicos, este item evidenciou um melhor ajuste à subescala «satisfação», decorrente da análise fatorial exploratória, pelo que os resultados são condizentes com os verificados ao nível da generalidade dos respetivos itens, reforçando o já demonstrado impacto positivo da simulação de alta-fidelidade na satisfação dos participantes.

Estes resultados corroboram os obtidos pelo já referido trabalho de Loubbairi et al. (2026), bem como pelo estudo transversal de Yu et al. (2026) e pela meta-análise de Vangone et al. (2024), que justificam os níveis inferiores de autoconfiança dos participantes, quando comparados com a prática e a satisfação, com o «paradoxo da autoconfiança». Este conceito explica que, ao contrário do grupo que treinou com pacientes-padrão (contexto no qual a interação humana pode mascarar a complexidade técnica), os participantes sujeitos a SAF, ao confrontarem-se com um realismo clínico mais elevado, tornam-se mais conscientes das suas limitações (Alrashidi et al., 2023). Paralelamente, os três trabalhos justificam que a simulação com recurso ao paciente-padrão tende a aumentar a autoconfiança, pois a interação social é mais previsível e menos indutora de stress do que um manequim de alta-fidelidade (Loubbairi et al., 2026; Vangone et al., 2024; Yu et al., 2026). Outra conclusão importante da meta-análise de Vangone et al. (2024) é o facto de os benefícios da SAF residirem essencialmente na gestão do cenário e não nas habilidades técnicas, o que pode validar o uso desta ferramenta para profissionais não clínicos sujeitos a ambientes de pressão. Chevalier et al. (2025) obtiveram resultados semelhantes, ao efetuarem o seu estudo quantitativo com componentes qualitativas, focando-se sobretudo na autoconfiança no que diz respeito às competências não técnicas, avaliando-a previamente e posteriormente ao contacto com SAF. A análise dos dados ditou que, para níveis

semelhantes de experiência prévia, participantes com elevados níveis de autoconfiança à partida para a simulação tendiam a diminuir esses níveis após a execução dos cenários (Chevalier et al., 2025). Já o estudo qualitativo de Bourke et al (2024), concluiu que o recurso ao paciente-padrão pode ser mais benéfico para o desenvolvimento de competências não técnicas, devido ao realismo adicional verificado na interação entre participante e ator. O ambiente de simulação deste estudo assume uma particular relevância nesta discussão, por se tratarem mais uma vez de cenários com pessoas em situação crítica. Outra conclusão interessante é avançada por Roberts et al. (2019), por via da sua revisão meta-narrativa, referindo que os estudos analisados não confirmaram a influência do nível de fidelidade da simulação na aprendizagem. Os autores afirmam mesmo que o recurso à simulação de média e baixa-fidelidade pode surtir resultados semelhantes aos da SAF na autoconfiança dos participantes (Roberts et al., 2019).

Torna-se ainda pertinente a abordagem às diferenças estatisticamente significativas constatadas ao nível da variável «formação inicial», traduzindo assimetria entre participantes que frequentavam o curso pela primeira vez e os que o faziam para efeitos de revalidação de competências. Apesar dos testes realizados não permitirem a retirada de conclusões quanto ao substrato dessas diferenças, uma interpretação imediata sugere a tendência para um melhor desempenho prático do formando que já realizou com aproveitamento o curso, comparativamente ao que se encontra pela primeira vez a executar as habilidades propostas. Esta interpretação é sustentada pelo estudo quantitativo, observacional e transversal de Wojcieszek et al. (2025) que concluiu uma vez mais um impacto positivo da SAF na prática e satisfação dos participantes por oposição ao paciente-padrão, em contraste com a respetiva autoconfiança. Além disso, os autores referem que participantes que já tinham tido contacto anterior com simulação apresentaram níveis de ansiedade significativamente menores e um desempenho prático mais fluido (Wojcieszek et al., 2025). Assim, enquanto o impacto positivo da SAF na satisfação é transversal, o impacto na prática é potenciado pelo conhecimento prévio do participante do contexto de formação.

Destaca-se ainda o estudo de Souza et al. (2026), que enaltece a importância da inclusão do Enfermeiro em cenários de primeiros socorros em ambiente tático, que se caracterizam pela sua complexidade e elevado risco. Por outro lado, os autores evidenciam a necessidade de investimento em tecnologias adaptadas a este ambiente, permitindo respostas de emergência céleres e seguras, realçando paralelamente a importância da formação continuada nesta área, que inclua simulações realistas, de acordo com as diretrizes internacionais (Souza et al., 2026). A pesquisa destaca também o papel estratégico do Enfermeiro Militar ao nível da formação, sublinhando a sua capacidade de liderança, gestão de recursos e transposição de obstáculos comunicacionais, demonstrando um compromisso intrínseco com a excelência dos cuidados prestados, independentemente do contexto (Souza et al., 2026). Os autores corroboram ainda a falta de evidência científica que analise de forma sistemática o desempenho do Enfermeiro Militar em primeiros socorros em contexto operacional (Souza et al., 2026).

CONCLUSÃO

Considera-se alcançado o objetivo do presente estudo, no que concerne à avaliação do impacto da SAF na prática, na satisfação e na autoconfiança dos militares que realizam o curso TCCC-ASM, especificamente na correlação das variáveis entre participantes que realizam o curso com SAF e com simulação em paciente-padrão. Conclui-se um impacto positivo no recurso à SAF na prática e satisfação, por contraste com a autoconfiança, na qual não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Ao correlacionar as características profissionais dos militares que realizam o curso com SAF e com simulação em paciente-padrão, verificou-se uma diferença com significado estatístico ao nível da formação prévia no curso.

Como limitação ao estudo, apresenta-se o reduzido número de publicações identificadas na área específica da formação em saúde para profissionais não clínicos, bem como da comparação direta entre manequins de alta-fidelidade e pacientes-padrão, o que determinou o alargamento da margem temporal dos estudos incluídos na discussão, por forma a torná-la mais robusta. Identifica-se mesmo um potencial viés, uma vez que a maioria das publicações incidem sobre profissionais clínicos, sendo este fator atenuado pela reduzida ou nula experiência prévia dos participantes em metodologias de simulação e pelo transversal emprego de SAF.

Outra limitação reside no uso de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída apenas por militares das Forças Armadas. Esta especificidade limita a generalização dos resultados à totalidade dos profissionais não clínicos.

Assinala-se ainda o possível viés de reatividade associado ao «Efeito de Hawthorne». Segundo Polit e Beck (2021), o facto dos militares se saberem observados pode determinar uma alteração do seu comportamento, o que recomenda prudência na generalização dos resultados à prática quotidiana.

Também o facto de se ter analisado um elevado número de questionários com todos os itens preenchidos com a mesma cotação, geralmente elevada, constitui um possível viés, atribuído ao facto de ser pouco habitual o preenchimento deste tipo de instrumentos pela maioria dos formandos. A reduzida motivação para a leitura integral de todos os itens, aliada à intenção de demonstrar agrado pela formação recebida, traduziu-se neste que se considera um possível viés.

Face a esta lacuna, apesar das ilações retiradas irem ao encontro da evidência científica atual, reforça-se a necessidade de investigar o impacto da simulação em saúde em contextos não clínicos, bem como o papel fulcral dos Enfermeiros na formação em primeiros socorros em ambiente operacional a todos os militares.

Pretende-se que os resultados verificados levem as unidades militares envolvidas a repensar os seus modelos de formação, otimizando-os no sentido de ir ao encontro das práticas pedagógicas mais atuais e comprovadamente eficazes. Concretamente, sai reforçado o benefício do recurso a manequins de alta-fidelidade e a criação de ambientes de simulação realistas e imersivos. Por outro lado, a eficácia da SAF está diretamente relacionada com a existência de profissionais treinados para a enquadrar e conduzir da forma pedagogicamente mais correta, pelo que se enaltece a necessidade de formação de formadores a este nível. Por fim, a avaliação das competências não técnicas dos participantes revela-se importante, mesmo em contexto de formação de profissionais não clínicos, no qual o principal objetivo é o treino de habilidades *lifesaving*. A avaliação da satisfação e da autoconfiança contribui para aferir a adequação da formação ministrada e a previsão da aplicação prática dos seus conteúdos, em caso de necessidade, por parte dos formandos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses em relação ao presente artigo.

AGRADECIMENTOS

À UEFISM e ao Exército Português, pela autorização para a realização do trabalho de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, L.L., Barros, A. L., Baptista, R. C., Baptista, R. E., & Lopes, J. L. (2023). Effect of video on satisfaction and self-confidence in simulation training: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0366>
- Abdul-Nabi, S. S., & Hitti, E. (2025). A review of mass casualty incident triage tools for hospital-based triage. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 25(4), 251–255. <https://doi.org/10.4103/tjem.tjem.77.25>
- Almeida, R. G., Mazzo, A., Martins, J. C., Baptista, R. C., Girão, F. B. & Mendes, I. A. (2015). Validação para a língua portuguesa da escala student satisfaction and self-confidence in learning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6) 1007-1013. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0472.2643>
- Alrashidi, N., An, E. P., Alrashedi, M. S., Alqarni, A. S., Gonzales, F., Bassuni, E. M., Pangket, P., Estadilla, L., Benjamin, L. S., & Ahmed, K. E. (2023). Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: a systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04793-1>
- Bacik, A., Lopreiato, J. O., & Burke, H. B. (2024). Survey of Current Simulation Based Training in the US Military Health System. *Military Medicine*, 189, 423-430. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae147>
- Bates, J. T., Kelly, C. W., & Lane, J. E. (2023). Low-Cost Model for Battlefield Wound and Hemorrhage Training. *Military Medicine*, 188, 1478-1482. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab556>
- Bobko, J. P., Badin, D. J., Danishgar, L., Bayhan, K., Thompson, K. J., Harris, W. J., Baldrige, R. T. & Fortuna, G. R. (2020). How to stop the bleed: first care provider model for developing public trauma response beyond basic hemorrhage control. *Western Journal of Emergency Medicine*. 21(2), 364-374. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44887>
- Boling, B., & Hardin-Pierce, M. (2016). The effect of high-fidelity simulation on knowledge and confidence in critical care training: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 287-293. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.004>
- Borges, A., Martinho, N., Rabiais, I. & Caldeira, S. (2020). Prática simulada: uma estratégia inovadora no presente e protagonista no futuro. *Cadernos de Saúde*. 12, 34-35. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10242>
- Bourke, S. L., McKenna, L., Cooper, S., & Lam, L. (2024). Contextual determinants impacting final year nursing students' emergency team communication during deteriorating patient simulations: a grounded theory study. *Nurse Education Today*, 138(106183). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106183>
- Brien, L. A., Charette, M., & Goudreau, J. (2017). Nursing students' perceptions of the contribution of high-fidelity simulation and clinical placement in a critical care course. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(9), 436-441. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.05.005>
- Carrero-Planells A., Pol-Castañeda S., Alamillos-Guardiola M. C., Prieto-Alomar A., Tomás-Sánchez M., & Moreno-Mulet C. (2021). Students and teachers' satisfaction and perspectives on high-fidelity simulation for learning fundamental nursing procedures: a mixed-method study. *Nurse Education Today*, 104(104981). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104981>
- Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D., Seidel, T., & Fischer, F. (2020). Simulation-based learning in higher education: a meta-analysis. *Review of Educational Research*, 90(4), 499-541. <https://doi.org/10.3102/0034654320933544>
- Chevalier, S., Paquay, M., Krutzen, S., Ghuysen, A., & Stipulante, S. (2025). Learning technical skills in simulation: Shared training for medical students and advanced practice nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, 98(101663). <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101663>
- Cole, R., & Wightman, J. (2023). Impact of a multiday, high-fidelity, immersive simulation on military medical students' self-confidence. *Military Medicine*, 188, 21–27. <https://doi.org/10.1093/milmed/usad074>
- Committee on Tactical Combat Casualty Care (2019). *Tactical combat casualty care – all service members. Course plan: a teaching guide for trainers*.
- Committee on Tactical Combat Casualty Care (2023). *Tactical combat casualty care – combat paramedic/provider. Speaker notes*.
- Costa, R. R., Medeiros, S. M., Coutinho, V. R., Mazzo, A., & Araújo, M. S. (2020). Satisfaction and self-confidence in the learning of nursing students: Randomized clinical trial. *Escola Anna Nery*, 24(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0094>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2022). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). SAGE Publications.
- Foster, S. (2024). Recognising the benefits and challenges of simulated practice learning. *British Journal of Nursing*, 33(17), 851. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0324>

- Gabbouj, S. B., Zedini, C., & Naija, W. (2024). Nursing Students' Satisfaction and Self-Confidence with Simulation-Based Learning and Its Associations with Simulation Design Characteristics and Educational Practices. *Advances in Medical Education and Practices*, 15, 1093-1102. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S477309>
- Gharibi, K. A., & Arulappan, J. (2020). Repeated Simulation Experience on Self-Confidence, Critical Thinking, and Competence of Nurses and Nursing Students—An Integrative Review. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2377960820927377>
- Goretzko, D., Siemund, K., & Sterner, P. (2024). Evaluating Model Fit of Measurement Models in Confirmatory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 84(1), 123-144. <https://doi.org/10.1177/00131644231163813>
- Haberland D. F., Guilherme, F. J., Queiroga M. M., & Oliveira A. B. (2022). Participação do enfermeiro militar como instrutor de atendimento pré-hospitalar tático. *Revista Científica de Enfermagem*, 12(40), 161-166. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.161-166>
- Hallmark, B., Brown, M., Peterson, D., Fey, M., Decker, S., Wells-Beed, E., Britt, T., Hardie, L., Shum, C., Arantes, H., Charnetski, M. & Morse, C. (2023). Desenvolvimento Profissional. In *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, Healthcare Simulation Standards of Best Practice* (pp. 4-7).
- Hill, B. (2024). A framework for simulated practice in nurse education. *British Journal of Nursing*, 33(5), 234. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.33.5.234>
- INACSL Standards Committee. (2021a). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
- INACSL Standards Committee. (2021b). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Simulation Glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.017>
- Jawabreh, N., Hamdan-Mansour, A., Harazne, L., & Ayed, A. (2025). Effectiveness of high-fidelity simulation on practice, satisfaction, and self-confidence among nursing students in mental health nursing class. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03300-9>
- Knight, R. M., Kotwal, R. S., & Moore, C. H. (2024). Lições aprendidas pelo 75º Regimento *Ranger* durante 20 anos de atendimento pré-hospitalar tático. *Military Review*, (Terceiro Trimestre), 12-22. <https://www.armyupress.army.mil>
- Koukourikos, K., Tsaloglidou, A., Kourkouta, L., Papathanasiou, I., Il-iadis, C., Fratzana, A., & Panagiotou, A. (2021). Simulation in Clinical Nursing Education. *Acta Informatica Medica*, 29(1), 15-20. <https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.15-20>
- Levy, M. J., Krohmer, J., Goralnick, E., Charlton, N., Nemeth, I., Jacobs, L., & Goolsby, C. (2022). A framework for the design and implementation of Stop the Bleed and public access trauma equipment programs. *JACEP Open*, 3. <https://doi.org/10.1002/emp2.12833>
- Lim, W. M., Khatri, P., Shiva, A., & Dabas, V. (2026). Guidelines for Scale Development and Validation. *Journal of Consumer Behaviour*, 1–21. <https://doi.org/10.1002/cb.70096>
- Loubbairi, S., Lahlou, L., EL Moussaoui, Y., Amechghal, A., & Nassik, H. (2026). The Effect of High-Fidelity Simulation vs. Simulation with Standardized Patients on the Development of Reflective Practice Among Medical Students. *International Medical Education*, 5(19). <https://doi.org/10.3390/ime5010019>
- NATO. (2019). AJP-04.10 v1(C) - Allied Joint Doctrine for Medical Support. Em *AJP-04.10 v1(C)*. NATO Standardization Office (NSO).
- NATO. (2022). *AMedP-8.15 - Requirement for training in casualty care and basic hygiene for all military personnel: Vol. B*. NATO Standardization Office (NSO).
- Niu, A., Ma, H., Zhang, S., Zhu, X., Deng, J., & Luo, Y. (2022). The effectiveness of simulation-based training on the competency of military nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105536>
- Pamplin, J. C., Veazey, S. R., De Howitt, J., Cohen, K., Barczak, S., Espinoza, M., Luellen, D., Ross, K., Serio-Melvin, M., McCarthy, M., & Colombo, C. J. (2021). Prolonged, high-fidelity simulation for study of patient care in resource-limited medical contexts and for technology comparative effectiveness testing. *Critical Care Explorations*, 3(7). <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000477>
- Pastore R. T., & Ferreira B. J. (2024). Formação de técnicos em enfermagem no APH: desafios e perspetivas. *Revista Científica de Enfermagem*, 14(42), 59–71. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.5971>
- Presado, M. H., Colaço, S., Rafael, H., Baixinho, C. L., Félix, I., Saraiva, C., & Rebelo, I. (2018). Aprender com a simulação de alta fidelidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 53-59. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23072017>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11ª ed.). Wolters Kluwer.
- Raghunathan, K., Houghty, G. S., Siswadi, Y., Eka, N. G., Bourke, S., Cardwell, R., Copnell, B., Duncan, R., & Moss, C. (2025). The use of simulation to improve non-technical skills in undergraduate nurse education: A scoping review. *Clinical Simulation in Nursing*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101686>

- Roberts, E., Kaak, V., & Rolley, J. (2019). Simulation to replace clinical hours in nursing: a meta-narrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 37, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.003>
- Simões, C., Coutinho, V., & Oliveira, L. (2022). Influência da Simulação de Alta Fidelidade nas Competências não Técnicas em Situações de Emergência. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 31. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.34437>
- Sousa, B. J., Salazar, M. L., Padilha, M., & Mota, L. (2024). Simulação na Educação de Saúde dos Militares do Exército, no Aprontamento para a Missão: Protocolo de Revisão *Scoping*. *Cadernos do Instituto Universitário Militar - Cadernos de Saúde Militar e Medicina Operacional*, 2(65), 13-22. https://www.ium.pt/files/publicacoes/Cadernos/65/Cadernos_IUM_65_Saude_Militar_Medicina_Operacional.pdf
- Souza, F. I., Broca, P. V., Guilherme, F. J., Haberland, V. F., Louro, T. S., Pereira, E. R., Silva, T. A., & Oliveira, A. B. (2026). Military nursing in tactical pre-hospital care: structure, action, and challenges in high-risk contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (79). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0183>
- Stassen, W., Chern, Y. L., Blewer, A. L., Kong, S. Y., Lippert, F., Ong, M. E., Zhang, L., & Ho, A. F. (2025). Barriers and facilitators to global access to life-saving skills training: an international cross-sectional survey. *BMJ Open*, 15:e090562. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090562>
- Stewart, J., Hodgkiss, M., Cody, F., Parsons, K., Knight, K., & Hay, J. (2024). Priorities in simulated practice learning placements. *British Journal of Nursing*, 33(15). <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0264>
- Tagliaferri, S. D., Belavy, D. L., Fitzgibbon, B. M., Bowe, S. J., Miller, C. T., Ehrenbrusthoff, K., & Owen, P. J. (2024). How to Interpret Effect Sizes for Biopsychosocial Outcomes and Implications for Current Research. *The Journal of Pain*, 25(4), 857-861. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.10.014>
- Wojcieszek, A., Kurowska, M., Wróbel, A., Bodys.Cupak, I., Kaminska, A., & Majda, A. (2025). Analysis of high-fidelity simulation effects and their connection with educational practices in early nursing education. *BMC Nursing*, 24(457). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03077-x>
- Vangone, I., Arrigoni, C., Magon, A., Conte, G., Russo, S., Belloni, S., Stievano, A., Alfes, C. M., & Caruso, R. (2024). The efficacy of high-fidelity simulation on knowledge and performance in undergraduate nursing students: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 139. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106231>
- Vaughan, S., Ballard, T., Ward-Demo, P., Vojta, L., Ahmed, A. E., & Costello, A. (2024). Evaluation of Gender Disparity in Tactical Combat Casualty Care. *Military Medicine*, 189, 2114-2119. <https://doi.org/10.1093/milmed/usad455>
- Yu, J., Lee, S., Kim, M., Lee, J., & Jung, Y. J. (2026). Evaluating medical students' engagement and confidence across three simulation-based education methods: standardized patient, high fidelity simulator, and virtual reality. *BMC Medical Education*, 26(283). <https://doi.org/10.1186/s12909-026-08634-9>
- Zehler, A., Cole, B., & Arter, S. (2021). Hyflex simulation: a case study of a creative approach to unprecedented circumstances. *Clinical Simulation in Nursing*, 60, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.06.012>

5. CONCLUSÃO

Conforme foi referido ao longo deste Relatório Final, a elaboração do mesmo não representa somente o encerrar de uma etapa. Mais do que isso, deve representar a capacidade do Mestrando de usufruir das aprendizagens desenvolvidas ao longo do ciclo de estudos, aplicando-as na sua prática diária enquanto futuro Enfermeiro Especialista. Sem esta capacidade, a riqueza do Mestrado esgotar-se-ia no reforço e na assimilação de novos conhecimentos, não alcançando a sua plenitude. Quando o Enfermeiro Especialista é capaz de pautar a sua atuação pelas suas Competências Comuns e Específicas, o próprio sente-se mais realizado (Seabra et al., 2026), a sua capacidade de influenciar positivamente os pares sai reforçada e, acima de tudo, o Utente sai beneficiado, pois é o principal destinatário dos cuidados prestados, cuja excelência se pretende alcançar.

Para que o Mestrando possa efetivamente reconhecer a evolução das suas capacidades, é importante o seu autoconhecimento no início e no final do percurso. Assim, torna-se novamente pertinente a referência à teoria de Benner «De Iniciado a Perito» (2001). Porém as áreas de aprendizagem proporcionadas por um contexto tão vasto como são os cuidados à pessoa em situação crítica e os níveis nos quais me considerava à partida em cada uma delas são diferentes. Deste modo, afigura-se pouco rigoroso extrair como conclusão genérica ter iniciado num determinado nível e atingido outro (como cheguei a afirmar em Relatório de Estágio, relativamente a um estágio em particular). Não obstante é conclusão firme e transversal que desenvolvi competências em todos os estágios e ao nível de todas as diferentes oportunidades que cada um me proporcionou. Encontro-me, por isso, globalmente num nível substancialmente superior em matéria de conhecimentos, habilidades e capacidade para operacionalizar os mesmos, relativamente ao início do Mestrado.

De entre as diversas ferramentas com as quais os estágios me dotaram para aplicação no meu contexto laboral, gostaria de realçar aquela que assumirá, no imediato, uma maior expressão. Refiro-me, pois, à oportunidade de aprendizagem identificada no primeiro estágio, envolvendo o facto de a instituição hospitalar em questão se constituir como referência em termos de poio de área para acidentes envolvendo a lesão penetrante por arma de fogo. Além do já referido alcance de objetivos relacionados com o aumento dos conhecimentos dos Enfermeiros do SU, há a salientar o projeto acolhido pela Direção de Saúde, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação entre o Exército Português e outras instituições hospitalares que sejam, igualmente, referências de apoio de área a atividades de tiro de manutenção. Este desiderato constitui um exemplo da aplicabilidade prática que o ciclo de estudos pode aportar ao contexto de trabalho do Mestrando, incitando-o desde logo a não se conformar com o respetivo «estado da arte», mas sim procurando contribuir com projetos de melhoria, visando uma vez mais o alcance da excelência na prestação de cuidados.

Outro impulso precioso que o Mestrado proporciona ao futuro Enfermeiro Especialista, permitindo-lhe a aplicação de conhecimentos com influência direta no seu crescimento pessoal e profissional, verifica-se ao nível da produção científica. Desde logo, o Enfermeiro reforça as suas habilidades de pesquisa, análise da informação e redação, cuja aplicabilidade vai muito além da elaboração dos trabalhos escritos curriculares. Com efeito, estes são frequentemente orientados para formatos que permitam ao Mestrando partilhar os mesmos em eventos científicos, enriquecendo o seu currículo e conquistando experiência na comunicação. Como exemplo prático desta aplicabilidade, destaca-se o poster desenvolvido para I Congresso de Emergência Extra-Hospitalar da Cruz Vermelha Portuguesa da Figueira da Foz, primeiramente elaborado no contexto da unidade curricular de Emergência, Exceção e Catástrofe e posteriormente otimizado e apresentado, permitindo o alcance das metas elencadas.

Relativamente ao estudo de investigação/ação, este também se constitui como um exemplo em linha com o descrito no parágrafo anterior, na medida em que os artigos científicos sob os quais o estudo se encontra apresentado têm igualmente como objetivo a publicação em revistas indexadas. Efetuando uma vez mais a «ponte» entre o Mestrado e o meu contexto laboral saliente, de entre as diversas conclusões extraídas, a confirmação de que a SAF pode apresentar contributos pedagógicos ao nível das competências técnicas e, sobretudo, não técnicas dos formandos. Apesar de os resultados obtidos relativamente ao desempenho prático não serem particularmente expressivos, as competências não técnicas revelaram um impacto que não deve ser menosprezado, sobretudo à luz da evidência científica com a qual foi contraposto. A convicção de que a SAF aumenta a satisfação e de que participantes satisfeitos aprendem melhor saiu, pois, reforçada, bem como a mais inusitada conclusão de que índices mais baixos de autoconfiança traduzem uma melhor perceção do formando do real impacto das situações de trauma em ambiente tático. Espera-se, pois, ter a oportunidade de expor as conclusões obtidas às Forças Armadas Portuguesas, podendo as mesmas ter impacto na estruturação de futuros cursos TCCC-ASM.

Por fim, gostaria de enaltecer aquela que considero ser a conclusão mais desafiante obtida neste percurso. Efetivamente, desempenhando eu as minhas funções num contexto tão particular como é a Enfermagem Militar e optando por direcionar o meu trabalho de investigação/ação para a área da formação, a justificação da aplicabilidade das competências do Enfermeiro Especialista tornava-se um desafio. A evidência científica é vasta na referência ao papel do Enfermeiro enquanto formador entre pares. Já na transmissão de conhecimentos a profissionais não clínicos, esta é parca e muito direcionada para a formação em suporte básico de vida. Por outro lado, em contexto militar, a evidência recente inclui referências frequentes ao emprego da SAF em saúde militar. Já ao nível da inclusão dos Enfermeiros enquanto formadores nesse contexto, voltam a sentir-se dificuldades na procura de evidência científica que o suporte. Foi, por isso, necessário alargar bastante a pesquisa, cruzando os conteúdos provenientes das diferentes vertentes, o que permitiu o alcance das conclusões enunciadas. Não obstante, conforme se enunciou igualmente, seria desejável o surgimento de mais estudos nesta área específica, que tem assistido a um desenvolvimento exponencial nos últimos anos, para a qual gostaria de (continuar a) contribuir e para a qual, por todos os motivos mencionados, este Mestrado se constituiu como um auxiliar precioso.

REFERÊNCIAS

- Aengst, J., Walker-Stevenson, G., Harrod, T., Ivankovic, J., Neilson, J., & Guise, J. (2022). Uncomfortable yet necessary: The impact of PPE on communication in emergency medicine. *International Journal for Quality in Healthcare*, 34(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac095>
- Albino, M. J., Rosa, A. G., & Marques, M. I. (2023). Eficácia de uma intervenção de enfermagem para prevenção de comportamentos violentos de doentes psíquicos em contexto forense. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>
- Almeida, M. R., Lobão, C. A., & Coelho, A. R. (2024). Estratégias de gestão emocional dos enfermeiros no pré-hospitalar: Protocolo de scoping review. *New Trends in Qualitative Health*, 18, 1–9. <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e829>
- Anderson, A., & Sharon, H. (2021). Care coordination: A concept analysis. *American Journal of Nursing*, 121(12), 30–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
- Arnold, A. (2026). Healthcare-associated infections. *Medicine*, 54(1), 54–57. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2025.10.011>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2016). Guia de orientação para a elaboração do plano de emergência interno. <https://prociv.gov.pt/pt/documentacao/guia-de-orientacao-para-a-elaboracao-do-plano-de-emergencia-interno/>
- Belle, T.V., King, E.C., Roy, M., Michener, M., Hung, V., Zagrodney, K.A.P., McKay, S. M., Holness, D.L., & Nichol, K.A. (2024). Factors influencing nursing professional's adherence to facial protective equipment usage: A comprehensive review. *American Journal of Infection Control*, 52, 964-973. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2024.04.006>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora. <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Boykin, A., Schoenhofer, S., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Power of the Thoery of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as Caring – A Model for Transforming Practice*. Project Gutenberg. <https://nursology.net/nurse-theories/the-theory-of-nursing-as-caring/>
- Cabete, D. G., Fonte, C. S., Matos, M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R., & Silva, V. A. (2019) - Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(20), 129-138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Cárdenas, W., Murillo, N., Vidal, E., Ceron, R., Mejía, Y., & Jiménez, A. (2022). Care Perceptions in two ICU Nursing Care Delivery Models: A qualitative-comparative approach. *Investigación & Educación en Enfermería*, 40(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e15>
- Chargualaf, K. A., & Nobles, E. (2024). Understanding Leadership Style and the Impact on Medical-Surgical Nurses and Patient Outcomes. *MEDSURG Nursing*, 33(4), 197-198, 206. <https://doi.org/10.62116/MSJ.2024.33.4.197>
- Chisholm, A., Russolillo, A., Carter, M., Steinberg, M., Lambert, L., Knox, A., & Black, A. (2023). Advancing evidence-based practice through the Knowledge Translation Challenge: Nurses' important roles in research, implementation science and practice change. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 54(4), 163–170. <https://doi.org/10.1111/jan.16362>
- Coelho, A., & Adriano, P. (2021). Estratégias que suportam a integração de enfermeiros em UCI: Revisão sistemática de evidência de significado. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(2), 296-319. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Cogo, S. B., Lunardi, V. L., & Nietzsche, E. A. (2017). Considerações acerca da atuação do enfermeiro na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade. *Enfermagem em Foco*, 8(2), 26-30. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.1061>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (5ª ed.). Lidel - Edições Técnicas, Lda e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cunha, D., Carvalho, P., & Anastácio, Z. C. (2024). A Dialética da Compassividade, Empatia, Compaixão e Simpatia na Prática de Enfermagem: Um Ensaio Teórico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology – INFAD Revista de Psicologia*, 2(1), 31-38. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2024.n1.v2.2696>

- D'Arrigo, V., Furcieri, L., Roberti, V., Lomuscio, S., Alberti, A., Tremamondo, J., Trapani, M., & Tinti, S. (2023). Nursing management of the patient undergoing ECMO: competences and treatment outcomes. A literature review. *Scenario® - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 40(3). <https://doi.org/10.4081/scenario.2023.570>
- Decreto-lei nº 84/2014 do Ministério da Defesa Nacional. (2014). Diário da República: I série, nº 101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/84-2014-25345967>
- Decreto-lei nº 71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Diário da República: I série, nº 101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Dekker, M., Jongerden, I., & van Mansfeld, R. (2024). Implementation of infection prevention in intensive and critical care: What an infection control link nurse can contribute. *Intensive and Critical Care Nursing*, 83, 103705. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103705>
- Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, nº 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 10901/2022 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República: II Série, nº 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2022). *Infecções e Resistências a Antimicrobianos. Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencia-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Duarte, H. (2025). Planeamento da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II. *Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde*.
- Emaliyawati, E., Ibrahim, K., Trisyani, Y., Nuraeni, A., Sugiharto, F., Miladi, Q. N., Abdillah, H., Christina, M., Setiawan, D. R., & Sutini, T. (2025). Enhancing disaster preparedness through tabletop disaster exercises: A scoping review of benefits for health workers and students. *International Journal of Caring Sciences*, 17(1), 534–544. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S504705>
- Ferreira, A. (2023). *Preparação de Terapêutica Farmacológica – Manual Prático para Enfermeiros. Um Olhar Sobre a Teoria, a Prática e a Reflexão* (2ª ed.) Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Freeman-Sanderson, A., Istamboulian, L., & Rose, L. (2025). Communication with the critically ill patient: A nexus between patient needs, communication partner skills and the ICU environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.103962>
- Gaffney, T. (2021). Mitigating the threat of lost knowledge: A looming shortage of expert nurses requires strategies to accelerate knowledge transfer. *American Nurse Journal*, 16(1), 8-58. <https://research.ebsco.com/c/mut6e3/search/details/c4yvoxneuz?db=ccm%2Cmhc%2Cnyh%2Ccgh%2Cchh%2Ccmr%2Clxh%2Clth%2Clscda&limiters=FT%3AY%2CDT1%3A2020-11-14%2F2025-11-14&q=T%20%28expert%20nurses%29&searchMode=boolean>
- García, J. G., Molina S. O., Tienda, M. R., Félix-Alcántara, M. P., González, M. A., & Muñoz, J. J. (2025). Assessment of soft and hard skills in the nursing and students nursing: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, (89). <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104613>
- Glarcher, M. & Vaismoradi, V. (2024). A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 81, 5248-5263. <https://doi.org/10.1111/jan.16105>
- Godinho, L. F., Carreira, C., & Martins, C. (2018). Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre em Atualização. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(3), 20-24. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>
- Hamadeh, S., Lambert, G., Willetts, G., & Garvey, L. (2024). Pain management of adult sedated and ventilated patients in the intensive care units: A survey with free text responses. *Intensive & Critical Care Nursing*, (84). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103770>
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar e o Contexto de Saúde. In *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar* (pp. 31–37). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Huang, X., Zhong, L., Li, C., & Tang, Y. (2025). Systematic evaluation of risk prediction models for feeding intolerance in ICU patients during enteral nutrition. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 34(4), 577-588. [https://doi.org/10.6133/apjcn.202506_34\(3\).0009](https://doi.org/10.6133/apjcn.202506_34(3).0009)
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023a). *Carteira de Serviços do INEM*, I. P.. Conselho Diretivo.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023b). *Manual de Controlo de Infecção do INEM*. Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos do INEM (2ª ed.). Versão 3.
- Instituto Politécnico de Leiria (s. d.). *Guia Para a Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas. Normas APA 7ª Edição*. Bibliotecas do Politécnico de Leiria. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/26/2025/07/Guia_APA_7Ed.pdf
- Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde (2024). *Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos*. Conselho Técnico Científico. <https://pt.scribd.com/document/875919090/Normas-de-Elaboracao-de-Trabalhos-Academico-2024-versao-Final>
- Jadidi, A., Irannejad, B., Safarabadi, M., & Zand, S. (2024). Evaluation of stress management effectiveness using the action research approach on the job stress of pre-hospital emergency staff. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, (20). <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100702>
- Kainth, R., & Reedy, G. (2024). Transforming Professional Identity in Simulation Debriefing - A Systematic Metaethnographic Synthesis of the Simulation Literature. *Simulation in Healthcare*, 19(2), 90-104. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000734>
- Kimin, A., Nurachmah, E., Lestari, F. & Gawatri, D. (2022). Factors affecting nurses' ability to provide effective care in a disaster response: A review. *Journal of Public Health Research*, 11(2), 27-32. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2732>
- Koota, E., Kaartinen, J., Melender, H. (2024). Impact of educational interventions for professionals on infection control practices to reduce healthcare-associated infections and prevent infectious diseases: A systematic review. *Australian College of Nursing*, 31, 218-231. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.04.006>
- Lei nº 25/2012 (2012), com as alterações introduzidas por: Lei n.º 49/2018; Lei n.º 35/2023. Diário da República: I Série, nº 136/12. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2012-116052607-116056308>
- Lewandowska, K., Medrzycka-Dabrowska, W., Miklas, M., & Wujtewicz, M. (2025). Improving alarm management to reduce alarm fatigue in critical care: a mixed-methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, Oct. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104254>
- Liu, Q., Xie, C., Tan, J., Xu, L., Zhou, F., & Peng, L. (2024). Exploring the nurses' experiences in recognising and managing clinical deterioration in emergency patients: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 37(2), 309–317. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.06.004>
- Locsin, R. C. (1995). Machine Technologies and Caring in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00859.x>
- Locsin, R. C. (1999). Development of an instrument to measure technological caring in nursing. *Nursing and Health Sciences*, 17(1), 27–34. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00005.x>
- Locsin, R. C. (2001). The Culture of technology: Defining Transformation in Nursing, From “The Lady with a Lamp” to “Robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>
- Locsin, R. C. (2002). Quo Vadis? Advanced Practice in Nursing or Advanced Nursing in Practice? *Holistic Nursing Practice*, 16(2), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200201000-00003>
- Mackay, M. & Jans, C. (2022). Facilitating person-centred learning between nursing students and clinical supervisors in practice: guideline and programme development. *International Practice Development Journal*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.19043/ipdj.121.003>
- Mason, M., Im, B., Basseal, J. M., & Zimmerman, P. A. (2025). Moral distress among infection prevention and control professionals: A scoping review. *Infection, Disease & Health*, 30, 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2024.10.002>
- Meiers, S., Goumoëns, V., Thirsk, I., Abbott-Anderson, K., Bryziewicz, P., Eggenberger, S., Hietschmidt, M., Kiszio, B., Mcandrew, N., Morman, A., & Richardson, S. (2024). Nursing strategies to mitigate separation between hospitalized acute and critical care patients and families: A scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, (84). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103773>

- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., & Parreira, P. (2017). A liderança de enfermagem nas organizações de saúde. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, ... E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 7-25). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Melo, R., Rua, R., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 61-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Oley, M., Oley, M., Kepel, B., Prasetyo, E., Kalitouw, F., Kalesaran, L., Aling, D., Tulong, M., Islam, A., & Faruk, M. (2025). A descriptive retrospective study on the various uses of hyperbaric oxygen therapy. *International Maritime Health*, 76(4), 254-258. <https://doi.org/10.5603/imh.103441>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Áreas de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, à Pessoa em Situação Paliativa, à Pessoa em Situação Perioperatória e à Pessoa em Situação Crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10881/programa-formativo_eemc_rev33_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/perfil-de-compet%C3%A2ncias-do-enfermeiro-gestor-e-reconhecimento-de-%C3%A1reas-de-compet%C3%A2ncias-acrescidas-publicados-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%BAblica/>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Portaria nº 96/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº 85/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/96-2014-25343768>
- Portaria nº 104/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº 93/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/104-2014-25343677>
- Queirós, P. J. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 83-91. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a10>
- Quesada-Puga, C., Izquierdo-Espin, J., Membrive-Jiménez, M. J., Aguayo-Estremera, R., De La Fuente, G. A., Romero-Béjar, J. L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2024). Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, 82). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103660>
- Reed, P. (2025). Nursing Process 2.0 and The Arc of Nursing Knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 38(3), 16-21. <https://doi.org/10.1177/08943184251335237>
- Regulamento nº 429/2018. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Diário da República: II Série, nº 26/19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reime, M., Tangvik, L., Kinn-Mikalsen, M., & Johnsgaard, T. (2024). Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. *Nursing Reports*, (14). <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>
- Resnicoff, M., & Kinchen, E. (2022). Finding Ways to Incorporate Holistic Modalities for Stress Reduction in the Transition from Novice to Expert Nurse. *Beginnings – American Holistic Nurses Association*, 42(5), 12-14. <https://research.ebsco.com/c/mut6e3/viewer/pdf/z3l4cj3kff>
- Resolução nº 30/2015 da Comissão Nacional de Proteção Civil. (2015) Diário da República, II série, nº 88. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao/30-2015-67163565>
- Rezayani, A. (2025). Applications of nursing theories in clinical practice. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*, 2(2), 115-116. <https://doi.org/10.32598/JNACS.2411.1071>
- Rodrigues, F. M. (2021). Aprender a cuidar de famílias na transição para elaborar lutos e perdas. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 5-17. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i1.177>

- Rosenman, E. D., Bullard, M. J., Jones, K. A., Welsh, L., Broliar, S. M., Levine, B. R., Grand, J. A., & Fernandez, R. (2019). Development and Empirical Testing of a Novel Team Leadership Assessment Measure: A Pilot Study Using Simulated and Live Patient Encounters. *AEM Education and Training*, 3(2) 163-171. <https://doi.org/10.1002/aet2.10321>
- Rout, J., & Brysiewicz, P. (2020). Perceived barriers to the development of the antimicrobial stewardship role of the nurse in intensive care: views of healthcare professionals. *South African Journal of Critical Care*, 36(1), 51-56. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2020.v36i1.410>
- Russo, J. R., Bico, I. M., & Vala, P. A. (2022). Influência da Comunicação na Relação Enfermeiro-Família em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 96-116. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)
- Santos, P. R., Rocha, F. L. & Sampaio, C. S. (2019). Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(esp):e201803347. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
- Santos, P. A., Coutinho, V. R., Rabiais, I. C., & Baptista, R. C. (2025). Capacitação do Enfermeiro em Catástrofe: Análise Comparativa de Matrizes de Competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e39741. <https://doi.org/10.12707/RVI24.123.39741>
- Seabra, P., Lopes, J. O., Pessoa, E., & Capelas, M. (2026). Mental health of Portuguese nurses in 2024: what has changed since 2017? A cross-sectional observational comparative study. *Journal of Research in Nursing*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/17449871261419412>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023*. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- Souza, F. I., Broca, P. V., Guilherme, F. J., Haberland, V. F., Louro, T. S., Pereira, E. R., Silva, T. A., & Oliveira, A. B. (2026). Military nursing in tactical pre-hospital care: structure, action, and challenges in high-risk contexts. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (79). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0183>
- Susanne, M. M., Kjetil, L. B., & Fløystad, E. T. (2026). Fostering professional identity through interprofessional debriefing: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 40(2), 365-377. <https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2568867>
- Teles, D., Silva, M., Berger-Estilita, J., & Pereira, H. (2023). Practice of debriefing of critical events: a survey-based cross-sectional study of Portuguese anesthesiologists. *Porto Biomedical Journal*, 8(3). <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000215>
- Verkaik, I., Jonkman, N., Blokkzijl, F., Brunsveld-Reinders, A., Esmeijer, A., Mulder, I., van de Pol, I., Qualm, J., Rinket, M., Roeters, I., Weller, D., Rood, P., Paulus, F., & Eskes, A. (2025). Intensive care nurses' attitudes about the importance of family involvement in adult intensive care: A multicentre cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, (09). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104065>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>
- Wu, Y., Awang, S. R., Ahmad, T., & You, C. (2024). A systematic review of leadership styles in healthcare sector: Insights and future directions. *Geriatric Nursing*, 59, 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.033>
- Xu, L., Lin, L., Guan, A., Wang, Q., Lin, F., Lin, W., & Li, J. (2024). Factors associated with reflective practice among specialist nurses in China: A latent profile analysis. *Nursing Open*, 11(12):e70114. <https://doi.org/10.1002/nop2.70114>
- Xyrichis, A. & Rose, L. (2024). Interprofessional collaboration in the intensive care unit: Power sharing is key (but are we up to it?). *Intensive & Critical Care Nursing*, (80). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103536>
- Yang, J., Liu, F., Yang, C., Wei, J., Ma, Y., Xu, L., Xie, J., & Wang, J. (2025). Application of Donabedian Three-Dimensional Model in Outpatient Care Quality: A Scoping Review. *Journal of Nursing Management*, 2025, Article 6893336. <https://doi.org/10.1155/jonm/6893336>
- Zhang, H., Liu, F. & Lang, H. (2024). The relationship between role ambiguity and anxiety in intensive care unit nurses: The mediating role of emotional intelligence. *Intensive & Critical Care Nursing*, (81). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103597>

ANEXOS

ANEXO I – PROGRAMA DO 2º CONGRESSO DE ENFERMAGEM DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO



12 de Março

- 08:30 Abertura do Secretariado**
- 09:00 A propósito do ABCDE**
A de Aviação
João Teixeira (*Piloto militar*)
- 09:30 Trabalho sem rede**
Moderação: Tânia Silva (*ULSM*)
Para que outros vivam
Luís Gonçalves (*H. Cascais*)
Assistência nas praias Vila do Conde / Póvoa
Sílvia Lopes (*Os Golfinhos*)
Socorro aeroportuário
Liliana S. Silva (*Aeroporto do Porto*)
Ordem dos Enfermeiros – Carlos Ferreira
- 10:30 Tempo para café**
- 11:15 Sessão de Abertura**
- 12:00 A propósito do ABCDE**
B de VNI
Vasco Penela (*ULSAM*)
- 12:30 Tempo de Almoço**
- 14:00 O nosso SU (ainda) é assim**
António Pereira (*ULSM*)
- 14:30 Sob ameaça?**
Manuel Gonçalves (*SIS*)
- 15:00 Gestão do SU em tempo de crise**
Nelson Pereira
- 15:30 Tempo para mais um café**
- 16:30 Programa Cultural**
Simulacro de Salvamento Aquático

Comissão Científica:
Amélia Ferreira
Liliana Mota
Liliana Silva
Marco Sousa

Organização:
NEED2PRESERVE
Associação para a promoção do
conhecimento em Enfermagem

13 de Março

- 09:00 Por falar em meter água**
Filipe Pereira (*ULSM*)
- 09:30 A propósito do ABCDE**
C de Reanimação
André Gomes
- 10:10 Tempo para café**
- 10:45 Queremos voltar para a ilha?**
Moderação: Paulo Mesquita (*ULSM*)
Ilhas sem Hospital - Débora Andrade (*Usi SM*)
Melhor de dois mundos - Luís Cabral (*SRPCBA*)
- 11:15 A propósito do ABCDE**
D de Proteção Cerebral
Elisabete Monteiro (*ULSSJ*)
- 12:00 Rim...Rim...Fala do SU?**
Miguel Sousa (*ULSSA*)
- 12:30 Tempo de Almoço**
- 14:00 Quem me leva os meus fantasmas**
Testemunhos
Como gerir? - Carlos Casquinha (*Exército Português*)
- 14:30 A propósito do ABCDE**
E de Evidência
Liliana Mota (*ESSNorteCVP*)
- 15:15 Novas Drogas. Novos desafios?**
Moderação: Cristina Santos (*ULSM*)
Nas ruas – Josué Santos (*PJ*)
Na sala de emergência – Sofia Silva (*ULSSJ*)
- 16:00 Tempo para mais um café**
- 16:30 Inteligência emocional no SU**
Sara Spínola
- 17:00 Comunicação de resultados e entrega de prémios**
- 17:20 Encerramento**

Mais informação:



ANEXO II – PROGRAMA DO I CONGRESSO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DA FIGUEIRA DA FOZ

Sábado	11 de Outubro 2025
08h30	Receção de Palestrantes e Participantes
09h00 – 09h30	Apresentação de E-Pósteres
	Sessão de Abertura Entidades: Câmara Municipal da Figueira da Foz, CVP Coordenação Nacional, CVP Delegação da Figueira da Foz, Bombeiros Voluntários da Figueira da Foz, Bombeiros Sapadores da Figueira da Foz, ULS do Baixo Mondego;
09h30 – 10h00	
10h00 – 10h40	O Futuro da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal: Desafios e Oportunidades Palestrantes: Gonçalo Órfão (Coordenador Nacional da CVP); Nuno Pinto (Comandante CBSFF) Moderador: Herlander Soares
10h40 – 11h00	Coffee-break
11h00 – 11h30	Preservação de Provas Forenses no Extra Hospitalar Do local do crime ao Hospital Palestrantes: Verónica Rodrigues (PJ); Cristiana Oliveira (Enf. Esp. Médico-Cirúrgica) Moderador: Celina Peixoto
11h30 – 12h00	Destraumatizar as novas guidelines do trauma Palestrante: Helder Peixoto (Adjunto de Comando B.V. Felgueiras) Moderador: Sílvia Teles
12h00 – 12h30	Emergências & Catástrofe Coordenação em Cenários de Catástrofe: Gestão e Comunicação em Equipa Palestrante: André Morais (Docente Universidade Lusófona – CUP) Moderador: Raul Lopes
12h30 – 14h00	Almoço
14h00 – 14h30	Comunicação e Gestão de Stress no Extra-Hospitalar Palestrantes: Paula Figueiredo; Diana Fernandes; Eduardo Joanes (Psicólogos) Moderador: Cleópatra Pereira
14h30 – 15h00	Vias Verdes – Pontes para a Vida (Coronária/AVC) Palestrantes: Pedro Ribeiro (Professor ESEnt Coimbra); Dra Amélia Pereira (Médica CVPFF) Moderador: Helena Magalhães
15h00 – 15h30	Coffee-break
16h00 – 16h30	O Papel do Tripulante de Ambulância no Extra-Hospitalar em Portugal Emergency Pitch Award Palestrantes: Tripulantes de Ambulância (a designar) Moderador: Gustavo Ribeiro
16h30 – 17h00	NRBQ – Onde estamos? Palestrante: Miguel Moita (Plataforma Intervir.pt) Moderador: José Silva
17h00 – 17h30	Momento Musical/Artístico Agradecimentos finais; Entrega de prémio Melhor E-Póster

ANEXO III – PROGRAMA DA DEMONSTRAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE TRIAGEM CLÍNICA DE EMERGÊNCIA DA *INTERNATIONAL ACADEMY OF EMERGENCY DISPATCH*



Associação Nacional dos
Técnicos de Emergência Médica
Avançando na Profissão
Serviços Médicos de Emergência



International Academies
of Emergency Dispatch

Priority Dispatch



É com elevada honra e consideração que temos o prazer de convidar Vossas Excelências a estar presentes na **Demonstração dos Protocolos de Triagem Clínica de Emergência – Medical Priority Dispatch da International Academy of Emergency Dispatch**, a realizar-se no dia **6 de dezembro de 2025**, pelas **09h00**, no **Fórum Cultural de Alcochete**.

Este evento constituirá uma oportunidade singular para conhecer o **Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®)**, um sistema de triagem clínica desenvolvido e sustentado cientificamente, que estabelece um **padrão internacional de referência** para os centros de emergência médica.

O MPDS® abrange uma vasta gama de situações críticas — incluindo casos de afogamento, esfaqueamento, ferimentos por arma de fogo, entre outros —, permitindo a prestação de **assistência imediata ao cidadão** enquanto os meios de socorro se deslocam para o local.

Importa referir que a *International Academy of Emergency Dispatch (IAED)* desenvolve igualmente protocolos de triagem para **centros de emergência de polícia e bombeiros**, bem como protocolos específicos para **serviços de aconselhamento clínico**, como o SNS 24.

Com mais de **quatro décadas de desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo**, o sistema MPDS® tem sido **testado em centenas de milhões de chamadas** desde 1979, incorporando **36 protocolos clínicos** atualizados de forma permanente com base em recomendações, evidência científica e contributos de associações médicas de referência mundial.

Será para nós uma honra contar com a presença de Vossas Excelências neste momento de especial relevância para o futuro dos serviços médicos de emergência em Portugal.

Protocolos de Triagem Clínica de Emergência – Medical Priority Dispatch da International Academy of Emergency Dispatch - Demonstração

Endereço: Fórum Cultural de Alcochete - Praça Da Cultura 87, 2890-510 Alcochete

Data e Hora: 06 de dezembro – 09:00 às 16:00

Programa:

09:00 – Recepção dos convidados e pequeno-almoço;

09:45 – Apresentação e demonstração do sistema MPDS PRO-QA;



Associação Nacional dos
Técnicos de Emergência Médica
Avançando na Profissão
Serviços Médicos de Emergência



Priority Dispatch



12:30 – Pausa para almoço;

14:00 – Sessão de esclarecimento e demonstrações individualizadas;

16:00 – Encerramento.

Solicitamos que confirme sua presença até 21 de novembro, incluindo o número de pessoas, através do e-mail: eventos@antem.pt. A vossa presença é muito importante para nós, esperamos que este evento seja uma experiência memorável para todos.

Agradecemos antecipadamente pela vossa consideração e esperamos vê-los no **(Protocolos de Triagem Clínica de Emergência – Medical Priority Dispatch da International Academy of Emergency Dispatch - Demonstração)**.

Com elevada estima e consideração,

Paulo Paço

Presidente ANTEM

ANEXO IV – ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM

Item
Satisfação com a aprendizagem atual
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico.
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação.
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.
A autoconfiança na aprendizagem
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou.
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo médico-cirúrgico.
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico.
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação.
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação.
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação.
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades.
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula.

Fonte: Almeida et al., 2015, p. 1010

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/46/2025

Data: 11/04/2025

Título do estudo: IMPACTO DA SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NA PRÁTICA, SATISFAÇÃO E AUTOCONFIANÇA DE MILITARES NO CURSO *TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE* (TCCC).

Nome dos proponentes: Hugo Miguel Santos Duarte.

Investigador Principal: Hugo Miguel Santos Duarte.

Membros da equipa de investigação: Hugo Miguel Santos Duarte, Bráulio João Nunes de Sousa e Mário Rui Leal da Silva.

O estudo tem como objetivos: -----
O objetivo principal, avaliar o impacto da simulação de alta-fidelidade na prática, satisfação e autoconfiança dos militares que realizam o curso TCCC-ASM. -----
Objetivos específicos: Adaptar e validar transculturalmente o instrumento "Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem" para militares portugueses sem formação em áreas da saúde; Analisar e correlacionar as características sociodemográficas, académicas e profissionais dos militares que realizam o curso com simulação de alta-fidelidade e com simulação de em paciente-padrão; Avaliar e correlacionar a prática, satisfação e autoconfiança dos militares que realizam o curso, com simulação de alta-fidelidade e com simulação em paciente-padrão. -----
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, após parecer da CE, abril 2025. --
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, março 2026. -----
A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, após parecer da CE, abril de 2025. -----
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, dezembro 2025. -----
Metodologia: -----
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado, um estudo primário, correlacional-quantitativo, descritivo e experimental. -----
A população-alvo está identificada e corretamente justificada. A amostra está identificada e corretamente justificada. -----
Critérios de inclusão e exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os procedimentos para a recolha de autorizações estão descritos e corretamente justificados. -----
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----
Não estão previstos danos para os participantes. -----
Os benefícios previstos para os participantes no estudo estão devidamente descritos e justificados. -----
Não estão previstos custos nem compensações para os participantes. -----
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----

1



O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O compromisso de honra do investigador principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
No consentimento informado, esclarecido e livre foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----
Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P^la CE a Presidente

Assinado por: SUSANA LUÍSA DA CUSTÓIA
MACHADO MENDES
Data: 2025.04.11 21:02:34+01'00'

ANEXO VI – GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÁTICA DO CURSO TCCC-ASM



UNIDADE DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE MILITAR
MÓDULO DE FORMAÇÃO E SIMULAÇÃO - COIMBRA
TACTICAL COMBAT CASUALTY CARE - TCCC

**GRELHA DE AVALIAÇÃO PRÁTICA
CENÁRIO FINAL**

Designação do Curso Data ____ / ____ / ____

INSTRUTOR	FORMANDOS	AVALIAÇÃO

AVDS	Tarefa	Pontuação	Total
	1. Assegura condições de segurança	1	
	2. Retira armamento da vítima	1	
M	3. Pesquisa a presença de hemorragias massivas (blood sweep)	1	
M	4. Coloca TQ corretamente em menos de 1 minuto	2	
A	5. Permeabiliza a via aérea (elevação da cabeça ou do mento) e efetua VOS durante 10 segundos	1	
A	6. Coloca corretamente o tubo nasofaríngeo quando identificada vítima inconsciente	2	
A	7. Confirma eficácia da colocação do tubo nasofaríngeo efetuando o VOS durante 10 segundos	1	
R	8. Expõe o tórax da vítima e identifica lesão penetrante do tórax	1	
R	9. Coloca corretamente o selo torácico na região anterior do tórax	2	
R	10. Avalia a existência de um orifício de saída do projétil na região posterior do tórax	1	
C	11. Palpa pulso radial	1	
C	12. Verifica a eficácia do torniquete e outras hemorragias	1	
C	13. Eleva os membros inferiores	1	
H	14. Verbaliza que retira roupas molhadas ou ensanguentadas da vítima	1	
H	15. Cobre a vítima com manta térmica	1	
EVAC	16. Identifica necessidade de evacuação da vítima (relatório 3 lines)	1	
EVAC	17. Verbaliza o preenchimento do cartão DD form 1380 TCCC	1	
	TOTAL	20	

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER APRESENTADO NO I CONGRESSO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DA FIGUEIRA DA FOZ

Adequação social dos sistemas de triagem adotados em Portugal em situações de exceção

Enf. Mário Silva; Enf. Fábio Jorge; Enf. Vítor Guilherme; Enf. Esp. Bráulio Sousa
ESSLei-IPLeiria ESSLei-IPLeiria ESSLei-IPLeiria ESSLei-IPLeiria

Congresso de Emergência Extra-Hospitalar



Descritores: Incidentes com feridos em massa; triagem; assistência pré-hospitalar; serviço hospitalar de emergência.

INTRODUÇÃO

O fluxo de pessoas que ocorre aos serviços de urgência hospitalares e a respetiva limitação de recursos tornam essencial a implementação de sistemas de triagem. Em Portugal, à semelhança de outros países europeus, o sistema de triagem de Manchester constitui-se como ferramenta de eleição para a priorização de Utentes (Azevedo, 2023).

Em cenários de exceção, caracterizados por um desequilíbrio entre a procura e os recursos disponíveis, a triagem realizada no local da ocorrência é crucial (Heller et al., 2023). Em Portugal, utiliza-se o sistema START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), conforme preconizado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para definir a ordem de evacuação (Chumvanichaya, 2025).

O Posto Médico Avançado, frequentemente montado no nosso país próximo ao teatro de operações, desempenha um papel essencial na triagem secundária, realizada de acordo com o método *Triage Revised Trauma Score* (TRTS) e estabilização inicial das vítimas antes do transporte para o hospital (INEM, 2012).

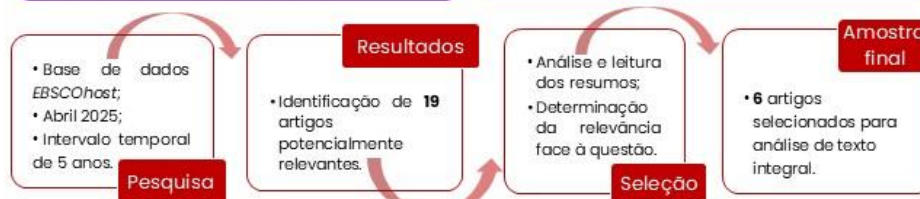
Existe, contudo, evidência científica relativa a alternativas a esta abordagem, como a estratégia proposta pela *International Association for Promotion of Education and Training in Major Incidents and Disasters* (MRMID), que privilegia evacuações mais imediatas das vítimas diretamente para os hospitais (Lennquist, 2012).

OBJETIVO

Explorar a pertinência dos métodos de triagem adotados em Portugal quando da ocorrência de situações de exceção.

QUESTÃO

O sistema de triagem em situações de exceção preconizado em Portugal é o mais adequado?



Autores	Ano	Objetivo	País	Conclusões
Heller et al.	2023	Validação de algoritmos de triagem secundária.	Alemanha	Verificada a transferibilidade dos algoritmos de triagem primária pré-hospitalares para os algoritmos clínicos de triagem secundária.
Montán et al.	2014	Análise da metodologia do curso Medical Response to Major Incidents (MRMI).	Suécia	Considerada adequada a metodologia por formandos experientes em diversos cursos.
Montán et al.	2023	Avaliação da determinação da capacidade de resposta hospitalar com base na metodologia preconizada pelo curso MRMI.	Suécia	Constatada a dependência da capacidade de resposta não só dos recursos disponíveis mas também da organização e da competência dos profissionais.
Castoldi et al.	2022	Confirmação da viabilidade de aplicação das diretrizes do curso MRMI a um hospital específico.	Itália	Concluiu a importância da inclusão do treino baseado nas diretrizes do MRMI nos planos de emergência hospitalares.
Campanale et al.	2022	Preparação de um hospital para um evento em massa, com base na metodologia do curso MRMI.	Itália	Considerada fundamental a aplicação da metodologia ao plano de emergência interna, resultando na revisão do mesmo, identificando-se o trabalho entre intervenientes de diferentes departamentos como fator mais desafiante.
Cauwer et al.	2023	Identificação dos principais problemas associados às comunicações em choa incidentes com feridos em massa.	Países Baixos	Constatada como determinante a comunicação entre os diferentes serviços.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Os estudos comprovam a eficácia da modalidade de ação preconizada pelo curso MRMI, salientando a importância da sua inclusão nos planos de emergência, bem como do treino conjunto entre os diversos atores. Em Portugal, pela difícil transferibilidade das figuras previstas no referido modelo para o sistema de proteção civil, este não constitui, atualmente, uma alternativa viável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO MINISTRADA NO ESTÁGIO DE OPÇÃO (CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR)



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objetivo Geral	Adquirir e consolidar conhecimentos de intervenções de Enfermagem em contexto de trauma - lesão penetrante por arma de fogo -, aplicando os protocolos SIV e selo torácico/agulha de descompressão de pneumotórax hipertensivo.				
Tema	Abordagem da lesão penetrante por arma de fogo, com treino de aplicação de selo torácico e descompressão de pneumotórax hipertensivo	Data de Realização	03-11-2025	Local	Quartel dos Bombeiros
Duração da Sessão	2 horas	Público-Alvo	Equipa de Enfermagem SIV	Formadores	Enf.ª Orientadora Enf.º Mário Silva

Tempo	Fases	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Técnico - Pedagógicos de Apoio
5 m	Introdução	Exposição dos conteúdos programáticos previstos para a sessão. Apresentação dos objetivos da sessão de formação.	Método Expositivo	Recursos Projetáveis: Projetor multimédia. Recursos Multimédia: Computador (Apresentação <i>PowerPoint</i>).
110 m	Desenvolvimento	Apresentação de palestra teórica com exposição do tema; Execução de bancas práticas.	Método Expositivo, demonstrativo e <i>role-playing</i>	Recursos projetáveis: Projetor multimédia. Recursos Multimédia: Computador (Apresentação <i>PowerPoint</i>). Outros recursos: mala de abordagem à vítima; torniquetes; agentes hemostáticos; ligaduras compressivas; selos torácicos, agulhas de descompressão torácica.
5 m	Conclusão	Reflexão e esclarecimento sobre os temas apresentados; Encerramento da sessão.	Método Expositivo	

APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SATISFAÇÃO DE ESTUDANTES E AUTOCONFIANÇA NA APRENDIZAGEM

Assunto: Re: Solicitação de utilização da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem

Não costuma receber e-mails de amazzo@usp.br. [Saiba por que motivo isto é importante.](#)

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Prezado Mário Silva,

Tem toda a autorização para uso do instrumento. Todos os dados do trabalho são públicos. Fico à disposição para colaborar no que for necessário.
Fiz duas grandes atividades com o treino de militares no Brasil, uma capacitação para Parto Normal extra hospitalar e outra de Procedimentos para a o grupo tático e civil (condutas em ferimento de arma branca, PCR, principais traumas e humanização). Foram maravilhosas. Tenho certeza que o seu projeto será de muito valor.
Com os melhores cumprimentos.
Alessandra

Alessandra Mazzo

Profa. Associada da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Bauru (FMBRU-USP).
Coordenadora do Centro de Educação e Capacitação em Saúde do Campus de Bauru.
[Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2640044420444521>](mailto:amazzo@usp.br)
amazzo@usp.br
Telefone contato (005514- 32266162 ou 005514-32266189)

Em seg., 6 de jan. de 2025 às 23:55, Mário Rui Leal Da Silva <5240054@my.ipleiria.pt> escreveu:
Exma. Srª Professora Doutora Alessandra Mazzo,

<https://outlook.office.com/mail/inbox/ids/AAQKADhwY2E4OGJlTc0NGE1NDAwOSQ4NmFkUWQ5NmV3MjYyYzExYQAAQnkTubTFErcTkpQJL...> 2/3

12/01/25, 03:58

Correio – Mário Rui Leal Da Silva – Outlook

Sou Enfermeiro Militar e estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (Portugal).

No âmbito da Unidade Curricular de Metodologias de Investigação Aplicada, encontro-me a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sob orientação do Professor Doutor Hugo Duarte e do Professor Bráulio Sousa, pretendendo realizar um estudo com militares que frequentam o curso *Tactical Combat Casualty Care*.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar autorização para a utilização da Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem no âmbito deste projeto, pretendendo fazer uma adaptação do instrumento de avaliação por se tratarem de formandos que não são da área da saúde.

Em caso afirmativo, questiono também a possibilidade de me facultar eventuais dados colhidos no decurso do processo de validação da escala que não constem do respetivo artigo.

Desde já agradeço bastante a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Mário Silva

APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO PARA A VALIDAÇÃO transcultural DA ESCALA

Re: FW: Adaptação Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem

De Alessandra Mazzo <amazzo@usp.br>

Data seg, 01/09/2025 22:57

Para Mário Rui Leal Da Silva <5240054@my.ipleiria.pt>

Cc Alessandra Mazzo <amazzo@eerp.usp.br>; Hugo Miguel Santos Duarte <hugo.duarte@ipleiria.pt>; Bráulio João Nunes de Sousa <braulio.sousa@ipleiria.pt>

Atenção: Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Boa noite Mário, Estava em férias e acabou passando.

Por favor só observe que quando traduzimos para o português a intenção era usar uma única versão Brasil, Angola, Portugal. Inclusive os colegas de Coimbra são parceiros da pesquisa e do trabalho. Mas isso discuta com seu orientador por favor e fique a vontade.

Rev. Latino-Am. Enfermagem
nov-dez. 2015;23(6):1007-13
DOI: 10.1590/S1041-2169.0472.2043
www.eerp.usp.br/rlae

Artigo Original

Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning¹

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida²

Alessandra Mazzo³

José Carlos Amado Martins⁴

Rui Carlos Negrão Baptista⁵

Fernanda Berchelli Girão⁶

Isabel Amélia Costa Mendes⁷

¹Objetivo: traduzir e validar para língua portuguesa a escala Student Satisfaction and Self-Confidence

Mas vamos a validação. Minha sugestão é revisar o termo instrutor e formador e padronizar. A escala foi construída a muito tempo, tanta coisa evolui em simulação. O restante acho que não foge ao original. Muito obg e continuo a disposição.

Alessandra

Em seg., 1 de set. de 2025, 18:37, Mário Rui Leal Da Silva <5240054@my.ipleiria.pt> escreveu:
Boa noite Exma. Srª Professora Doutora Alessandra Mazzo,

Em seg, 1 de set. de 2025, 18:37, Mário Rui Leal Da Silva <5240054@my.ipleiria.pt> escreveu:
Boa noite Exma. Srª Professora Doutora Alessandra Mazzo,

Em virtude de ainda não ter havido oportunidade de resposta ao e-mail que enviei no dia 13 de julho (abaixo) e tendo eu, a partir desta semana, a possibilidade de iniciar a colheita de dados referentes ao meu estudo de mestrado, venho encarecidamente solicitar uma vez mais a sua validação da minha versão adaptada para pessoas sem formação em áreas da saúde (em anexo).

<https://outlook.cloud.microsoft/mail/Id/AAQkADIwY2E4OGJLTb0M2EiNDAwOS04NmFkLWQ5NmQ3MjYwYzExYQQAQADcAJBgb4cpMks5n1U%2...> 1/3

11/03/26, 03:09

Correio – Mário Rui Leal Da Silva – Outlook

Com a mais elevada consideração,

Mário Silva

De: Mário Rui Leal Da Silva

Enviado: 13 de julho de 2025 23:07

Para: Alessandra Mazzo <amazzo@usp.br>

Cc: amazzo@eerp.usp.br <amazzo@eerp.usp.br>; Hugo Miguel Santos Duarte <hugo.duarte@ipleiria.pt>;
Bráulio João Nunes de Sousa <braulio.sousa@ipleiria.pt>

Assunto: Adaptação Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem

Boa noite Exma. Srª Professora Doutora Alessandra Mazzo,

No seguimento de um primeiro contacto efetuado em janeiro do presente ano, no qual solicitei a sua autorização para o recurso à Escala de Satisfação de Estudantes e Autoconfiança na Aprendizagem, venho por este meio solicitar agora a sua validação da minha versão adaptada para pessoas sem formação em áreas da saúde (em anexo).

A mesma insere-se no estudo que me encontro a desenvolver por ocasião do meu mestrado, já anteriormente enquadrado, e cujo projeto submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria envio igualmente em anexo, para melhor fundamentação e esclarecimento de eventuais questões.

Esta versão adaptada resulta de uma primeira adaptação para português de Portugal, que seguiu as seguintes etapas, supervisionadas por uma Comissão de Revisão:

- 1- Tradução dos itens da escala para português de Portugal por dois profissionais da área nativos em português de Portugal;
- 2- Elaboração de versão de consenso a partir das duas traduções anteriores;

- 3- Envio da versão de consenso a dois nativos em português do Brasil para retradução dos itens para português do Brasil;
- 4- Comparação das duas retraduições anteriores com a versão original, atestando serem idênticas à mesma.

A partir da versão adaptada para português de Portugal, elaborei então a versão adaptada para pessoas sem formação em áreas da saúde, indo ao encontro do estudo. Fundamentalmente foram suprimidos os termos "Enfermagem" e "Médico-Cirurgião/a" e substituído o termo "professor" por "instrutor", mais adequado ao contexto militar e condizente com a versão original na *National League for Nursing*.

Solicito assim a sua validação da mesma, atestando não ter havido perda de conteúdo/sentido dos itens.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de qualquer questão à qual este meu e-mail e/ou a consulta do projeto submetido à Comissão de Ética não permitam responder, bem como para o pronto envio dos documentos elencados nos pontos 1-3.

Uma vez mais agradeço imenso a sua disponibilidade e colaboração neste meu estudo.

Atenciosamente,

Mário Silva

<https://outlook.cloud.microsoft/mail/Id/AAQkADIwY2E4OGJLT0M2EiNDAwOS04NmFkLWQ5NmQ3MjYwYzExYQQAQADcAJBgb4cpMks6n1U%2...> 2/3

11/03/26, 03:09

Correio – Mário Rui Leal Da Silva – Outlook

Alessandra Mazzo

Profa. Associada da Universidade de São Paulo da Faculdade de Medicina de Bauru (FMBRU-USP)

Presidente da Comissão de Graduação da FMBRU-USP

Coordenadora do Centro de Educação e Capacitação em Saúde do Campus de Bauru.

Letras <https://lattes.cnpq.br/2640044420444521>



DEPARTAMENTO DE MEDICINA | Department of Medicine
Faculdade de Medicina de Bauru - USP | Bauru Medical School - University of São Paulo
E-mail: med.fmbu@usp.br | Tel: Phone number + 55 14 3235 8130
Endereço | Address: Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisola nº 9-75, Bauru, SP, Brazil

APÊNDICE V – VERSÃO FINAL DA VALIDAÇÃO transcultural DA ESCALA

Adaptação da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.					
A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e de atividades para promover a minha aprendizagem.					
Gostei do modo como o meu formador ensinou através da simulação.					
Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.					
A forma como o meu formador ensinou, através da simulação, foi adequada para a forma como aprendo.					
Estou confiante de que domino os conteúdos da simulação que o meu formador me apresentou.					
Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio da temática.					
Estou confiante de que estou a desenvolver habilidades e a obter os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em ambiente real.					
O meu formador utilizou recursos úteis para ensinar através da simulação.					
É minha responsabilidade como formando aprender o que preciso de saber através da simulação.					
Sei como obter ajuda quando não entender os conceitos abordados na simulação.					
Sei como utilizar atividades de simulação para desenvolver habilidades.					
É responsabilidade do formador dizer-me o que preciso de aprender na temática desenvolvida através da simulação durante a instrução.					