



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Recolha e Preservação de Vestígios  
Forenses no Serviço de Urgência – *Know  
How* dos Enfermeiros**

**Cláudia Isabel Velez Janeiro**

Orientação: Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto  
Marques

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa  
em Situação Crítica*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Recolha e Preservação de Vestígios  
Forenses no Serviço de Urgência – *Know  
How* dos Enfermeiros**

**Cláudia Isabel Velez Janeiro**

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto  
Marques

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa  
em Situação Crítica*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

**Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência – *Know How* dos Enfermeiros**

**Cláudia Isabel Velez Janeiro**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica**

**Júri:**

**Presidente:**

Exmo. Sr. Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em Educação)  
Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Arguente:**

Exma. Sra. Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo (Doutorada em Desenvolvimento e Intervenção em Psicologia)  
Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

**Orientador:**

Exma. Sra. Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Doutorada em Enfermagem)  
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Data: 14/09/2020

"Os livros não são feitos para que alguém acredite neles,  
mas para serem submetidos à investigação. Quando  
consideramos um livro, não devemos perguntar o que  
diz, mas o que significa."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Umberto Eco, In: *Il nome della rosa* (1980)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, dirijo o meu agradecimento à Professora Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Marques, pelos ensinamentos partilhados, pelo seu apoio e incentivo ao longo do curso e por toda a disponibilidade demonstrada.

A toda a equipa do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, nomeadamente à Enfermeira Liliana Ricardo e Enfermeira Telma Dias, pela forma acolhedora como me receberam e pela partilha enriquecedora de experiências e conhecimento.

Aos meus amigos, que embora à distância acompanharam todo o caminho percorrido, pelas palavras de apreço, apoio e incentivo que me dirigiram.

Por último, mas não menos importante, é-me premente dirigir um agradecimento especial aos meus pais, pelo seu apoio incondicional, pelo incentivo dado ao longo de todo o percurso realizado, pelo seu carinho e paciência em momentos de maior inquietação.

A Todos, o meu Muito Obrigada.

## **RESUMO**

**Objetivo:** Demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.

**Metodologia:** Aplicou-se a metodologia descritiva na realização deste relatório. Na atividade major, recorreu-se à Metodologia de Projeto, permitindo a materialização e implementação de um projeto individual num Serviço de Urgência, com vista à otimização de procedimentos no âmbito forense, recorrendo-se para isso a momentos formativos e prática simulada.

**Resultados:** O estágio foi realizado no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, contextos que possibilitaram/potenciaram o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre. Na atividade de Enfermagem Forense, os enfermeiros demonstraram possuir lacunas significativas no que reporta à Recolha e Preservação de Vestígios Forenses, destacando-se a melhoria considerável de conhecimentos/aptidões neste âmbito, após sessão formativa e simulações realizadas.

**Conclusão:** Realizou-se uma abordagem sistematizada das atividades desenvolvidas aquando o decorrer do Estágio Final, inerente aos procedimentos forenses, culminando na análise e reflexão crítica acerca do processo de aquisição/desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, processo que permitiu confirmar a efetividade do projeto realizado e o atingir dos objetivos definidos.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Forense; Vestígios Forenses; Serviço de Urgência.

## **ABSTRACT**

**Objective:** Demonstrate the acquisition and development of clinical skills specialized in Medical-Surgical Nursing: The Person in Critical Situation and Master's Degree in Nursing.

**Methodology:** The descriptive methodology was applied in the realization of this report. At major activity, the project methodology was used, allowing the materialization and implementation of na individual project in an Emergency Department, with a view to optimizing procedures in the forensic scope, using training moments and practical simulated.

**Results:** The internship was performed at the Emergency Department and Care Unit Multipurpose Intensive Care, contexts that made possible/potentiated the development of Expert Nurse and Master competencies. In the activity of Forensic Nursing, the nurses demonstrated to have significant gaps regarding the Collection and Preservation of Forensic Traces, highlighting the considerable improvement of knowledge/skills in this area, after training session and simulations performed.

**Conclusion:** A systematic approach was taken to the activities developed during the Final Stage, inherent to forensic procedures, culminating in the analysis and critical reflection on the process of acquisition/development of skills Specialist Nurse, Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation and Master in Nursing, a process that allowed to confirm the effectiveness of the project carried out and the achievement of the defined objectives.

**Key words:** Medical-Surgical Nursing; Nursing care; Forensic Nursing; Forensic evidence; Emergency Service.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO FINAL</b> .....	20
1.1 HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL [E.P.E.].....	22
1.1.1 Serviço de urgência: contexto geral .....	23
1.1.2 Serviço de urgência: recursos humanos e metodologia de cuidados .....	25
1.1.3 Serviço de urgência: espaço físico e recursos materiais.....	27
1.2 HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, E.P.E. ....	28
1.2.1 Unidade de cuidados intensivos polivalente: contexto geral.....	29
1.2.2 Unidade de cuidados intensivos polivalente: recursos humanos e metodologia de cuidados.....	30
1.2.3 Unidade de cuidados intensivos polivalente: espaço físico e recursos materiais.....	32
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL</b> .....	34

<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	40
<b>4. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR</b> .....	58
4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	59
4.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	67
4.3 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO .....	68
4.4 AVALIAÇÃO E RESULTADOS .....	74
4.5 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS .....	79
<b>5. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS</b> .....	81
5.1 COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	82
5.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	103
<b>CONCLUSÃO</b> .....	115
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	118

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de Aceitação de Orientação .....	CXXXIV
Anexo 2 - QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016) .....	CXXXVI
Anexo 3 - Autorização para a Aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016) .....	CXLVIII
Anexo 4 - Parecer Positivo do Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E. e da Comissão de Ética da ULSNA .....	CL
Anexo 5 - Formulário da declaração do Consentimento Declarado de Forma Livre e Esclarecida (DGS, 2016:233).....	CLIII
Anexo 6 - Formulário do Registo Clínico de Violência - Diagrama Corporal (DGS, 2016) .....	CLV
Anexo 7 - Formulário da Cadeia de Custódia (DGS, 2016:255).....	CLVII
Anexo 8 - Certificado de Participação no <i>Wokshop " Coaching - na área de saúde"</i> ....	CLIX
Anexo 9 - Certificado de Participação no Evento: Humanização em Cuidados Intensivos - Primeiro Encontro das UCI da Zona Sul .....	CLXI
Anexo 10 - Certificado de Participação no <i>Workshop " Metodologia Lean e Simulação Clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde</i> .....	CLXIII
Anexo 11 - Certificado de Participação nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva .....	CLXV

Anexo 12 - Certificado "*Advanced Life Support (ALS)*" .....CLXVII

Anexo 13 - Certificado "*International Trauma Life Support*" .....CLXIX

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrução de Trabalho "Recolha e Manutenção de Vestígios Forenses no SU" .....	CLXXII
Apêndice 2 - Tabela da Análise <i>SWOT</i> .....	CLXXXII
Apêndice 3 - RSL: A ARTE DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE - Relevância Formativa.....	CLXXXIV
Apêndice 4 - Pedido de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Preenchimento do QPVAVE de Gomes, Corte Real & Chaves, 2016) (Gomes, 2016) .....	CCXIII
Apêndice 5 - Apresentação das Tabelas/Gráfico referentes à Análise dos Dados obtidos após aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chave, 2016 (Gomes, 2016) - Caraterização Sociodemográfica .....	CCXV
Apêndice 6 - Tabelas relativas à Caraterização da Perceção da Amostra Relativamente aos Conhecimentos acerca da RPVF e Executabilidade na Manutenção e Recolha dos mesmos após aplicação do QPVAVE, de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016). .....	CCXX
Apêndice 7 - Cronograma de Atividades .....	CCXXXIV
Apêndice 8 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual à Exma. Sr.ª Enfermeira Chefe do SU, ULSNA, E.P.E. ....	CCXXXVI
Apêndice 9 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual ao Exmo. Sr. Dr. Diretor do SU, ULSNA, E.P.E. ....	CCXXXIX

Apêndice 10 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual ao Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E., e Comissão de Ética da ULSNA .....	CCXLII
Apêndice 11 - Pedido de autorização aos autores do questionário - QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016) para sua aplicação .....	CCXLV
Apêndice 12 - Sessão formativa intitulada: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no SU" .....	CCXLVIII
Apêndice 13 - Plano de Sessão do Momento Formativo.....	CCLXVIII
Apêndice 14 - Documento informativo acerca do Tema, Data e Hora da Sessão Formativa .....	CCLXXI
Apêndice 15 - Grelha de Avaliação de casos clínicos em contexto de prática simulada .....	CCLXXIII
Apêndice 16 - Checklist para avaliação de desempenho na banca prática.....	CCLXXV
Apêndice 17 - Lista de Verificação do KIT de RPVF.....	CCLXXVII
Apêndice 18 - Questionário para Avaliação da Sessão de Formação e do Formador .....	CCLXXIX
Apêndice 19 - Objetivos de Estágio (Estágio Final) .....	CCLXXXI
Apêndice 20 - Poster " Incidentes com Feridos em Massa - Lições a aprender" .....	CCCVIII

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Avaliação da Sessão de Formação .....	76
Gráfico 2 - Avaliação do Formador .....	77

## LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

**AAFS** - *American Academy of Forensic Sciences*

**AESES** – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

**AGO** - Assembleia Geral da ONU

**ANPC** - Autoridade Nacional de Proteção Civil

**APA** - *American Psychological Association*

**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**APEFORENSE** – Associação Portuguesa de Enfermagem Forense

**AR** – Assembleia da República

**BT** – Brigada de Trânsito

**CD** – Cateter de Diálise

**CF** – Ciências Forenses

**CPP** – Código de Processo Penal

**CRED** - *Centre for Research in the Epidemiology of Disasters*

**CV** – Cateter Vesical

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DR** – Diário da República

**E.P.E.** – Entidade Pública Empresarial

**EF** – Enfermagem Forense

**EMC** – Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EPI** - Equipamento de Proteção Individual

**EPVA** - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

**ES** – Estágio Supervisionado

**GNR** – Guarda Nacional Republicana

**HDJMG** – Hospital Doutor José Maria Grande

**HES** – Hospital do Espírito Santo  
**IACS** - Infecções Associadas a Cuidados de Saúde  
**IAFN** - *International Association of Forensic Nurses*  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**INMG** - Instituto Nacional de Medicina Legal  
**INMLCF** - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses  
**IPM** – Intervenção Profissional Major  
**IT** – Instrução de Trabalho  
**LA** – Linha Arterial  
**MAI** – Ministério da Administração Interna  
**MeSH** - *Medical Subject Headings*  
**MJ** – Ministério da Justiça  
**MPBE** - Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NAS** - *Nursing Activities Score*  
**NHACJR** - Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco  
**OE** – Ordem dos Enfermeiros  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PBCI** - Precauções Básicas de Controlo de Infeção  
**PBE** – Prática Baseada em Evidências  
**PNS** – Plano Nacional de Saúde  
**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes  
**PPCIRA** - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos  
**PQCE** - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem  
**PSC** – Pessoa em Situação Crítica  
**PSP** – Polícia de Segurança Pública  
**QPVAVE** - Questionário sobre Recolha e Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros  
**RAM** - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos  
**RE** – Relatório de Estágio  
**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
**RPVF** – Recolha e Preservação de Vestígios Forenses

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SGICM** - Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SO** – Serviço de Observação

**SRI** - Sistema de Relato de Incidentes

**SU** – Serviço de Urgência

**TISS-28** - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**ULSNA** – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

**WMA** - *World Medical Association*

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do III Curso de Mestrado em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC) fomos solicitado a realização de um projeto de estágio – Intervenção Profissional Major (IPM) - e posterior elaboração de um Relatório de Estágio (RE) “(...) trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição (...)” (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES], 2017a:2), assente em todo o percurso formativo e académico desenvolvido com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), Enfermeiro Especialista em EMC:PSC (OE, 2018) e de Mestre em Enfermagem (AESES, 2017b).

Nesta vertente torna-se claro que o Estágio Final se assume como fator potencializador do desenvolvimento de competências no âmbito da PSC, no aprofundar e consolidar de conhecimento.

Apresenta-se assim como uma unidade curricular (UC) de carácter prático com 336 horas de contacto direto, que foram repartidas por dois campos de estágio. O primeiro estágio foi realizado no Serviço de Urgência [SU] do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] de 16 de setembro a 22 de dezembro de 2019, tendo a duração de 256 horas, sendo que o segundo teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] do Hospital do Espírito Santo [HES] de Évora, a decorrer entre 6 a 27 de janeiro de 2020, integrando 80 horas.

A supervisão pedagógica do estágio foi realizada pela docente, Professora Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Declaração de Aceitação de Orientação – Anexo 1).

Foi assim, aquando a realização do estágio no SU, que foi desenvolvida a IPM, tendo esta como foco principal, a otimização do desempenho da equipa de Enfermagem do SU, no que respeita à Recolha e Preservação de Vestígios Forenses (RPVF), tendo sido a sua elaboração baseada no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências (MPBE) de June H. Larrabee (2011), enquadrando-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

As Ciências Forenses (CF), aqui apresentadas na figura da Enfermagem Forense (EF) têm vindo a assumir um papel de destaque na sociedade atual, revelando-se imprescindível que os profissionais de saúde possuam e desenvolvam conhecimentos nesta área, de modo a estarem capacitados a prestar cuidados de qualidade no que reporta à RPVF.

Sendo a violência e trauma associado à mesma, uma problemática complexa e preocupante a nível mundial, torna-se premente investir nesta vertente, sendo, contudo, ainda uma área que carece de uma integração sistematizada ao nível dos cuidados de saúde.

Assim foi nosso intuito estruturar um plano formativo dirigido aos enfermeiros do SU, alargando-o a toda a equipa multidisciplinar, na medida em muitas vezes também possuem um papel ativo e interventivo nestas circunstâncias, perspetivando a implementação de uma abordagem padronizada no que respeita à RPVF no SU com base nas últimas diretrizes emanadas pela Direção Geral de Saúde [DGS] (2016) neste âmbito.

Neste seguimento, importa referir que o presente RE tem como objetivo geral: Demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica: PSC e de Mestre em Enfermagem.

Surgem assim como objetivos específicos: Descrever os contextos onde decorreu o Estágio Final; Planear e implementar um projeto individual – IPM – no SU Médico-Cirúrgica do HDJMG, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], suportado nas mais recentes evidências científicas; Descrever as fases do processo de implementação da IPM previamente delineada, com base na Metodologia de Projeto (Ruivo et al, 2010); Analisar de modo reflexivo o processo de aquisição de competências de Enfermeiro

Especialista, Enfermeiro Especialista em EMC: PSC e de Mestre adquiridas ao longo de todo o processo formativo.

Relativamente à estrutura do presente RE, este tem início com uma breve introdução, seguindo-se uma alusão sucinta à caracterização das instituições de saúde, serviços, recursos humanos e materiais onde decorreu o Estágio Final e foi desenvolvida e implementada a IPM (primeiro capítulo).

Apresenta-se de seguida, referente ao segundo capítulo, a apresentação do modelo teórico no qual foi baseado o desenvolvimento da IPM.

No terceiro capítulo é explanado o enquadramento teórico da temática em foco, onde se faz menção aos principais conceitos e documentação base inerente à mesma.

Por conseguinte, no quarto capítulo é descrito todo o processo de desenvolvimento da IPM assente na Metodologia de Projeto, sendo descritas todas as fases integrantes da mesma: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e breve divulgação dos resultados obtidos.

O quinto capítulo reporta à análise crítica e reflexão fundamentada referente à aquisição e desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em EMC: PSC e de Mestre em Enfermagem.

Surge de seguida a finalização do presente RE, que se materializa na apresentação da conclusão, onde são apresentadas as principais ilações retiradas, principais resultados e impacto provocado.

O presente RE foi redigido de acordo com as normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association (APA)* (6ª edição), regendo-se a sua redação pelas normas do novo acordo ortográfico português, excetuando-se as citações de autores que não se guiaram pelo mesmo.

## **1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS ONDE DECORREU O ESTÁGIO FINAL**

No âmbito do ensino e aquisição de competências na área de Enfermagem revela-se imprescindível perspetivar o local de estágio como uma fonte rica em experiências, favorável ao desenvolvimento profissional. Para Negreiros & Lima (2018:1):

“O estágio supervisionado é de fundamental importância para o académico de enfermagem, pois esta é uma oportunidade de estabelecer certo vínculo profissional sem que este esteja anulado ao vínculo educacional, tornando-se, portanto, a última oportunidade, durante a graduação, de avaliar os conhecimentos adquiridos, favorecendo e desenvolvendo as habilidades obtidas.”

É durante o decorrer do estágio que se potencializa a interação entre o indivíduo em formação, o processo formativo e o contexto de trabalho, fomentando o desenvolvimento de competências e o pensamento crítico. Conforme afirmam Negreiros & Lima (2018: 2) “O estágio supervisionado (ES) favorece a formação do aluno enquanto vínculo educativo profissionalizante, sendo considerado uma experiência relevante nas situações de aprendizagem por relacionar teoria e prática”.

É neste contexto que o aluno realiza o paralelismo entre a consolidação de saberes adquiridos na vertente teórica e conhecimentos adquiridos através das experiências vivenciadas em contexto prático, refletindo-se a formação em contexto clínico como um momento em que é permitido

“desenvolver em cada estudante (...) não apenas a compreensão das teorias estudadas durante a graduação, mas também sua aplicabilidade e a reflexão sobre a prática que se inicia neste momento, contribuindo não só para a formação académica teórico prática, mas também para desenvolver as habilidades necessárias (...)” (Pereira & Leite, 2017:1).

Perante o exposto, é evidente o facto da caracterização dos locais de estágio se revelar de suma importância, pois a eles está intrínseca a forma de desenvolver as competências

desejadas. Assim, e seguindo esta linha de pensamento, de modo a potenciar a aquisição e consolidação de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em EMC: PSC e de Mestre, considerámos que se tornaria mais proveitoso repartir o Estágio Final por dois campos de estágio. O primeiro estágio teve lugar no SU do HDJMG de 16 de setembro a 22 de dezembro de 2019, com a duração de 256 horas, tendo o segundo sido desenvolvido na UCIP do HES de Évora, entre 6 e 27 de janeiro de 2020, integrando 80 horas, como já evidenciado anteriormente.

A escolha dos serviços para a realização do estágio final assenta no facto de ambos servirem de complemento à área onde atualmente desempenho funções (Unidade de Cuidados Intensivos [UCI]), possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e sedimentação dos já adquiridos, de modo a prestar cuidados especializados de qualidade ao doente crítico e sua família. Esta escolha foi também impulsionada pela ambição de contatar com novas realidades, e no caso do HES, com um hospital com um maior número de valências, não excluindo o facto da proximidade à área de residência ter tido a sua influência.

De acordo com o Planeamento da UC – Estágio Final, e de forma a promover e potenciar ao máximo a aquisição de competências no processo de ensino aprendizagem, visando alcançar uma máxima qualidade assistencial na prestação de cuidados especializados foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas e de mestre na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua família em contexto de SU e UCI;

Sendo os objetivos específicos:

- Mobilizar conhecimentos especializados na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua família em contexto de SU e UCI.

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à PSC e sua família em contexto de urgência e cuidados intensivos;

- Desenvolver um projeto de intervenção na área da RPVF no SU.

Importa também referir, que durante o decorrer dos estágios, a presença em eventos científicos foi uma oportunidade para a obtenção de novos conhecimentos, assentes na participação em jornadas, simpósios e *workshops*.

### 1.1 HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL [E.P.E.]

O HDJMG de Portalegre, fica situado no Alto Alentejo, estando integrado na ULSNA, E.P.E., conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas e os centros de saúde de todo o distrito (Alter do Chão, Arronches, Campo Maior, Avis, Crato, Castelo de Vide, Fronteira, Elvas, Gavião, Nisa, Monforte, Marvão, Ponte Sor, Portalegre e Sousel).

A ULSNA foi criada a 1 de março de 2007, pelo Decreto-lei nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro de 2007, apresentando-se como “(...) entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre” (ULSNA, 2020a).

Garante a prestação de cuidados assistenciais de saúde à população aos níveis primário, secundário, continuados integrados, reabilitação e paliativos, fomentando o desenvolvimento de atividades de formação, investigação e ensino (ULSNA, 2020b).

O HDJMG viu a sua abertura ter lugar a 1 de janeiro de 1975, destinando-se a servir a população do distrito de Portalegre, que “(...) ocupa uma área de 6.084 km<sup>2</sup> (...)” (ULSNA, 2018: 8) tendo-se calculado em termos demográficos “(...) uma população residente segundo os censos de 2011, de 118.506 habitantes” (ULSNA, 2018: 8). Perante os dados disponíveis estimou-se assim no Plano de Atividades e Orçamento de 2018 que o SU realizaria “(...) 85.409 atendimentos nos três serviços (...)” (ULSNA, 2018:21).

Apresenta como missão

“Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzem a morbilidade e permitem obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2020a).

Rege-se segundo o “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Acessibilidade e equidade dos cuidados; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e atuação pró-ativa; Melhoria contínua; Trabalho de equipa; Respeito pelas normas ambientais” (ULSNA 2020a).

### 1.1.1 Serviço de urgência: contexto geral

O SU do HDJMG encontra-se categorizado como Urgência Médico-Cirúrgica<sup>2</sup>, integrando três sectores distintos no que reporta à prestação de cuidados:

- a Urgência Geral, direccionada à prestação de cuidados urgentes/emergentes (sendo composta por dois balcões: um azul/verde e um segundo amarelo/laranja, posto de triagem e a sala de emergência);
- o Serviço de Observação [SO], destinado à estabilização e vigilância do estado clínico dos doentes, em regime de internamento (com a capacidade de 18 camas);
- a Urgência Pediátrica, valência que se dedica à prestação de cuidados urgentes/emergentes a doentes com idade inferior a 18 anos (com funcionamento das 8 horas às 24 horas, sendo o período das 0 horas às 8 horas assegurado pelo SU geral).

Este serviço está localizado no 2º piso do HDJMG, local onde se encontram também localizados a UCI, o Serviço de Imagiologia e o Serviço de Patologia Clínica.

Após a entrada do doente nas instalações do SU, procede-se à sua inscrição no balcão administrativo para que de seguida se possa realizar a triagem de Enfermagem do mesmo,

---

<sup>2</sup> “Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital (...) estão obrigatoriamente articulados com o nível superior (hospital com Urgência Polivalente que será o seu hospital de referência), com os do mesmo nível da sua área e com os de nível inferior (com Urgência Básica)” (DGS, 2001:8).

recorrendo ao sistema de Triagem de Manchester<sup>3</sup>. Após este processo o doente deve aguardar na sala de espera comum pela observação do médico de triagem que o encaminhará de acordo com a gravidade da sua situação clínica para o balcão correspondente. Esta diferenciação e seguimento em balcões distintos – azul/ verde ou amarelo/laranja - está dependente da cor da pulseira atribuída por meio do Sistema de Triagem de Manchester. Em situações em que o doente seja triado com pulseira vermelha ou apresente instabilidade hemodinâmica é levado de imediato para a sala de emergência.

Após o atendimento do doente no setor previamente atribuído, importa referir que a situação clínica deste pode requerer a intervenção de uma ou várias especialidades, entre as quais, cirurgia geral, medicina interna, psiquiatria, ortopedia, obstetrícia, urologia, oftalmologia, pediatria, otorrinolaringologia, anestesiologia, pneumologia, patologia clínica, nefrologia, hematologia ou radiologia, sendo de seguida encaminhado para a área de especialidade necessária.

Ao haver necessidade de o doente ser observado por uma especialidade que não esteja disponível no referido hospital, será encaminhado para os hospitais de referência: HES de Évora ou Hospital de São José em Lisboa.

No decorrer do mencionado estágio foi desenvolvido o projeto individual na área da RPVF, intitulado “Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no SU”. Este apresenta assim como objetivo geral a otimização da prestação de cuidados da equipa de Enfermagem do SU do HDJMG no que respeita à RPVF. Para que todo o processo fosse exequível, foi delineado e estruturado um plano formativo teórico com posterior realização de prática simulada, de modo a capacitar a equipa de conhecimentos baseados em evidência científica. Almejando-se formalizar uma abordagem padronizada e estruturada neste âmbito foi elaborada uma instrução de trabalho (IT) (Apêndice 1) e criado um kit de RPVF.

---

<sup>3</sup> O Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo expresso de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do SU, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico (Grupo Português de Triagem, 2015).

Este projeto individual enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, estando patente no anexo II das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, no seu ponto 2 que

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018: 19363).

Concretizando no ponto 2.5 do mesmo documento que

“Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;

2.5.2 — Salvaguardada a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;

2.5.3 — Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;

2.5.4 — Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família” (OE, 2018: 19364).

### **1.1.2 Serviço de urgência: recursos humanos e metodologia de cuidados**

No que concerne à constituição da equipa multidisciplinar do SU do HDJMG esta integra a equipa médica, constituída pelo diretor clínico, 18 médicos da especialidade de cirurgia geral, 22 médicos especialistas de medicina interna e 5 médicos com especialidade de ortopedia, a equipa de Enfermagem da qual fazem parte a enfermeira-chefe, o enfermeiro responsável e os restantes elementos, perfazendo o total de 46 enfermeiros, a equipa de assistentes operacionais, formada por 27 elementos e um grupo 7 administrativos em horário rotativo por turnos, responsáveis pela admissão/inscrição do doente, que prestam assistência ao balcão administrativo do SU, na medida em que este não possui de momento qualquer administrativo alocado ao serviço.

Neste seguimento, torna-se igualmente relevante mencionar os restantes profissionais que embora não integrem o quadro de trabalhadores do SU cooperam com a equipa, tornando possível uma prestação de cuidados de alta qualidade, entre os quais, técnicos de diagnóstico

e terapêutica, técnicos de análises, equipa de limpeza e serviço de copa, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Especificando, no que respeita à equipa de Enfermagem, dos 46 elementos, 5 encontram-se de horário fixo, assim como a enfermeira chefe e o enfermeiro responsável, encontrando-se os restantes elementos com horário rotativo por turnos, distribuídos por 5 equipas de Enfermagem fixas. Destes 46 elementos anteriormente mencionados 8 são especialistas em EMC, 5 em Enfermagem Comunitária e 2 em Enfermagem de Reabilitação.

Como anteriormente referido, cada equipa de Enfermagem é formada por elementos fixos de Enfermagem e de assistentes operacionais, sendo designado antecipadamente um chefe de equipa que será o responsável de turno e a quem será incumbida a distribuição de cada elemento pelo respetivo posto de trabalho de Enfermagem.

A distribuição da equipa de Enfermagem por turno, é feita da seguinte forma: um enfermeiro é escalado para realizar a triagem de Manchester, um enfermeiro para o balcão azul/verde e outro para o balcão amarelo/laranja, um enfermeiro para a sala de emergência e um enfermeiro de apoio, responsável pelas salas de tratamento das especialidades.

No que respeita ao método de trabalho utilizado, no SU é utilizado o método de trabalho por posto de trabalho à tarefa<sup>4</sup> e no SO o método do Enfermeiro Responsável<sup>5</sup>.

Relativamente ao horário de trabalho, cada turno tem a duração de oito horas, tendo o turno da manhã lugar das 08:00 às 16:00, o turno da tarde das 16:00 às 00.00 e o da noite das 00.00 às 08:00.

---

<sup>4</sup> O método de trabalho por posto de trabalho à tarefa assenta numa forma de organização em que o processo global de trabalho é segmentado em tarefas, e em que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, estando estas previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995).

<sup>5</sup> “O método de enfermeiro responsável caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos clientes que lhe são atribuídos, espelhando-se na descentralização da mesma e na autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência. Promove cuidados de enfermagem personalizados e individualizados contribuindo para uma melhoria da qualidade (...)” (Silva, 2017: 1-2).

A passagem de turno, momento de excelência e fundamental à prestação de cuidados de qualidade, apresentando-se “(...) como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (...)” (OE, 2001a:1) realiza-se no início de cada turno, nos locais onde se desempenharam e se irão desempenhar funções. Concretizando, o enfermeiro escalado para a triagem, recebe o turno do colega que assegurou no turno anterior a continuidade de cuidados nesse setor, acontecendo o mesmo com os elementos dos restantes postos de trabalho.

O sistema Informático de apoio à prática de Enfermagem utilizado no SU é o Alert ®, plataforma onde são realizados os registos de Enfermagem e consultados os processos clínicos e resultados de exames complementares de diagnóstico realizados pelos doentes.

O período de visitas no SO decorre entre as 14:00 e as 15:00 horas, sendo que no SU é permitido ao doente ter um acompanhante durante a sua permanência no serviço.

### **1.1.3 Serviço de urgência: espaço físico e recursos materiais**

No que respeita ao espaço físico do SU, este pode ser dividido de forma generalista em três grandes áreas distintas: a zona de atendimento/inscrição dos doentes e uma sala de espera exterior, o SU e o SO.

Especificando, pode ainda realizar-se a subdivisão destes espaços por áreas técnicas e áreas de apoio. No que reporta às áreas técnicas importa mencionar a área de triagem (mediante o protocolo de Manchester), salas de espera para doentes que aguardam ser observados/resultados de exames, duas salas de tratamento e vigilância hemodinâmica, uma sala de emergência, diversas salas/gabinetes destinadas às especialidades existentes e duas áreas amplas com a capacidade para dezoito camas para doentes internados em SO.

Por sua vez, das áreas de apoio fazem parte em termos gerais, um gabinete de apoio administrativo, uma sala de espera para acompanhantes, instalações sanitárias, sala de Enfermagem com dois postos de trabalho com computador, uma copa, salas individualizadas

para despejos, lavagem/desinfecção, resíduos e para armazenamento de material/roupa limpa (ULSNA, E. P.E, 2014).

O SU almejando uma prestação de cuidados de saúde de alta qualidade dispõe de uma vasta gama de equipamento médico adequado às necessidades dos doentes. Assim, todas as unidades do doente no SO estão equipadas com monitor de sinais vitais com capacidade de monitorização de pulso, traçado eletrocardiográfico, SPO2, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca, sendo que dois dos monitores permitem ainda a monitorização da pressão invasiva e capnografia. Existem ainda três monitores de suporte para utilizar sempre que necessário, dois monitores/desfibrilhador na sala de emergência, tendo esta capacidade para dois doentes em simultâneo, dois monitores multiparâmetros para utilização nas transferências intra e inter hospitalares, dois ventiladores, um dos quais destinado ao transporte de doentes, um carro de emergência para cada zona de internamento do SO, diversas seringas e bombas infusoras e três máquinas de fornecimento automático de medicação (Pyxis®) (ULSNA, E. P.E, 2014).

## 1.2 HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, E.P.E.

O HES é um hospital público geral, da região Alentejo, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde [SNS] e que disponibiliza serviços de saúde à população há mais de 500 anos. No decorrer do tempo, este hospital passou por diversas transformações evolutivas, tendo-lhe sido atribuídas diversas designações. Em 1996 retomou o nome de HES, assumindo a designação de E.P.E. desde 2007, sendo que em 2008, foi classificado como Hospital Central. Assume-se assim como a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, sendo a que oferece maior diferenciação, recebendo para além dos utentes do Alentejo Central (155.000 habitantes) cada vez mais doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (319.000 habitantes), num total de 473.235 habitantes (estimativa Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017) (HES, 2020a).

O HES desenvolve a “(...) sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o

desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (HES, 2020a). Assume como valores orientadores o “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Cultura da melhor gestão; Respeito pelas normas ambientais; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação; Trabalho de equipa” (HES, 2020b).

A prestação de cuidados hospitalares que disponibiliza à população, centra-se na urgência, internamento, consultas externas, hospital dia (oncologia e pediatria) e meios complementares de diagnóstico, abrangendo as seguintes valências: neonatologia, cirurgia pediátrica, pneumologia, imunoalergologia, hematologia, imunohemoterapia, patologia clínica, anatomia patológica, oncologia, radioterapia, hemodinâmica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, gastroenterologia, nefrologia e pedopsiquiatria.

### **1.2.1 Unidade de cuidados intensivos polivalente: contexto geral**

A UCIP do HES, integrada no departamento de urgência/emergência do referido hospital, iniciou a sua atividade em fevereiro de 1994, sendo considerada uma unidade de nível III<sup>6</sup>.

A UCIP encontra-se situada no piso 2 do HES, próxima ao Bloco Operatório e com fácil acesso aos serviços de Patologia Clínica, Imagiologia e SU.

Tem como objetivos:

“A) Providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos, orientados em três vertentes:

1- Preservar a Vida Humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, para doentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico, com situações clínicas que comprometam a vida e que sejam potencialmente reversíveis.

---

<sup>6</sup>“Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva//Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente” (Penedo et al, 2013: 58).

- 2- Providenciar cuidados especializados de reabilitação aos doentes internados na UCIP no início do processo de recuperação da sua doença crítica.
  - 3- Para aqueles doentes que foram admitidos na UCIP para tratamento intensivo, mas que durante o processo desse tratamento se verificou terem situações clínicas irreversíveis, ou em relação aos quais, por esse motivo, foi decidido suspender ou não implementar novas medidas de suporte artificial de funções vitais, a UCIP tem como missão providenciar ao doente um processo de morte sem sofrimento, e aos seus familiares cuidados de conforto.
- B) Elaborar e implementar sistemas, conjuntamente com outros serviços do hospital, que permitam melhorar a assistência ao doente crítico fora da UCIP.
- C) Explorar caminhos através da formação contínua para prevenir o desenvolvimento da doença crítica.
- D) Providenciar um ambiente académico propício à formação pós-graduada em cuidados intensivos” (HES, 2020c).

### **1.2.2 Unidade de cuidados intensivos polivalente: recursos humanos e metodologia de cuidados**

A equipa multidisciplinar da UCIP é constituída por diretor clínico, chefe de Enfermagem, equipa de Enfermagem e equipa de assistentes operacionais. Neste contexto importa também fazer alusão a todos os profissionais que embora não pertençam ao quadro interno da Unidade cooperam com a equipa, contribuindo para uma prestação de cuidados de alto nível, sendo eles, equipa de fisioterapeutas, fisiatras, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos de análises, psicólogos, equipa de limpeza e serviço de copa.

Particularizando, a equipa médica é formada por sete médicos, dos quais três se encontram a desempenhar funções a tempo inteiro e os restantes quatro a tempo parcial. No que respeita à equipa de Enfermagem esta é constituída atualmente por vinte e seis enfermeiros e uma enfermeira chefe, encontrando-se destes, vinte e cinco a trabalhar em *roulement* e um elemento de horário fixo, assim como a enfermeira chefe. Dos vinte e seis elementos anteriormente mencionados, quatro são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e sete em EMC. Fazem também parte integrante da equipa nove assistentes operacionais, não existindo no momento nenhum administrativo fixo alocado ao serviço.

No que respeita ao horário de trabalho, este é distribuído por três turnos de 8 horas e 30 minutos cada, desenrolando-se o turno da manhã das 08:00 às 16:30, o da tarde das 16:00 às 00:30 e o da noite das 00:00 às 08:30. No término de cada turno é realizada a passagem

de turno, momento de extrema importância para assegurar de forma eficiente a continuidade de cuidados, como já anteriormente referido.

A passagem de turno é realizada na área destinada aos registos de Enfermagem e nela participam todos os elementos que prestaram cuidados no turno que está a terminar e os que prestarão no turno que terá início.

O “rácio Enfermeiro/utente é idealmente de 1/1” (OE, 2014: 38) de acordo com o preconizado na recomendação de requisitos mínimos para Unidades de Cuidados Intensivos de nível III, presente na Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da OE (OE, 2014), e o método de trabalho utilizado o método de trabalho por enfermeiro responsável.

Sendo a carga de trabalho um dos indicadores de gestão tido em conta e calculado na UCIP, é realizado diariamente o preenchimento do *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), ferramenta validada em Portugal (Severino, Saiote, Martinez, Deodato & Nunes, 2010), que se assume como um instrumento que possibilita realizar uma estimativa das intervenções necessárias a realizar, permitindo dimensionar a carga de trabalho nas Unidades de Cuidados Intensivos (Padilha et al., 2005) e o *Nursing Activities Score* (NAS), tendo sido traduzido e validado por Queijo, no Brasil (Queijo, 2002) que possibilita calcular a carga do trabalho de Enfermagem em UCI referente a 24 horas de cuidados prestados, facilitando com base no valor obtido perspetivar o tempo de assistência necessário para cada doente nas 24 horas seguintes, dados que auxiliam na distribuição dos doentes pelo número de enfermeiros respetivos.

No que respeita aos registos de Enfermagem efetuados, estes são realizados em impressos próprios para o efeito, nos quais está patente e descrito o histórico clínico do doente nas últimas vinte e quatro horas, permitindo uma consulta/avaliação rápida, mas abrangente da evolução do quadro clínico do mesmo. Relativamente ao plano terapêutico a cumprir no espaço temporal pré definido, a prescrição médica é feita no Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM), tratando-se de uma aplicação fornecida pela firma CPC HealthCare Solutions® que “(...) faz a gestão integrada da produção, compras, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos, prescrição, registo

terapêutico, distribuição de medicamentos e de outros produtos associados (...)” (Cardoso, 2010:52), e impresso pelo médico responsável, para que possa ser atualizado no plano de trabalho e folha de registo de Enfermagem referente ao doente em questão.

O horário de visitas é restrito a uma hora por dia, decorrendo entre as 14 horas e 30 minutos às 15 horas e 30 minutos.

### **1.2.3 Unidade de cuidados intensivos polivalente: espaço físico e recursos materiais**

A UCIP dispõe de cinco camas, sendo que quatro se encontram em espaço aberto, devidamente separadas por cortinas e com espaço de segurança entre elas, de modo a delimitar as unidades individuais do doente e a quinta localizada em quarto individual, funcionando como quarto de isolamento. Importa referir que esta divisão embora reúna parte dos critérios necessários para garantir medidas eficazes de isolamento, não possui sistema de ventilação por pressão negativa.

As unidades do doente estão equipadas com todos os recursos materiais necessários a uma prestação de cuidados ao doente crítico de qualidade. Assim, faz parte integrante de cada unidade do doente da UCIP, um monitor que permite realizar monitorização hemodinâmica avançada, recorrendo ao sistema *PiCCO*<sup>®</sup> (processo através do qual, após ser realizada a termo diluição pulmonar, é possível determinar a pré carga cardíaca, volume sanguíneo intra torácico e água pulmonar extravascular), transmitindo em tempo real os dados recolhidos para o sistema de monitorização central, ventilador, rampa de seringas infusoras, bombas infusoras, bomba de alimentação entérica, rampa de vácuo, rampa de oxigénio e rampa de ar, contentor de corto perfurantes, sacos do lixo destinados ao grupo II e III e diverso material de uso clínico que se encontra devidamente acondicionado, com o intuito de facilitar o tempo de acesso ao mesmo numa situação de emergência e ao mesmo tempo reduzir o risco de infeção cruzada.

Na parte central da sala onde se encontram as quatro unidades do doente, está localizada a mesa de trabalho de Enfermagem onde se realizam todos os registos e se acompanham em tempo real todos os dados hemodinâmicos dos doentes através de uma central de telemetria.

No que respeita às restantes áreas constituintes da UCIP, dela fazem parte, o gabinete médico/ gabinete do enfermeiro chefe, uma sala destinada à realização de acolhimento e acompanhamento da família do doente crítico/ comunicação de más notícias, que é também utilizada como quarto médico, um vestiário com respetivo wc e balneário, área de armazenamento de materiais e equipamentos diversos (material consumível, roupa limpa e recursos materiais que não estão em uso no momento), sala de sujios/despejos, espaço de refeição para os profissionais e sala de trabalho de Enfermagem, onde se localiza o armário e gavetas com toda a medicação existente no serviço, parte do material consumível e de fluidoterapia, um frigorífico para a terapêutica, o gasómetro e uma central de telemetria. Existe ainda, perto do hall de entrada um espaço onde se encontra uma secretária, destinada ao administrativo do serviço.

Sendo um serviço, como anteriormente mencionado que almeja providenciar cuidados de saúde diferenciados, garantindo elevados padrões de desempenho técnico-científico, a UCIP dispõe ainda de mecanismos para realizar ventilação não invasiva, oxigenioterapia de alto fluxo, camas hospitalares articuladas para UCI, máquinas e material para realizar técnicas de substituição renal, um carro de emergência, mala médica de transporte devidamente equipada e ecocardiografo.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

O enquadramento concetual surge como parte essencial de qualquer processo de investigação, sendo em primeira instância um momento de suma importância ao se revelar como o instante no qual o autor ordena e sistematiza os conhecimentos que compõem parte integrante do ponto de partida, fazendo uma revisão e assimilação dos dados já existentes inerentes à problemática em foco (Vilelas, 2017).

Segundo Fortin (1999:39) concetualizar assenta em um “(...) processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.” É nesta fase que se definem os elementos da problemática, se elaboram e definem conceitos, formulando ideias e reunindo informação sobre a temática (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Neste seguimento, os objetivos deste capítulo assentam na apresentação e descrição sumária do modelo teórico que esteve na base da elaboração deste projeto e exposição da analogia realizada entre o modelo selecionado e a IPM desenvolvida.

Foi assim selecionado como linha orientadora o MPBE de June H. Larrabee, modelo ao qual se fará alusão no desenvolvimento deste capítulo, realizando-se um paralelismo entre o mesmo, a pertinência do tema selecionado e o desenvolvimento do projeto realizado, como já referido anteriormente.

Esta escolha é facilmente justificada por considerarmos ser fulcral ter em conta os métodos baseados em evidência na tomada de decisões clínicas, na medida em que “Defender a prática baseada em evidências (PBE) é uma iniciativa um tanto recente com comprovada eficácia em melhorar a qualidade do cuidado e os resultados dos pacientes” (Larrabee, 2011: 14).

Neste contexto importa manter presente que a definição

“(…) de qualidade integra os princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça e, quando aplicada ao cuidado de saúde, pode-se inferir que a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde” (Larrabee, 2011: 15).

Não obstante, mencionar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (OE, 2001b) em que são destacados no enquadramento concetual quatro conceitos fundamentais: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de Enfermagem, sendo referido no ponto 3.6 do mesmo documento, que na procura permanente da excelência na prestação de cuidados de Enfermagem, são elementos fulcrais, entre outros,

“(…) a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, (...) a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001b: 18).

Pelo exposto, emerge a importância extrema da PBE surgindo como o “(...) uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o atendimento de pacientes individuais (...) significa integrar o conhecimento clínico individual com a melhor evidência clínica externa disponível da pesquisa sistemática”<sup>7</sup> (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996: 71). Assim, a simbiose entre os resultados da pesquisa realizada, associados à experiência clínica e à identificação das necessidades específicas do doente e suas preferências permitem assegurar a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, de forma individualizada e efetiva.

Concretizando, no que reporta ao MPBE este é constituído por seis etapas (Larrabee, 2011):

### **Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança da prática**

<sup>7</sup> “Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients (...) means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.” (Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. DOI:10.1136/bmj.312.7023.71).

“As principais atividades nesta etapa são identificar e incluir os *stakeholders*<sup>8</sup> do problema da prática; coletar dados internos sobre a prática atual; comparar os dados internos com dados externos para confirmar a necessidade de mudança da prática” (Larrabee, 2011: 35).

Nesta etapa recorre-se à realização de *brainstorming* estruturado, a uma votação múltipla acerca do problema da prática e a instrumentos de controlo estatístico de processo que sejam aplicáveis (Larrabee, 2011).

Assim, no projeto desenvolvido e identificando os enfermeiros e potenciais vítimas de agressão como os *stakeholders* da problemática em foco, procedemos à recolha de dados sobre as práticas internas no que respeita à RPVF no serviço em questão, recorrendo para isso à realização de entrevistas exploratórias com a enfermeira chefe, o diretor clínico, a enfermeira orientadora e equipa de Enfermagem do SU, análise *SWOT* (Apêndice 2) e aplicação do Questionário sobre Recolha e Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016) (Gomes, 2016) (Anexo 2), após cedida a devida autorização dos autores (Anexo 3). No que reporta às práticas externas, realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) (Apêndice 3) acerca da temática, de modo a fundamentar a pertinência do tema e necessidade de alterar a prática. Posteriormente, após análise dos resultados obtidos (internos e externos) e confirmação fidedigna da pertinência do tema, determinamos o objetivo a alcançar.

## **Etapa 2: Localizar as melhores evidências**

Na segunda etapa, pretende-se “(...) identificar o tipo e as fontes de evidência, rever os conceitos de pesquisa, planejar a busca e conduzi-la” (Larrabee, 2011: 35). Recorre-se para isso a instrumentos que possibilitem realizar a avaliação crítica de estudos quantitativos e qualitativos, revisões sistemáticas e *guidelines* de prática clínica (Larrabee, 2011).

---

<sup>8</sup> Pessoas que apresentam interesse no resultado de uma prática de saúde (Larrabee, 2011).

Neste seguimento, e como já referido anteriormente, foi realizada uma RSL, com o intuito de localizar através de um processo rigoroso, conclusões sobre as melhores evidências atuais acerca da temática em foco, para que nos fosse permitido sustentar a pertinência do objetivo a alcançar.

### **Etapa 3: Fazer uma análise crítica das evidências**

Nesta fase, as principais atividades assentam em “(...) fazer a análise crítica e avaliar a força das evidências; sintetizar as melhores evidências e avaliar a viabilidade, os benefícios e os riscos da nova prática” (Larrabee, 2011: 36).

Também durante o desenvolvimento do nosso projeto, após sintetizarmos a melhor evidência, avaliámos a viabilidade, os benefícios e os riscos da implementação do mesmo, concluindo que a alteração da prática é reforçada pela evidência, existindo benefícios potenciais e sendo o custo associado baixo, demonstrando-se um projeto viável.

### **Etapa 4: Projetar a mudança da prática**

Nesta etapa, pretende-se “(...) definir a mudança proposta, identificar os recursos necessários, planejar a avaliação do piloto e a implementação do plano” (Larrabee, 2011: 36).

Assim, definimos a mudança a propor, identificando, por conseguinte, os recursos necessários e projetámos o plano de implementação, realizando previamente os pedidos de aprovação necessários e após recebermos aval positivo do Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E. e da Comissão de Ética da ULSNA (Anexo 4), procedendo de seguida ao planeamento do cronograma e do plano de formação.

Foi também elaborada uma IT (Apêndice 1) na vertente da RPVF, onde consta a descrição detalhada da nova prática, os elementos por ela abrangidos, a descrição de todo o

processo e documentação a utilizar, bem como as respetivas formas de avaliação do projeto e do seu impacto – resolução de casos clínicos e preenchimento de grelha de avaliação de banca prática após formação.

### **Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática**

Na etapa 5 pretende-se “(...) implementar o estudo piloto, avaliar o processo, os resultados e os custos; e desenvolver conclusões e recomendações” (Larrabee, 2011: 36).

É nesta fase que a equipa de PBE dá início ao estudo piloto da nova prática no tempo estabelecido, sendo que esta deverá estar apta e disponível para responder a qualquer questão dos *stakeholders*, minimizando assim a frustração destes com o desempenho da nova prática (Larrabee, 2011).

Serão realizadas auditorias como previamente delineado na etapa 4 e fornecido *feedback*. Importa referir que segundo Larrabee (2011) aquando a progressão do estudo piloto, a forma como os *stakeholders* reagem ao cronograma e plano de *marketing*, deve ser alvo de avaliação, no sentido de se verificar ou não a necessidade de efetuar ajustes.

“Quando a fase piloto tiver terminado, a equipa de PBE conduzirá a avaliação pós piloto. Esta inclui obter um tamanho de amostra adequado, verificar a acurácia dos dados, conduzir a sua análise e interpretar os resultados” (Larrabee, 2011: 214).

Nesta fase do projeto os resultados devem ser discutidos, ponderando se a mudança foi custo efetiva, avaliar a oportunidade de melhoria e definir estratégias corretivas caso seja necessário implementar algumas (Larrabee, 2011).

### **Etapa 6: Integrar e manter a mudança da prática.**

“As principais atividades incluem comunicar a mudança recomendada aos *stakeholders*, integrar a nova prática aos padrões de prática, monitorar os indicadores do processo e dos resultados, além de comemorar e disseminar os resultados do projeto” (Larrabee, 2011: 36).

Assim, mediante a IT elaborada (Apêndice 1), objetiva-se que esta seja colocada à apreciação do Conselho de Administração da ULSNA, de modo a ser validada como documento oficial e norteador no âmbito da RPVF no SU.

Note-se que embora sendo etapas progressivas, o modelo não é estritamente linear, sendo dinâmico e permitindo um ajuste ou retornar a etapas anteriores sempre que se justifique.

Em suma, e perante o exposto é notável a pertinência da seleção deste modelo como guia orientador para o desenvolvimento do projeto realizado, possibilitando criar uma estrutura fidedigna e baseada em evidência atual, perspetivando a otimização da qualidade dos cuidados prestados e do julgamento clínico.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde tempos remotos que a violência faz parte integrante da História da Humanidade, contudo, a aceitação deste tipo de comportamento tem sofrido alterações significativas em termos sociais, revelando-se atualmente o conceito de atos de violência como “(...) um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, dado o impacto negativo que, a curto, médio e longo prazo podem ter na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações, levando, em casos limite, à morte” (DGS, 2016:23).

Vindo o fenómeno de violência, definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] como

“(...) o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (...)” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002:5)

a assumir proporções preocupantes a nível nacional e internacional, revelando uma grave violação dos direitos humanos, cabe aos profissionais de saúde prestar cuidados a vítimas de violência “(...) centrados numa perspetiva reparadora das lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico como psicológico e emocional” (DGS,2016: 15).

De acordo com o capítulo II, Artigo (Art.) 4.º, alínea 1 do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a Enfermagem define-se como uma:

“(...) profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao Ser Humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, com vista a que estes mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ministério da Saúde [MS], 1996: 2960).

Assim, no exercício das suas funções, os enfermeiros devem “(...) adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelo direitos e interesses legalmente protegidos dos

cidadãos”, de acordo com o referido no Capítulo IV, Art. 8.º, alínea 1 do REPE (MS, 1996: 2961).

Não obstante, importa mencionar que durante a prestação de cuidados às vítimas de violência/agressores, surgem não raras vezes dilemas éticos e morais, porém “(...) a responsabilidade ética e legal do profissional deve permanecer como primeiro foco no processo de decisão (...)” (Gomes, 2014a: 36) devendo os dilemas éticos e morais inerentes à prestação de cuidados de Enfermagem de âmbito forense assentarem no princípio da beneficência, da não-maleficência, da autonomia, da justiça e da fidelidade (Bader & Gabriel, 2010).

Sendo que o Código Deontológico do Enfermeiro refere no Artigo 97.º que

“(...) todos os membros efetivos da Ordem estão obrigados a (...) a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Assembleia da República [AR],2015: 8078).

Segundo o artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (...)” (Assembleia Geral da ONU [AGO], 1948) e estando patente no artigo 8º do mesmo documento que “Toda a pessoa tem direito a recurso efectivo para as jurisdições nacionais competentes contra os actos que violem os direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela lei(...)” (AGO, 1948) é fulcral encarar esta situação como um problema de Saúde Pública “(...) com forte impacto nas populações e elevados custos associados, atingindo dimensões pandémicas, de acordo com a OMS” (DGS,2016: 15).

Neste seguimento, e de acordo com o art. 242.º do Código de Processo Penal (CPP), a denúncia criminal é obrigatória, “(...) ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos: (...) Para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas” (Ministério da Justiça [MJ], 2007: 5857).

É assim de salientar “(...) a importância de fornecer aos enfermeiros conhecimentos sobre os princípios das ciências forenses, de forma a promover a sua aplicação na prática

clínica de enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos das vítimas e dando o seu contributo na aplicação da justiça” (Coelho, 2013: 5).

As CF assumem-se como um campo que tem vindo a adotar um papel de destaque na sociedade atual. Detentoras de uma complexidade extrema, resultam de um aglomerado de diversas disciplinas e de uma multidisciplinaridade de intervenções. Esta complexidade é assim fundamentada pela obrigatoriedade de articulação com o Direito, surgindo a necessidade de criar um elo entre os serviços de saúde e as entidades judiciais, sendo não menos importante o facto de que neste processo se encontram envolvidas pessoas fragilizadas, vítimas de crime e cujos seus direitos podem vir a ser descurados.

#### A designação de CF

“(…) tem-se deslocado de questões meramente relacionadas com o Direito para questões de natureza científica e social, as quais vêm alargando cada vez mais o seu leque de respostas face às novas realidades científico-tecnológicas, sociais e legais que vão surgindo (…)” (Magalhães, Dinis-Oliveira, 2016:1).

Em Portugal, a ciência forense assistiu à expansão da sua área de intervenção com a criação do Instituto Nacional de Medicina Legal [INMG] pelo Decreto-Lei nº 146/2000 de 18 de julho, tendo a passagem do INMG a Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses [INMLCF] dado um contributo extremo para o aperfeiçoamento e consolidação da evolução registada nesta área (Vieira, 2012).

Assim, da combinação da Enfermagem, com a ciência forense e o sistema de justiça, surge a EF (Gomes, 2014a), que combina “(…) os conceitos e os princípios tradicionais das Ciências Forenses (CF) e da Enfermagem na investigação clínica e na recolha de evidências biomédicas” (Araújo, 2016: 67).

#### Segundo

“(…) a International Association of Forensic Nurses (IAFN) (2015), a EF é a prática global da Enfermagem, quando os cuidados de saúde intercetam o sistema legal. Combina os aspetos forenses inerentes aos cuidados de saúde com a investigação científica, o tratamento e a análise de alegados casos criminais ou outros ligados ao Sistema de Justiça” (Araújo, 2016: 67).

A EF foi introduzida oficialmente e viu a sua edição em papel ter lugar no ano de 1986 na *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS), por Virginia Lynch, sendo que em 1991 “Funda-se a International Association of Forensic Nurses (IAFN)” (Gomes, 2014a: 3) e se assiste ao “Reconhecimento formal pela American Academy of Forensic Sciences (AAFS) da Enfermagem Forense” (Ibidem).

Pode afirmar-se que enquanto ciência a EF

“(…) evoluiu como resposta às necessidades de um mundo em crise e deve ser vista como um membro integrante das estruturas multissetoriais que compõem um campo de investigação que envolve a aplicação de conhecimento clínico e científico para as questões de Direito” (Gomes, 2014a:2).

No que reporta ao objeto de intervenção, embora a multidisciplinaridade desta área, pode assegurar-se de forma abrangente, que este recai essencialmente sobre a pessoa, particularmente enquanto vítima de violência intencional (Magalhães, 2005).

A prática de EF é assim “(…) consistente com o Código de Ética para Enfermeiros Forenses (IAFN), o Código Internacional de Ética para Enfermeiros (*International Council of Nurses*), o Código Deontológico de Enfermagem (OE) e o Código de Conduta do Enfermeiro Forense (APEFORENSE)” (Gomes, 2014a: 25).

Revelando-se a violência como uma problemática complexa que assume proporções preocupantes a nível mundial, há que ter perceção que os enfermeiros têm a oportunidade única de contribuírem para o seu combate, quer através de programas de prevenção, quer através do ensino e formação, como também na abordagem das vítimas e dos agressores (Gomes, 2014a).

Referente à realidade nacional, em Portugal, a taxa de criminalidade situa-se nos 32,4% (INE, 2020a (dados referentes a 2018)) sendo que os crimes contra a integridade física assumem 5,1% (INE, 2020b (dados referentes a 2018)) dessa realidade.

“Em 2018, foram registados, na sua totalidade, 46.371 atendimentos, que resultaram num aumento de 31% face a 2016. Estes atendimentos refletiram-se em 11.795 novos processos e processos em acompanhamento, onde foi possível identificar 9.344 vítimas e 20.589 crimes e outras formas de violência” (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2019:7).

“No que diz respeito à forma como os/as utentes chegam à APAV, os encaminhamentos através de amigos/as (14,8%) e da PSP (11,2%) foram os mais significativos (...)” (APAV, 2019:11), sendo os estabelecimentos de saúde responsáveis pelo encaminhamento de 3,8% dos casos (APAV, 2019).

Reportando-nos particularmente ao sector da Saúde e em concreto ao processo que envolve a sinalização da ocorrência de maus tratos, importa manter presente que nem todas as lesões físicas e psicológicas são “(...)identificadas como consequência de atos, omissões e contextos que consubstanciem violência (...)” (DGS, 2016: 98), revelando-se fulcral “(...) melhorar conhecimentos e competências técnicas na matéria por parte dos profissionais, incluindo o fortalecimento das capacidades de trabalho cooperativo” (DGS, 2016: 98).

Assim, emana a consciência clara da necessidade dos profissionais de saúde possuírem conhecimento no que concerne à violência e trauma a ela associado, na medida em que o enfermeiro forense identifica, intervém e avalia o trauma, a doença e a morte e simultaneamente documenta as situações/problemas que identifica, preservando e protegendo provas para determinar os resultados legais, aspirando melhorar as suas respostas e atendimento (Lynch e Duval, 2011).

É fundamental ser claro de que nenhuma atividade forense deve atrasar ou impedir a avaliação e prestação de cuidados à vítima em risco de vida, sendo a prioridade a manutenção da vida da vítima ou perpetradores de crimes (Lynch e Duval, 2011). Porém, há que ter noção que quanto mais precoce for a recolha de vestígios forenses, maior será o êxito desse processo.

É certo que a EF tem vindo progressivamente a ganhar reconhecimento, porém, carece ainda de uma maior difusão e adequada preparação dos profissionais de saúde nesta área (Coelho, Cunha & Libório, 2016), de modo a que possam auxiliar de forma eficiente na investigação médico-legal, materializando de forma efetiva o processo de identificação de casos de violência, bem como o de recolha e preservação de vestígios<sup>9</sup> forenses.

---

<sup>9</sup> **Vestígios** – “(...) qualquer coisa que possa ser presente em tribunal, para acusar ou inocentar uma pessoa. Os vestígios podem incluir: testemunho oral, documentação escrita, desenhos e fotografias, objetos físicos,

Estudos desenvolvidos no âmbito da EF corroboram a necessidade de se investir na formação dos profissionais de saúde nesta área, nomeadamente o estudo desenvolvido por Machado, Batista de Araújo & Figueiredo (2019) que assegura que embora seja abordado algum conteúdo nas escolas acerca desta temática, não é especificado o conceito de EF, evidência forense bem em como proceder à sua preservação e cuidados a ter perante esta realidade. Nazarloo et al (2017) após conclusão do seu estudo afirmam que 95,4% dos indivíduos intervenientes no mesmo, não possuíam educação sobre a prestação de cuidados a pacientes forenses, tendo 92,3% declarado que não havia orientação documentada no tratamento dos mesmos e 95,9% reconhecido que possuíam necessidades educacionais para prestar este tipo de cuidados.

Resultados idênticos foram obtidos nos estudos levados a cabo por Cunha, Libório & Coelho (2016) e por Ascı, Hazar & Sercan (2015) verificando-se um déficit significativo no que reporta aos aspetos práticos da preservação de vestígios forenses aquando a prestação de cuidados.

Perante o explanado e embora tenha crescido em Portugal a oferta de Pós-Graduações e Mestrados no âmbito de medicina legal, CF e criminologia é ainda notável a existência de uma lacuna significativa na formação e aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde na área das CF e consequentemente em EF.

Corroborando o anteriormente mencionado, o estudo realizado por Gandhi et al (2018) determinou existir uma relação significativamente positiva no que reporta à preparação educacional dos profissionais e a autoeficácia e desenvolvimento de atitudes positivas em relação à prestação de cuidados de Enfermagem em EF. Neste seguimento Özden et al (2019) relatam que após analisarem os resultados do estudo por eles desenvolvido, constataram que a diferença de pontuação média obtida pelos alunos de Enfermagem no teste realizado acerca de evidência forense antes e após ser ministrado o curso de EF foi significativa, sendo o score médio de conhecimento dos estudantes em medicina forense de  $23,63 \pm 5,24$  de 40 antes do treino e de  $33,32 \pm 4,54$  após o treino.

---

depoimentos, o corpo da vítima (vivo ou morto), pastilha elástica, roupa, ervas, detritos, lixo dos rastros dos sapatos, *piercings*, cabelo, unhas, balas, etc.” (Gomes, 2014a: 125).

Yildiz et al (2014) após finalizarem o seu estudo verificaram que as pontuações médias dos enfermeiros quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico de mulheres que sofreram violência se encontravam entre  $27,79 \pm 4,69$  antes do ensino/treino,  $47,57 \pm 1,7$  imediatamente após o ensino/treino e  $38 \pm 3,82$  três meses após o ensino/treino, respetivamente.

Urge assim a necessidade premente de se redefinirem prioridades, apostando no investimento em formação e aquisição de competências na área da EF.

Importa igualmente haver a perceção de que os serviços de saúde se assumem como espaços privilegiados para a deteção e denuncia de casos de violência devendo no decorrer da entrevista clínica e/ou do exame físico o profissional de saúde estar atento a indicadores que possam ser sugestivos desta realidade, quer no que respeita à vítima, como a potenciais agressores (DGS,2016).

Neste seguimento, é premente relembrar que a realização do exame físico

“(…) em situações de violência tem por objetivo identificar e documentar a presença de alguma lesão/sequela, de vestígios ou de outro eventual achado em situações de violência física e/ou sexual, tanto para prover cuidados como para poder recolher informações clínicas suscetíveis de poderem constituir meios de prova num processo judicial” (DGS, 2016:164).

Os enfermeiros que desempenham funções no pré hospitalar e SU encontram-se numa posição privilegiada no que concerne à identificação de vítimas de crimes forenses, como já evidenciado, sendo basilar que esta classe profissional esteja sensibilizada para a importância de um registo claro da situação clínica da vítima e da forma como realizar uma recolha e preservação de vestígios correta, elementos essenciais para que se torne possível realizar uma futura investigação forense eficaz.

Ressalvamos ainda o facto de os vestígios deixados serem frágeis, podendo facilmente ser deteriorados, alterados ou até mesmo desperdiçados durante uma determinada intervenção médica ou de Enfermagem, no SU (Gomes, 2016), sendo esta situação potenciada pela formação insuficiente dos profissionais do serviço de saúde no âmbito forense.

Apesar do explanado anteriormente, há que ter noção que previamente ao início de qualquer procedimento é fundamental garantir o sigilo profissional, indo de encontro ao referido no ponto 1 do Artigo 106.º do Código Deontológico do Enfermeiro

“ O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família (...) b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...) c) Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei (...)” (AR, 2015: 8079).

e o preenchimento do Formulário de Consentimento Declarado, de forma Livre e Esclarecida (Anexo 5) pela vítima ou pelo seu representante legal.

Este processo só deve ser realizado após ser explicado de forma clara à vítima (ou ao seu representante legal) todos os aspetos inerentes ao exame físico, ao processo de RPVF, de documentação e foto documentação das lesões, bem como elucidar que os dados recolhidos poderão ser disponibilizados a outras entidades, tais como órgãos de polícia criminal ou autoridades judiciais competentes.

Assim, após assinada a devida autorização, e de modo a garantir cuidados de qualidade à vítima, aquando a realização do exame físico deve-se:

- Garantir a presença de dois profissionais de saúde;
- Verificar todo o material e equipamento necessário;
- Garantir a privacidade da vítima;
- Recolher vestígios e amostras;
- Realizar foto documentação (antes e após realização do tratamento, devendo sempre serem tiradas duas fotografias à mesma distância e ângulo, uma com escala numérica de medição e outra sem instrumento de medida);
- Proceder ao registo detalhado das evidências;
- O Exame físico deve ser realizado de forma sequencial, da cabeça aos pés (devendo assinalar-se a localização das lesões no diagrama corporal (Anexo 6) existente no Formulário de Registo Clínico da Violência.

(DGS, 2016)

Reportando-nos especificamente à documentação da RPVF, esta deve incluir:

- “- Item ou itens recolhidos;
- Data e hora de recolha;
- Nome da pessoa ou pessoas que recolheram;
- Localização dos vestígios recolhidos;
- Esquemas, diagramas corporais e/ou fotografias;
- Número do processo ou episódio de urgência do paciente” (Gomes,2014a: 72);
- Formulário da Cadeia de Custódia<sup>10</sup> (DGS, 2016) (Anexo 7) (Um dos requisitos obrigatórios à recolha de vestígios forenses na medida em que tem como finalidade assegurar “(...) de forma cabal a história cronológica de um vestígio desde a sua recolha até à sua valoração probatória final, em sede de julgamento” (Viegas, 2014: 165).

Sendo que “(...) os critérios de documentação devem assentar na premissa de serem factuais, precisos, completos e cronológicos (...)” (Gomes, 2014a:73) e os registos de Enfermagem “(...) devem refletir o estado físico do paciente, o estado emocional, os cuidados prestados e a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem prestados” (Gomes, 2014a:72).

### **Recomendações para a RPVF no SU**

Já em 1986, McNamara descreve na literatura a importância que os enfermeiros detêm na preservação de vestígios forenses no SU, alegando que os vestígios eram inúmeras vezes destruídos aquando a limpeza, desinfeção e tratamento das lesões, não existindo uma documentação fidedigna das mesmas (Gomes, 2014a).

Neste seguimento, Virginia Lynch, em 1991, preconizou a presença de enfermeiros forenses no SU, de modo a direcionarem as suas funções e o seu foco para o âmbito da avaliação de situações de negligência e abuso, realização de foto documentação das lesões,

---

<sup>10</sup> “A cadeia de custódia da prova é um procedimento para a validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, e tem como objetivo uma constante vigilância dos vestígios de forma que permaneçam inalterados” (Gomes, 2014a:125).

identificação e descrição de feridas, recolha de vestígios e prestação de testemunho, como peritos, em tribunal (Gomes, 2014a).

### **Preservação da roupa:**

É fundamental ter-se perceção que os vestígios forenses apresentam grande fragilidade, sendo facilmente destruídos. “De acordo com o princípio de Locard, podem-se transferir da vítima para o agressor, do agressor para a vítima, e do local para ambos” (Gomes, 2014a: 126). A roupa, apresenta-se assim como algo fulcral a ter em vista, pois a probabilidade de conter alguns vestígios é significativa. Assim:

- Cada peça, incluindo os sapatos, deverão ser cuidadosamente guardados em sacos de papel limpos individuais, evitando a contaminação cruzada, e de dimensão adequada (Lynch & Duval, 2011);
- Deve-se colocar no chão um papel descartável/lençol branco e, por cima deste, outro papel descartável ou lençol (tendo o primeiro o objetivo de prevenir a contaminação e o segundo a recolha vestígios) (DGS, 2016);
- Não se devem sacudir as peças de roupa (DGS, 2016);
- Peças molhadas ou húmidas devem ser colocadas a secar ao ar antes de serem embaladas, em local de acessibilidade restrita (Gomes, 2014a);
- Identificar as peças colocadas em saco individual (DGS, 2016);
- Após colocação da potencial prova em saco de papel, este deve ser selado e sempre que o vestígio transite entre pessoas diferentes, esta passagem deve ser registada/descrita e assinada por ambas as partes (Sheridan, Nash & Bresee, 2011);
- Caso seja necessário cortar a roupa, preservar os cortes/rasgos provocados por agressão, na roupa da vítima (DGS, 2016) (devendo sempre que possível, ser cortada pelas costuras (Gomes, 2014b));
- Não usar sacos de plástico, pois facilitam a condensação de humidade, facilitando a deterioração de eventuais provas (Gomes, 2014b).

### **Preservação de vestígios biológicos para estudos de ADN:**

“As zaragatoas devem ser humedecidas com água esterilizada e passadas na superfície suspeita de conter fluidos corporais secos; deixar secar ao ar livre (15 a 30 minutos), colocar no envelope, selar e etiquetar” (Gomes, 2014a: 132).

Tempo médio aceitável entre contacto sexual e realização de zaragatoa durante o exame físico:

- “→ 6 a 8 horas na cavidade oral;
- 24 horas na região anorretal;
- 72 horas na cavidade vaginal;
- Até às 120h (5 dias) e até aos 14 dias, dependendo das circunstâncias do caso concreto (ex. no caso de vítima acamada em virtude de idade ou doença)” (DGS, 2016:169).

Nota: As zaragatoas realizadas, assim como os absorventes de higiene pessoal recolhidos só devem ser armazenados, depois de secos (DGS,2016).

Se possível, informar a vítima de comportamentos a evitar até realização do exame físico:

- “→ Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca;
- Lavar os dentes;
- Limpar ou cortar as unhas das mãos;
- Pentear-se;
- Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão;
- Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa;
- Comer, beber, mascar ou fumar;
- Alterar circunstâncias na zona de ocorrência do crime, incluindo esvaziar baldes do lixo ou puxar autoclismo” (DGS, 2016:169).

### **Zaragatoas da superfície corporal:**

- Deverão ser realizadas antes de qualquer contacto com a superfície corporal da vítima (DGS, 2016).

- A primeira zaragatoa a ser feita deverá ser sempre humedecida com água estéril, a segunda (caso seja feita e devendo este aspeto ficar à consideração do profissional que a realiza) deverá ser seca (identificar qual a humedecida e qual a seca) (DGS, 2016).

- No caso de mordeduras, a recolha deve ser feita na área da impressão do arco dentário, por dentro, no meio e no perímetro por fora (DGS, 2016). “A marca da dentada pode identificar o agressor e tem a mesma validade das impressões digitais” (Gomes, 2014a: 134).

- Em caso de luta ou se for observado material estranho ou manchas nas mãos ou espaços subungueais, deverá realizar-se uma zaragatoa subungueal em cada mão (passar na região subungueal de cada dedo). Se houver quebra de unha durante a agressão, esta deve ser cortada e acondicionada) (DGS, 2016).

- Em caso de cadáver, proteger as mãos com sacos de papel e selá-los até aos punhos com elástico (DGS, 2016).

Nota: É essencial evitar a transferência de material biológico durante o exame, sendo indispensável a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) – Luvas, máscara, bata ou avental descartável, touca e mudar de luvas a cada passo.

### **Recolha de vestígios no cabelo /pelos púbicos**

Deve, sempre que possível, ser recolhida uma amostra significativa da vítima e do suspeito. Diferindo as características dos pelos de acordo com a zona do corpo onde se encontram, para estudo comparativo, devem-se recolher pelos dos mesmos locais, sendo prioritário nas situações de abuso sexual, a recolha de pelos púbicos, se possível com raiz (Gomes, 2014a). Assim:

- Após devida permissão, cortar madeixa de cabelo/pelo púbico que se encontre emaranhado, empastado ou manchado (suspeita de presença de fluidos) para envelope de papel;

- Deve-se pentear suavemente o cabelo/pelos púbicos com pente descartável, com movimentos descendentes para envelope de papel.

(DGS, 2016)

### **Recolha de outro material estranho (terra, vidro, bala, cabelos)**

No âmbito das CF denota-se de extrema importância recolher o maior número de fragmentos, perspetivando possibilitar o estabelecimento de alguma relação entre o agressor, vítima e local do crime. Deve-se assim:

- Secar cada amostra colhida (sem lavar), acondicionar as amostras colhidas em embalagens próprias, rubricar e colocar juntamente com o formulário da Cadeia de Custódia (DGS, 2016).

### **Morte de vítima no SU**

Caso a vítima entre já cadáver no SU, ou vindo a morrer na sala de emergência, devem ser assegurados determinados procedimentos de modo a assegurar a preservação dos vestígios forenses:

- Documentar todas as atividades/cuidados que foram efetuados à vítima desde a sua chegada ao serviço até ser levado o corpo para a morgue;
- Todo o equipamento utilizado para a reanimação da vítima deve acompanhar o corpo, assim como todos os dispositivos previamente colocados (tubo orotraqueal, cateter vesical (CV), sonda nasogástrica, acessos venosos, etc.);
- As mãos da vítima não devem ser lavadas, devendo ser colocadas em sacos de papel;
- Em caso de agressão sexual, devem recolher-se detritos existentes debaixo das unhas da vítima (na medida que podem conter tecido do agressor);
- Guardar recolha de fluidos orgânicos previamente recolhidos, para que possam ser preservados e examinados posteriormente;
- Proteger a sala de emergência e contatar autoridades;

- Impedir que os familiares toquem no corpo, pois podem contaminar ou destruir vestígios;
- Colocar o corpo envolto em lençol, antes de ser colocado no saco de cadáver, para preservar provas e evitar que sejam transferidas para o saco.

(Gomes, 2014a)

**Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses no SU em vítimas de:**

**-Asfixia**

Pode-se definir asfixia como “(...) uma síndrome patológica, eventualmente determinada pela morte produzida por anoxemia e hipercapnia, resultantes da dificuldade ou supressão da função respiratória” (Gomes, 2014b: 468).

As asfixias podem ser classificadas em: anoxias anóxicas provocadas por sufocação, anoxias anémicas, relacionadas com hemorragia ou inalação de monóxido de carbono, anoxias circulatórias ou estagnantes resultantes da constrição do pescoço e anoxias histotóxicas – Cianeto (Gomes, 2014b).

Assim:

- O enfermeiro deve registar, sempre que lhe seja possível constatar, de que lado está o nó na vítima, assinalando esse aspeto também no diagrama corporal;
- Deve-se tirar uma fotografia ou desenhar as características do nó;
- Nunca desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó;
- Se o examinado estiver morto, não se deve retirar o nó. Se estiver vivo e a necessidade de remover o nó for premente, deve realizar-se o corte cerca de 15 cm do nó;
- Deve ser registada a coloração da pele da vítima e descrever a aparência do sulco no pescoço da vítima de forma detalhada.

(Gomes, 2016)

### **- Agressão**

Todos os padrões de lesão devem ser identificados e descritos minuciosamente em folha de registo própria (o anteriormente mencionado Formulário de Registo Clínico da Violência) (DGS, 2016).

### **-Arma de fogo**

As armas de fogo “(...) são um instrumento de defesa e de ataque que utiliza a combustão de pólvora de distintos tipos, num espaço confinado para a projecção de um agente lesivo” (Gomes, 2014b: 378).

“Nas vítimas de agressão por arma de fogo, a entrada da bala na roupa deixa vestígios na mesma, nomeadamente partículas de pólvora queimada ou não queimada em volta do buraco” (Gomes, 2014a: 129).

Deve-se assim ter em atenção os seguintes aspetos:

- Preservar elementos expelidos pelo cano da arma de fogo (partículas de pólvora incombusta, invólucro, projétil) (Gomes, 2016) na medida em que aquando a saída da munição da arma, emergem gases quentes (pólvora queimada ou não queimada) usada muitas vezes para determinar o tipo de munição utilizada no crime (Gomes, 2014a);
- As mãos da vítima devem ser preservadas, devendo colocar-se sacos de papel das mãos até aos pulsos (Gomes, 2014a);
- Preservar a roupa da vítima sem sacudir para preservar os vestígios nela contidos. Após retirar a roupa deve ser armazenada seca em sacos de papel (nunca em sacos de plástico) (Gomes, 2014a);
- Evitar lavar ou contaminar áreas da pele que apresentem “tatuagem”<sup>11</sup> (Gomes, 2016);

---

<sup>11</sup> “São elementos que se situam em redor do orifício. A tatuagem é formada por uma contusão e pela incrustação dos grãos de pólvora” (Gomes, 2014b: 385).

- Evitar sempre que possível, rasgar ou realizar corte nas peças de roupa pelos orifícios aparentemente provocados pelo projétil (...)” (Gomes, 2014b);
- Documentar o tipo de arma de fogo (se possível fotografar em escala numérica) (Gomes, 2016);
- Evitar retirar balas do corpo com pinças de metal. Caso sejam usadas as pontas das pinças devem ser protegidas com borracha ou compressas para evitar provocar marcas adicionais nas balas (Gomes, 2014a);
- As balas devem ser secas com ar quente, antes de serem guardadas em pacote individual com fecho ou contentor apropriado (Gomes, 2014a);

### **-Arma branca**

Relativamente às armas brancas estas incluem-se no grupo das armas de mão, podendo ser divididas em armas de ponta, de corte ou de ponta e corte, provocando cada, algumas especificidades nas lesões que provocam (Gomes, 2014b).

Devendo-se:

- Se a faca ainda estiver empalada no corpo, proteger o cabo com saco de papel e fixar a faca de modo a não sair;
- Descrever de forma pormenorizada as características das lesões e documentar a presença de “caudas”<sup>12</sup> e cortes epiteliais superficiais;
- Preservar intacta a roupa da vítima (sempre que possível) de modo a ser possível determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.

(Gomes, 2014b)

### **- Acidentes de viação**

---

<sup>12</sup> As “caudas” resultam da união dos extremos das feridas que apresentam bordos nítidos e lineares, sendo a cauda da entrada normalmente profunda e curta e a de saída, superficial e larga (Gomes, 2014b).

Um acidente pode ser definido de acordo com a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2010:3) como a “Ocorrência na via pública ou que nela tenha origem envolvendo pelo menos um veículo em movimento, do conhecimento das entidades fiscalizadoras (GNR, GNR/BT e PSP) e da qual resultem vítimas e/ou danos materiais.”

Importa:

- Documentar e descrever detalhadamente as lesões dos ocupantes do veículo, englobando lesões típicas provocadas pelos *airbags* e cinto de segurança (Gomes, 2016).

### **- Intoxicação**

Podem ser distinguidos três tipos de intoxicações. As agudas, que advêm de uma exposição de pequena duração, em dose única ou múltipla, num curto espaço de tempo, com absorção rápida do tóxico e que podem levar à morte rapidamente, as subagudas quando existe exposição repetida durante vários dias/ semanas antes do aparecimento da sintomatologia e as crónicas que assentam na exposição ao tóxico durante períodos alargados (Gomes, 2014b).

“No que diz respeito à etiologia médico-legal das intoxicações podemos classificá-las em: acidental, suicida, homicida e indeterminada” (Gomes, 2014b: 495).

É assim fundamental:

- Preservar os vestígios eméticos em reservatório apropriado;
- Recorrer à utilização de uma caneta, delimitar o local onde foi realizada a punção venosa para administração do fármaco, para posterior diferenciação da punção onde eventualmente possa ter sido administrada a substância tóxica ou drogas de abuso;
- Antes de administrar qualquer fármaco, realizar sempre que possível, colheita de sangue para análise;
- Recolher garrafas, *blisters*, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais.

(Gomes, 2016)

### **Apoio Emocional e encaminhamento**

Não obstante ao mencionado anteriormente, é de suma importância ter presente que a prestação de cuidados transcende as lesões e queixas físicas, sendo essencial desenvolver uma intervenção no campo psicológico e social inerentes às situações de violência aspirando dar respostas efetivas às necessidades reais da vítima (Silva, 2010) e assegurar o encaminhamento desta para profissionais e entidades competentes.

Existe uma vasta rede de apoio para onde as vítimas de violência podem ser encaminhadas, de acordo com a especificidade do seu caso e as suas necessidades pessoais. Cabe ao profissional de saúde que acompanhou a fase inicial do processo fazer essa avaliação, delineando um plano, conjuntamente com a vítima ou seu representante legal, de modo a que seja assegurado uma continuidade de cuidados de qualidade.

Entre as diversas instâncias, encontram-se:

- O apoio psicológico, podendo este encaminhamento ser feito de imediato;
- Sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- Sinalizar ao Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco (NHACJR);
- Contatar Forças de Segurança (Guarda Nacional Republicana [GNR]/ Polícia de Segurança Pública [PSP]);
- Contatar Linha Nacional de Emergência Social – 144.

(DGS, 2016)

#### 4. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Almejando congregar esforços com o intuito de delinear estratégias de modo a aumentar as competências e conhecimentos baseados em evidência dos enfermeiros do SU do HDJMG no que respeita à RPVF, perspetivando alcançar uma melhoria dos cuidados prestados, o Planeamento em Saúde revelou-se como um conceito basilar.

Planeamento em Saúde pode definir-se como “(...) a racionalização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23) .

Neste seguimento, Imperatori & Giraldes (1993: 30) afirmam que

“A elaboração de programas e projectos é a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objectivos.(...) exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação dos seus responsáveis, a fixação dos objectivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e seu financiamento (...)”.

“O projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo et al, 2010: 4) baseando-se numa tentativa de intervenção fundamentada na resolução eficaz do problema real identificado.

Importa assim fazer alusão à Metodologia de Projeto, que se

“(...) baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática baseada em evidência” (Ruivo et al, 2010: 2).

É assim possível, adquirir através dela, capacidades e competências, constituindo-se como uma ponte entre a teoria na medida em que o seu suporte é o conhecimento teórico e a prática, pois será onde será aplicada (Ruivo et al, 2010).

A Metodologia Projeto é constituída por cinco etapas:

- “1 - Diagnóstico da Situação
- 2 – Definição dos Objetivos
- 3 – Planeamento
- 4 – Execução e Avaliação
- 5 – Divulgação dos Resultados (Relatório)” (Ruivo et al, 2010: 2).

De seguida será feita uma breve alusão a cada etapa bem como uma descrição detalhada do que foi realizado por nós em todas as etapas do processo.

#### 4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação surge como a primeira etapa do Planeamento em Saúde assentando “(...) na elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada (...)” (Ruivo et al, 2010: 10) por meio da qual se realiza

“(...) uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população (...)” (Ruivo et al, 2010: 10)

para que assim seja possível conceber respostas de qualidade para responder de forma efetiva às necessidades de saúde das populações (Ruivo et al, 2010).

Neste seguimento importa referir que

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018: 19363).

Por conseguinte é relevante que o projeto delineado após identificado o problema aquando o Diagnóstico de Situação “(...) deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo (...)” (Ruivo et al, 2010: 10).

A RPVF assume-se como uma prática essencial no que diz respeito à proteção e acompanhamento da vítima de violência, embora seja ainda uma área em desenvolvimento em Portugal e nos hospitais portugueses, enquadrando-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, como já referido anteriormente.

Assim, após a validação da temática em foco com a enfermeira chefe, o diretor clínico, a enfermeira orientadora e equipa de Enfermagem do SU através da realização de entrevistas exploratórias, deparámo-nos com a inexistência de qualquer normativa relativa à RPVF no serviço, tendo sido proposto a realização de formação na área, a toda a equipa multidisciplinar, a elaboração de uma IT (Apêndice 1), bem como a criação de um kit de RPVF.

Na medida em que a “(...) definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto (...)” (Ruivo et al, 2010: 12) e se caracteriza “(...) por identificar e descrever, estabelecer relações entre variáveis, apreciar a pertinência e precisar o objetivo (...)” (Ruivo et al, 2010: 12), sendo dois dos instrumentos de diagnóstico mais utilizados na prática clínica para almejar esse feito, o questionário, através do qual após análise do mesmo permite quantificar e analisar estatisticamente os resultados, e os métodos de análise de situação, nomeadamente a análise *SWOT*, (Ruivo et al, 2010) “(...) uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer na análise organizacional” (Ruivo et al, 2010: 14).

“A análise *SWOT*<sup>13</sup> é um meio de diagnóstico estratégico integrado no processo de melhoria contínua que facilita a avaliação de uma determinada área...” (Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior, 2014: 17), refletindo uma visão/perspetiva abrangente da situação em que se encontra uma dada organização, facultando dados que permitem a identificação de

---

<sup>13</sup> “*SWOT* é uma sigla que contém as iniciais, em inglês, dos termos: pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*)” (Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior, 2014 :18).

estratégias e ações de melhoria, auxiliando assim na definição de estratégias. Faz assim a relação entre os pontos fortes e os pontos fracos de uma instituição/serviço, oportunidades e ameaças do seu meio envolvente.

Foi assim realizada, após as entrevistas exploratórias já mencionadas anteriormente a análise do ambiente externo, ameaças e oportunidades a ele inerentes e do ambiente interno, delineando os seus pontos fortes e fracos de forma a realizar o cruzamento das ações/sugestões, o que culminou na elaboração da tabela da análise *SWOT* (Apêndice 2).

Não obstante procedeu-se igualmente à aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016) (Gomes, 20016) (Anexo 2), após cedida e devida autorização dos autores (Anexo 3) e assinada pela amostra o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4). Importa neste contexto referir igualmente que obedecendo aos pressupostos implícitos na Declaração de Helsínquia<sup>14</sup>, se assegurou a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Após o preenchimento dos questionários, estes foram guardados de forma aleatória, impedindo assim a possibilidade de serem identificados, sendo que a base de dados ficou armazenada no computador privado do investigador com proteção por palavra passe.

O referido questionário foi disponibilizado em formato papel e enviado via e-mail durante o mês de novembro, justificando-se esta ação pelo facto de que no período de aplicação do mesmo, diversos elementos da equipa se encontrarem de férias ou ausentes devido a licenças de paternidade. Dos 46 enfermeiros, 30 acederam a responder ao questionário, constituindo-se assim uma representatividade de 65,2%.

---

<sup>14</sup> Declaração de Helsínquia, 1964 (modificada em Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seoul, 2008) (*World Medical Association [WMA]*, 2008) “Esta publicação da Associação Médica Mundial (WMA) representa, essencialmente, uma proposta de “código de conduta da investigação médica em seres humanos” e versa a investigação em material humano e/ou sobre dados identificáveis provenientes de material humano” (Oliva -Teles, 2013: 39). Referindo no seu ponto “23- Every precaution must be taken to protect the privacy of research subjects and the confidentiality of their personal information and to minimize the impact of the study on their physical, mental and social integrity.” (23 - Devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade das suas informações pessoais e para minimizar o impacto do estudo sobre sua integridade física, mental e social”) (WMA, 2008).

### **Apresentação e Análise dos Dados obtidos após aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes, 2016)**

Após aplicação e sistematização dos dados recolhidos através das respostas dadas ao QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016), procedeu-se numa primeira fase à análise dos dados sociodemográficos nos quais estarão contemplados os aspetos relativos à representatividade da amostra de acordo com o sexo, distribuição da mesma por intervalos de faixas etárias, habilitações académicas, categoria profissional, anos de serviço e tempo de serviço especificamente em SU, formação ou ausência da mesma em Medicina Legal e/ou CF, frequência com que a amostra assiste vítimas de agressão sendo ela voluntária ou involuntária, o tipo de vítimas que são assistidas com maior frequência e a existência ou não de um protocolo no serviço que delinieie a atuação nestas situações. Posteriormente será exposta a caracterização da perceção da amostra no que respeita à manutenção e recolha de vestígios forenses bem como quanto à sua executabilidade. Todos os resultados serão apresentados sob a forma de tabela (Apêndices 5 e 6) de modo a ser facilmente perceptível e de simples consulta.

#### Caraterização Sociodemográfica

Os dados obtidos permitiram-nos realizar uma caraterização fidedigna dos enfermeiros que constituem a amostra nesta investigação, concretamente ao que respeita ao sexo, idade, experiência profissional e formação.

No que respeita à distribuição da amostra segundo o sexo (primeira variável identificada), constatámos que no total de 30 elementos, 63,3% (n=19) são enfermeiros do sexo feminino e 36,7 (n=11) são do sexo masculino (Apêndice 5: Tabela 1).

Relativamente à idade, os enfermeiros que constituem a amostra encontram-se maioritariamente na faixa etária dos 31- 40 anos, abrangendo a amostra em termos gerais idades que integram a faixa etária dos 20-30 até à faixa etária > 50 anos (Apêndice 5: Tabela 2).

Debruçando-nos acerca do tempo em que a amostra desempenha a função de enfermeiro, verificamos que maioritariamente se centra entre os 5 – 10 anos (n= 15), porém através da informação disponibilizada, contactamos facilmente que o tempo de experiência profissional é algo díspar entre os elementos da amostra, variando entre 5 -10 anos de experiência profissional e mais que 26 anos (Apêndice 5: Tabela 3).

No que respeita ao desempenho de funções em SU/ Emergência, o tempo de experiência neste contexto oscila consideravelmente entre o intervalo de 1-5 anos até mais de 20 anos, encontrando-se a maior parte da amostra a desempenhar funções neste contexto num intervalo temporal de 5 a 10 anos (Apêndice 5: Tabela 4).

No que reporta à formação académica dos elementos que integram a amostra, podemos inferir que 80% (n=24) são Licenciados em Enfermagem, 3,3% (n=1) possui Bacharelato e 16,7 (n=5) é detentor do grau de mestre, não existindo nenhum elemento detentor de Doutoramento (Apêndice 5: Tabela 5).

No que concerne à categoria profissional, 50% (n=15) encontram-se como Enfermeiros, 13,3 (n=4) como enfermeiros graduados, 10% (n=3) são detentores da Especialidade em Enfermagem Comunitária, 20% (n=6) são Enfermeiros Especialistas em EMC e 6,7 % (n=2) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (Apêndice 5: Tabela 6)

Tendo por base a temática em foco, para além da formação académica, denota-se de suma importância conhecer a existência de formação na área de Medicina Legal e/ou CF. Assim, e com base nos dados recolhidos, constatamos que 100% (n=30) da amostra não tem qualquer formação nesta área (Apêndice 5: Tabela 7).

De acordo com os dados analisados 13,3 (n=4) da amostra afirma assistir cerca de uma vez por mês vítimas de agressão voluntária ou involuntária, sendo que 50% (n= 15) refere prestar cuidados nestas situações uma vez por semana e 36,7 (n=11) muitas vezes, em média três vezes por semana (Apêndice 5: Tabela 8).

Relativamente à tipologia das vítimas assistidas pelos enfermeiros que integram a amostra, através das suas respostas, podemos determinar que 90% (n= 27) afirma atender

maioritariamente vítimas de acidentes de viação, seguindo-se com 83,3% (n= 25) de representatividade a assistência prestada em casos de intoxicação e com 36,7% (n=11) os casos em que prestaram cuidados a vítimas de arma branca. Contudo, e de acordo com os dados recolhidos, 30% (9) da amostra refere ter assistido vítimas de violência sexual, surgindo a assistência a vítimas de arma de fogo com uma percentagem de 10% (n= 3) e a vítimas de asfixia 6,7% (n=2) (Apêndice 5: Gráfico1).

Ao inquirirmos a amostra acerca da existência de protocolos no serviço em questão que delineiam a atuação dos enfermeiros em caso de vítimas de agressão, concluímos que a larga maioria 96,7% (n=29) nega a existência de um protocolo de atuação, sendo que apenas 3,3 % (n=1) respondeu afirmativamente à questão colocada (Apêndice 5: Tabela 9).

#### Caraterização da Perceção da Amostra Relativamente aos Conhecimentos Acerca da RPVF e Executabilidade na Manutenção e Recolha dos Mesmos

De seguida serão explanados os resultados inerentes à perceção da amostra relativamente aos conhecimentos e executabilidade dos mesmos na manutenção e recolha de vestígios forenses após a aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes, 2016). Foram assim para cada item, analisadas as respetivas, frequência absoluta e relativa ilustradas em tabela (Apêndice 6), de modo a tornar representativo a opinião dos enfermeiros constituintes da amostra.

#### Gestão de vestígios

Perante os dados apresentados na Tabela 10 (Apêndice 6), foi-nos facilmente permitido constatar que na sua maioria a amostra desconhecia grande parte dos procedimentos a ter, destacando-se os pontos 2, 4 e 5 que são conhecidos com rigor pela maioria dos enfermeiros e os pontos 3, 10, 12, 15, 16 e 20 cujos inquiridos afirmam conhecer vagamente os procedimentos. No que reporta à executabilidade, podemos inferir que de modo geral a maioria dos procedimentos não foi executada pelos elementos da amostra, ressaltando-se os pontos 4, 5 (já enunciados anteriormente), 6 e 7, 10, 12, 16 (também já mencionados), 17 e 19.

### **Agressão Sexual**

No que reporta à Tabela 11 (Apêndice 6), podemos afirmar que na sua maioria os enfermeiros afirmam conhecer os procedimentos inerentes à preservação de vestígios em caso de agressão sexual, existindo lacunas substanciais no que reporta aos pontos 21, 22 e 23, porém na generalidade poucos foram os procedimentos executados pela amostra, destacando-se por alguma representatividade de execução os pontos 24, 25, 26 e 27.

### **Lesões**

Atendendo aos dados apresentados na Tabela 12 (Apêndice 6) podemos afirmar que a amostra na sua maioria é detentora de conhecimentos ainda que vagos relativamente a alguns itens no que respeita à recolha de vestígios em caso de lesões, destacando-se o item 31 em termos de conhecimento com rigor. No que respeita à execução de procedimentos, na sua generalidade todos já foram executados, sobressaindo o item 32 como o mais realizado pela amostra, sendo o item 33 o menos executado por todos os elementos.

### **Arma Branca**

No que respeita aos procedimentos de preservação de vestígios e manutenção de vestígios no âmbito das armas brancas (Tabela 13 – Apêndice 6), constatámos a existência elevada de desconhecimento no que concerne à atuação correta nestas situações de violência, destacando-se os itens 36, 37 e 38 com representatividade significativa. Relativamente aos restantes procedimentos observámos que existe, na sua generalidade, um conhecimento vago destes por parte da amostra. Quanto à executabilidade, é claro que os procedimentos realizados com maior frequência, ainda que não seja numa percentagem significativa, são os referentes aos itens 39, 40, 41 e 42.

### **Arma de Fogo**

Relativamente aos procedimentos de preservação de vestígios em casos de vítimas de agressão por armas de fogo (Tabela 14 – Apêndice 6), a amostra refere na sua maioria deter conhecimentos vagos acerca da temática, sobressaindo por ausência de conhecimento os itens 48, 53, 55 e 56. Por sua vez, debruçando-nos sobre a execução de procedimentos perante as vítimas de agressão de armas fogo, a maioria dos inquiridos nunca executaram a maioria dos procedimentos, existindo parte dos elementos a considerar que os itens não se aplicam à situação em foco.

### **Acidentes de viação**

Analisando os dados referentes aos procedimentos de preservação e manutenção de vestígios relativos a acidentes de viação, ilustrados na Tabela 15 (Apêndice 6), concluímos que a amostra tem a perceção de conhecer vagamente parte dos procedimentos, sendo que parte significativa da mesma alega conhecer com rigor a maioria dos itens mencionados no questionário, destacando-se os pontos 59 e 60, verificando-se uma tendência representativa de desconhecimento no que reporta aos pontos 61, 62 e 63. Quanto à executabilidade os elementos da amostra referem ter executado a maioria dos procedimentos, destacando-se os itens 59 e 60 (já anteriormente enunciados).

### **Intoxicação**

Perante os dados obtidos referentes a procedimentos de preservação de vestígios em caso de vítimas de intoxicação (Tabela 16 -Apêndice 6), os enfermeiros demonstram ter conhecimento rigoroso com alguma significância apenas nos pontos 65, 66, 70 e 71, sendo que a maioria conhece os procedimentos vagamente, desconhecendo a grande maioria os procedimentos referidos nos itens 67, 68, 69 e 73. Reportando-nos à executabilidade dos procedimentos grande parte da amostra refere nunca ter executado a sua maioria, destacando-se a já execução dos itens 65, 66, 70, 71 ( já referidos) e 72.

## **Asfixia**

Por fim, apresentamos as conclusões retiradas das respostas dadas às questões relativas aos procedimentos de preservação de vestígios e sua executabilidade em vítimas de asfixia (Tabela 17 – Apêndice 6).

A maioria dos inquiridos afirma desconhecer grande parte dos procedimentos a ter, existindo um conhecimento vago sobretudo ao que respeita aos itens 74, 75, 76, 79, 80 e 86. Quanto à executabilidade constatámos que os procedimentos, na sua maioria nunca foram executados pela amostra.

Finda a síntese da análise dos dados obtidos referentes à perceção do conhecimento e executabilidade de procedimentos no âmbito forense, foi-nos permitido concluir, que na sua globalidade os elementos inquiridos assumem ter um conhecimento vago da maioria dos procedimentos, desconhecendo em parte alguns e não tendo executado a maioria, sendo fulcral perante o explanado, fomentar a formação nesta área.

Assim, e perante o exposto considerámos ser de suma importância a concretização da elaboração do projeto acerca da temática em causa, definindo-se concretamente situação problema como a ausência de formação, sistematização de procedimentos e protocolização no que respeita à RPVF no SU.

## **4.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS**

Os objetivos refletem os resultados que se pretendem atingir, assumindo-se na Metodologia de Projeto como representações antecipadoras com foco na ação a executar, devendo ser claros, concisos, realizáveis e mensuráveis (Ruivo et al, 2010). É assim importante definir “(...) os objetivos consoante os diferentes níveis em que se enquadram (...) (Ruivo et al, 2010: 18), sendo que os objetivos gerais devem ser encarados como enunciados de ações a

desenvolver para obter os resultados esperados e os objetivos específicos como indicadores de conhecimentos e aptidões a adquirir (Ruivo et al, 2010).

Deste modo e partindo do problema previamente identificado foi definido o seguinte objetivo geral:

- Otimizar a prestação de cuidados da equipa de Enfermagem do SU do HDJMG no que respeita à RPVF.

Por conseguinte, e de modo a concretizar e especificar o objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Capacitar a equipa de Enfermagem do SU do HDJMG de conhecimentos baseados em evidência científica, relativamente à RPVF;
- Realizar formação em serviço com posterior execução de prática simulada acerca da RPVF;
- Formalizar uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à RPVF através da elaboração de uma IT;
- Criar um kit de RPVF;
- Avaliar os conhecimentos adquiridos pela equipa multidisciplinar após formação, através de prática simulada: resolução de casos clínicos e banca prática.

#### 4.3 PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Apresentando-se o Planeamento como a terceira etapa da Metodologia de Projeto, momento “(...) em que é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia de software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (...)” (Miguel, 2006, citado por Ruivo, et al, 2010: 20) procedeu-se à planificação do esboço do projeto, realizando-se o levantamento dos recursos, assim como das limitações condicionantes do presente trabalho (Ruivo et al, 2010), definição das atividades a desenvolver, a metodologia de pesquisa e elaboração do respetivo cronograma (Apêndice 7), sendo a calendarização das atividades “(...) um processo interativo que determina as

datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto (...)” (Ruivo et al, 2010: 20), importando também mencionar que uma atividade “(...) normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos” (Ruivo, et al, 2010: 20).

No que respeita à Execução, esta materializa a realização do projeto, sendo onde se coloca em prática tudo o que foi previamente planeado (Ruivo, et al, 2010). Nesta fase torna-se impreterível a recolha de dados, de informação pertinente e fidedigna e documentação que contribuam para a resolução do problema identificado, assente numa divisão de tarefas e gestão de tempo previamente estabelecidos (Castro et al, 1993, citado por Ruivo et al, 2010). Dado a sinergia existente entre a fase de planeamento e execução optámos por descrevê-las em simultâneo.

O delineamento do presente projeto foi realizado através de estratégias formativas, assentes na problemática identificada, tendo como finalidade colmatar as lacunas existentes em termos de conhecimento científico e formação no âmbito da RPVF.

Assim, de modo a podermos dar início à intervenção pretendida e sendo fulcral e necessário a autorização institucional, elaboram-se os respetivos pedidos de autorização que se concretizam no:

- Pedido de autorização à enfermeira-chefe do SU do HDJMG - ULSNA (Apêndice 8);
- Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Dr. Diretor do SU do HDJMG - ULSNA (Apêndice 9);
- Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Dr. Presidente da Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E., e respetiva Comissão de Ética da instituição, para aplicação do questionário aos enfermeiros do SU e realização do projeto nesta instituição de saúde (Apêndice 10);

Não obstante, foi também realizado um pedido de autorização aos autores do questionário que pretendíamos aplicar - QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes,2016) (Apêndice 11) - aquando a realização do Diagnóstico de Situação.

Após a aquisição de deferimento da autorização por parte da Administração da ULSNA, na figura do Exmo. Sr. Dr. Presidente da Conselho de Administração a da Comissão de Ética da ULSNA e posterior reunião com os responsáveis pela formação em serviço do SU, dadas as alternativas para agendamento da formação a realizar estarem condicionadas devido à prévia calendarização de formações inerentes ao plano de formação anual, foi determinado que a formação em serviço acerca de RPVF seria realizada no dia 16 de dezembro de 2019. Ficou acordado que a mesma teria lugar na sala de conferência do serviço de Psiquiatria, iniciando-se às 14 horas (hora em que decorrem as visitas dos familiares, sendo o período em que os elementos da equipa possuem habitualmente mais tempo), com a duração de 90 minutos, destinando-se a toda a equipa multidisciplinar, concretamente, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais e também à equipa constituinte da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação).

De modo a concretizar o pretendido, a cada objetivo específico delineado, foram associados conjuntos de estratégias, referindo-se estas à utilização de meios delineados no planeamento, estando relacionadas com o conceito de eficiência e tendo como principal objetivo a utilização eficaz dos recursos (Ruivo, et al, 2010).

Segue-se então a apresentação dos objetivos específicos já mencionados anteriormente, com referência às atividades delineadas para cada um.

**- Capacitar a equipa de Enfermagem do SU do HDJMG de conhecimentos baseados em evidência científica, relativamente à RPVF;**

Em continuação, apresentamos de seguida as atividades delineadas para alcançar o objetivo atrás apresentado:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da RPPF, culminando na realização de uma RSL acerca da temática (Apêndice 3), tendo a problemática seguido a metrologia PICO: Participantes - Enfermeiros; Intervenção – Conhecimento em Enfermagem forense; Comparação – não aplicável; *Outcomes* – evidência sobre conhecimento em EF; chegando assim à

formulação da seguinte questão de investigação: Existe evidência sobre o conhecimento dos enfermeiros em EF?

Após a formulação da Pergunta PICO, iniciou-se a pesquisa com os descritores “*forensic nursing*”, “*education, nursing*” e “*knowledge*”, acompanhados com o caracter booleano “AND”. Estas palavras foram verificadas segundo os Descritores em Ciências da Saúde DeCS e MeSH (*Medical Subject Headings*). O levantamento bibliográfico decorreu entre outubro e novembro de 2019 nas seguintes bases de dados indexadas na B-on: DOAJ, ScienceDirect, Complementary Index, Supplemental Index, SciELO, CINAHL Plus with Full Text e Academic Search Complete.

- Elaboração de Pedido de autorização para a utilização do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes, 2016) (Apêndice 11) na realização do Diagnóstico de Situação;

- Elaboração do pedido de Consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4);

- Obtenção do consentimento, livre e esclarecido junto da equipa do SU do HDJMG;

- Aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes, 2016);

- Análise e tratamento dos dados recolhidos através do Microsoft Office Excel®;

- Elaboração de uma apresentação ilustrativa de forma gráfica dos resultados obtidos após aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves, 2016 (Gomes, 2016) (Apêndice 12);

- Elaboração do plano de sessão do momento formativo (tendo este como objetivo elucidar e capacitar os enfermeiros, médicos e assistentes operacionais do SU do HDJMG acerca dos procedimentos a ter no âmbito da RPVF) (Apêndice 13);

- Elaboração de uma apresentação subordinada ao tema em foco – RPVF (Apêndice 12) ( O momento formativo referido, tem como propósito capacitar e elucidar os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais do SU do HDJMG, assim como os elementos da VMER acerca dos procedimentos a ter no âmbito da RPVF, munindo a equipa multidisciplinar de conhecimentos baseados em evidência científica atual, tendo por base, como refere Rego (2015) que a atualização e o nível de formação dos profissionais no âmbito das suas funções é uma condição fundamental para que se torne possível atingir a qualidade dos serviços;

- Marcação do momento formativo;

- Elaboração de documento informativo acerca do tema, data e hora da realização da sessão formativa (Apêndice 14).

• **Realizar formação em serviço com posterior execução de prática simulada acerca da RPVF;**

Como atividades desenvolvidas destacam-se as seguintes:

- Realização do momento formativo, cujos objetivos assentaram em:

Objetivo Geral:

- Otimizar a prestação de cuidados da equipa de Enfermagem do SU do HDJMG no que respeita à RPVF.

Objetivos Específicos:

- Capacitar a equipa de Enfermagem do SU do HDJMG de conhecimentos baseados em evidência científica, relativamente à RPVF;

- Formalizar uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à RPVF através da apresentação da IT elaborada (Apêndice 1);

- Apresentar o kit de RPVF criado;

(A metodologia utilizada consistiu no Método Expositivo/Interrogativo/ Ativo, recorrendo-se ao Computador/ Multimédia e Manequim, como meios auxiliares de ensino).

- Criação de grelha de avaliação para avaliar aprendizagens após apresentados os casos clínicos em contexto de prática simulada (Apêndice 15);

- Criação de *checklist* para avaliação de resultados na banca prática (Apêndice 16);

- Reunião de todo o material necessário para realizar a banca prática.

• **Formalizar uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à RPVF através da elaboração de uma IT;**

Neste contexto foram determinadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica e documentos norteadores acerca da RPVF e material necessário para realizar uma boa e segura execução dos procedimentos;

- Elaboração de uma proposta de IT (Apêndice 1), que possibilite a uniformização da prática de Enfermagem no que respeita à RPVF no SU;
- Apresentação da IT a toda a equipa do SU;
- Disponibilização da IT ao serviço e a toda a equipa do SU.

- **Criar um kit de RPVF.**

Assim, com atividades, faz-se alusão a:

- Realização de pesquisa bibliográfica e documentos norteadores acerca da RPVF e material necessário para realizar uma boa e segura execução dos procedimentos;
- Elaboração de um kit de RPPF com todo o material necessário para a execução das técnicas;
- Criação de uma lista de verificação do KIT “Material de recolha/manutenção de vestígios forenses” (Apêndice 17);
- Apresentação do KIT “Material de recolha/manutenção de vestígios forenses” a toda a equipa do SU.

- **Avaliar os conhecimentos adquiridos pela equipa multidisciplinar após formação, através de prática simulada: resolução de casos clínicos e banca prática.**

Delimitaram-se neste âmbito as seguintes atividades:

- Elaborar um questionário de avaliação da sessão de formação realizada, bem como do formador (Apêndice 18);
- Aplicar grelha de avaliação (Apêndice 15) após apresentados os casos clínicos em contexto de prática simulada;
- Realizar a análise e tratamento dos dados recolhidos;
- Preencher a *checklist* (Apêndice 16) aquando realização da banca prática;
- Realizar a análise e tratamento de todos os dados recolhidos;
- Divulgar todos os resultados obtidos.

Neste âmbito importa fazer alusão ao facto da simulação enquanto estratégia pedagógica se apresentar como uma mais valia na medida em que

“A simulação e o treino simulado são hoje reconhecidos como estratégias pedagógicas fundamentais na formação de profissionais de saúde, ao nível graduado, pós-graduado e ao longo da vida, com impacto em várias dimensões que vão desde a Satisfação do estudante à Segurança da pessoa alvo de cuidados de enfermagem” (Martins, 2017: 156).

Na medida em que o desenvolvimento de competências para a intervenção enquanto enfermeiro se revela como um processo complexo, pois o desejável num profissional não se limita apenas a alguém capaz de desenvolver um conjunto de ações de acordo com a respetiva técnica, mas também que essa técnica seja acompanhada do melhor conhecimento, da capacidade de recolher e processar informação, de tomar decisões acertadas nos mais variados contextos e ainda que as ações sejam acompanhadas de atitudes que garantam o respeito pela pessoa e a construção de uma relação de ajuda (Meakim et al, 2013), a simulação

“(…) enquanto estratégia pedagógica ativa, ajuda a consolidar conhecimentos e confere-lhes valor, desenvolve habilidades técnicas e relacionais, ajuda a criar regras e hábitos para pensar e refletir e contribui para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o em ambiente seguro para o estudante, para o docente e para a pessoa alvo de cuidados” (Martins, 2017: 157).

#### 4.4 AVALIAÇÃO E RESULTADOS

No que respeita à avaliação de um Projeto e para que este possa ser avaliado de forma rigorosa é imprescindível recorrer a instrumentos de avaliação, entre os quais se encontram os questionários elaborados, entrevista com o orientador e discussões em grupo (Ruivo, et al, 2010).

Importa ter presente que a avaliação é um processo contínuo, transversal a toda a Metodologia de Projeto, permitindo retroceder sempre que necessário, com o objetivo de facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, da ação, a seleção dos meios e a análise de resultados (Ruivo et al, 2010).

Assim e como referido anteriormente, procedeu-se à elaboração de um questionário de avaliação da sessão de formação realizada, bem como do formador (Apêndice 18); uma grelha de avaliação com diversos procedimentos primordiais no que respeita à RPVF com o intuito desta ser preenchida por todos os formandos após concluído o momento formativo e apresentados os casos clínicos em contexto de prática simulada (Apêndice 15); uma *checklist* para seguir de guia na avaliação dos elementos que assistiram à formação aquando a realização da banca prática (Apêndice 16).

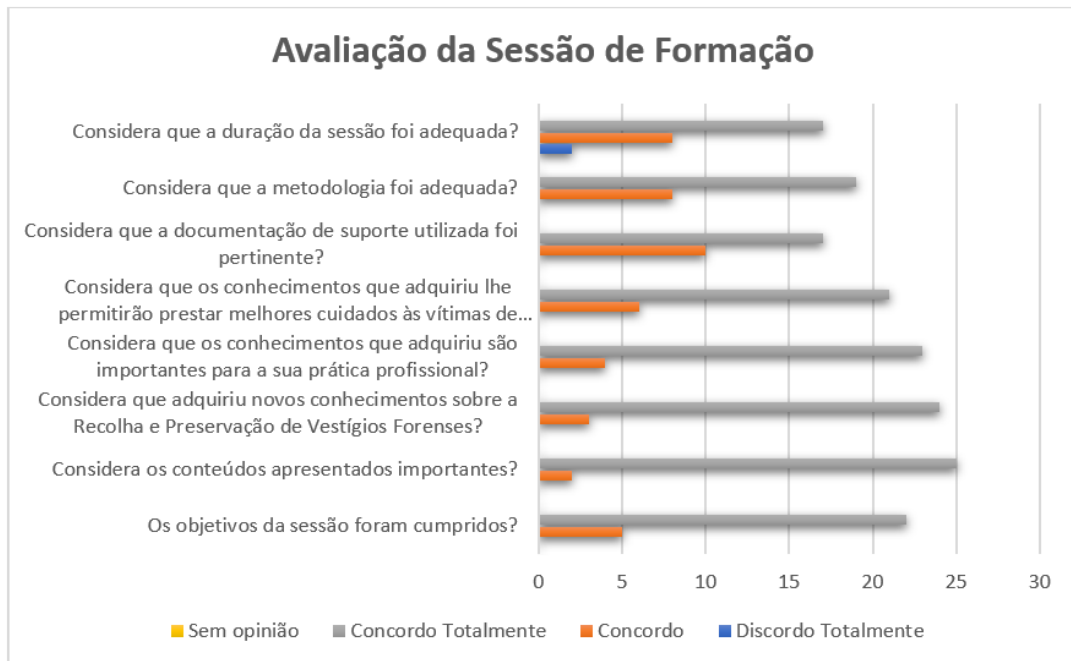
#### Avaliação da sessão de formação e do formador

No final da sessão formativa foi solicitado a todos os presentes que realizassem a avaliação da mesma tendo para isso sido criado um questionário assente nos seguintes pressupostos: “Avaliação da sessão de formação”, “Avaliação do formador” e “Sugestões” (questão de resposta aberta) (Apêndice 18), sendo posteriormente os dados processados no Microsoft Office Excel® e apresentados de forma gráfica, de modo a facilitar a sua leitura e interpretação.

Na sessão de formação estiveram presentes vinte e sete elementos dos quais dezasseis enfermeiros, nove assistentes operacionais, um médico e um aluno de Enfermagem.

No que respeita à avaliação da sessão formativa podemos afirmar que em termos gerais esta foi avaliada de forma bastante positiva, considerando a maioria dos formandos que adquiriu novos conhecimentos que lhes permitirão prestar melhores cuidados a vítimas de violência, sendo fundamentais para a sua prática profissional. Relativamente à duração da sessão formativa, metodologia utilizada, conteúdos abordados, documentação de suporte utilizada e objetivos delineados, maioritariamente a avaliação voltou a ser bastante positiva, porém há que mencionar que dois dos formandos consideraram que a duração da sessão não foi adequada (Gráfico 1).

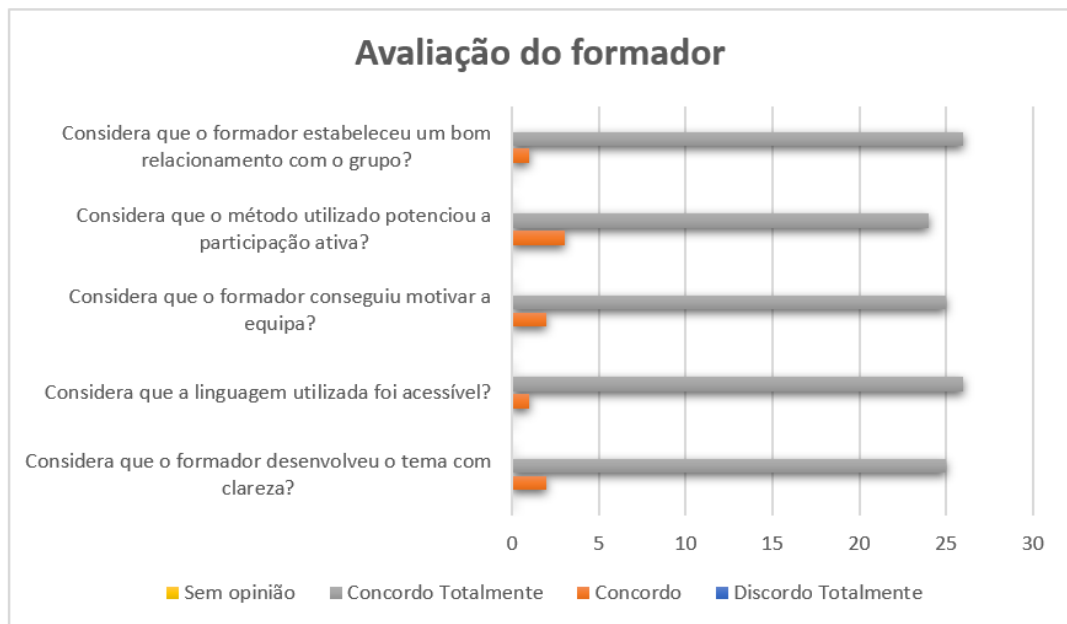
Gráfico 1 - Avaliação da Sessão de Formação



Fonte: Do próprio

Relativamente à avaliação do formador, os participantes consideraram na sua maioria que este conseguiu estabelecer um bom relacionamento com o grupo, tendo conseguido motivar a equipa, abordando os conteúdos com clareza e linguagem acessível. O método utilizado, após análise dos dados obtidos também foi considerado como positivo no âmbito da participação ativa.

Gráfico 2 - Avaliação do Formador



Fonte: Do próprio

No que reporta à questão aberta, ilustrada como “Sugestões”, esta foi criada com o intuito de dar abertura aos formandos para expressarem a sua opinião de forma livre, porém o grau de respostas, foi mínimo, tendo sido respondida apenas por 5 elementos. Foi, no entanto, unânime entre eles que seria importante serem realizadas mais formações acerca da temática em foco e com maior durabilidade, para que seja possível explorar mais a prática simulada – bancas práticas.

#### Análise dos dados referentes à grelha de avaliação para os casos clínicos apresentados (na sessão de formação)

Analisando os dados obtidos após preenchimento da grelha de avaliação pelos formandos, constatámos que na sua generalidade, as respostas dadas foram corretas, sendo exceção com três respostas erradas a premissa “Todos os objetos recolhidos devem ser colocados juntos de modo a gerir os recursos materiais e garantir que não se perdem” e com uma resposta errada a questão apresentada na frase “ Caso as peças de roupa estejam

ensanguentadas ou com qualquer tipo de secreções corporais devem ser colocadas no lixo (saco branco) para proteção dos profissionais”.

#### Dados da *checklist* obtidos após realização da banca prática

Relativamente à execução de procedimentos referente às bancas práticas, dado o limite delineado para a realização da formação, foi apenas possível realizarem-se duas simulações, dividindo-se o grupo total de formandos em dois grupos.

Após preenchimento da *checklist* previamente elaborada, verificou-se que na sua maioria todos os procedimentos em avaliação foram realizados, à exceção de no grupo 1 os seus elementos não terem colocado o lençol branco por baixo da vítima, consequentemente não podendo desempenhar de forma positiva o ponto referente a despir a vítima sobre o referido lençol, nem posteriormente o embalar do mesmo de forma correta, mantendo os potenciais vestígios nele contidos, seguros. No grupo dois, o erro identificado consistiu no facto dos elementos do grupo aquando a realização de procedimentos, não terem trocado de luvas a cada procedimento.

Aspira-se que o momento formativo e conteúdos fornecidos detenham um impacto positivo no desempenho de toda a equipa multidisciplinar do SU, possibilitando melhorar a sua prática no que respeita à RPVF almejando a prestação de cuidados de máxima qualidade.

Assim, pretende-se que futuramente sejam realizadas auditorias (recorrendo à *checklist* já elaborada) da equipa do SU aquando a prestação de cuidados a vítimas de violência e sejam agendadas reuniões com a mesma (equipa) com o intuito de avaliar a sua satisfação e identificar potenciais problemas que não tenham sido contemplados na IT de modo a que esta seja revista. A realização de mais sessões de formação no âmbito da RPVF também se revela imprescindível, para que possam ser colmatadas algumas dúvidas instauradas ambicionando-se alcançar um aumento da qualidade dos cuidados prestados a vítimas de violência.

Em nota final, importa referir que a Metodologia de Projeto em foco foi desde o início reconhecida como exequível, quer pelos responsáveis do serviço, representados nas pessoas

da enfermeira chefe e do diretor clínico, quer pelo Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E., tendo a fase de execução sido efetiva. Aguarda-se, porém, o aval do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E. da IT elaborada bem como da sua instauração no SU.

#### 4.5 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Reportando-nos à divulgação de resultados importa “(...) refletir sobre a importância da metodologia projeto e conseqüentemente da investigação para as disciplinas e em particular para a Enfermagem, equacionando as vantagens deste método de resolução de problemas para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes” (Ruivo, et al, 2010: 33).

“A investigação numa dada disciplina visa produzir uma base científica de modo a nortear a prática e autenticar a credibilidade da profissão (Fortin, 1999), consistindo “(...) em aumentar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito, proporcionando o seu desenvolvimento enquanto ciência” (Fortin, 1999:18).

Fazendo alusão à OE importa também mencionar que a investigação em Enfermagem consiste num “(...) processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas, para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006:1).

Em continuidade neste subcapítulo pretende-se realizar uma síntese aos resultados obtidos ao longo de todo o projeto, fazendo a sua análise em paralelismo com a literatura atual disponível proporcionando efetuar uma analogia entre evidência científica atual e os resultados adquiridos.

No que reporta ao Diagnóstico de Situação, sendo a amostra representativa em 65,2% da equipa, constatámos que nenhum elemento possuía formação em Medicina Legal e/ ou CF e que apesar de se depararem na sua prática diária com algumas situações de violência, desconhecem na sua maioria os procedimentos a ter nessas situações, não executando grande

parte deles, dado não existir no serviço em questão nenhum protocolo referente a essas situações.

Direcionando-nos para os resultados obtidos na avaliação da formação/formador, é claro que parte da equipa reconhece a necessidade de maior investimento nesta área, bem como de assistirem a mais formações acerca da temática em foco.

Durante o *debriefing* admitiram também terem graves lacunas acerca da RPVF sentindo necessidade de maior formação nesta área, dados congruentes com a RSL que foi realizada.

Constámos também que após formação, os níveis de conhecimentos acerca da RPVF aumentaram consideravelmente, dados igualmente corroborados pela bibliografia consultada.

É objetivo final deste RE, ser claro e esclarecedor para todos os que o consultarem, de modo a que seja acessível assimilar o conhecimento nele reunido, assumindo-se como um documento que permite sintetizar conhecimentos acerca desta temática e divulgar algumas lacunas existentes neste âmbito.

## **5. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS**

No quinto capítulo do presente RE pretendemos realizar uma abordagem sistematizada de todas as atividades realizadas ao longo deste percurso, apresentadas e previamente definidas de modo a nortear toda a UC do Estágio Final no Apêndice 19 (documento onde foram determinados os objetivos de estágio, atividades a desenvolver para os atingir e critérios de resultados esperados que permitissem realizar a avaliação do planeamento pré estabelecido), evidenciando todas as competências adquiridas, concretamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

Legalmente e com base no proferido pela OE, “(...) o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE, 2019: 4744).

Assim, e tendo como ponto de partida o facto de que o curso de Mestrado em Enfermagem tem por base possibilitar e favorecer a aquisição e desenvolvimento de competências, seguir-se-á uma análise reflexiva fundamentada na prática e nas competências adquiridas. Neste contexto, importa então fazer alusão às competências de Mestre:

- “1- Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora [EU], 2015:24).

Por conseguinte, importa também manter presente que no que reporta às competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC os cuidados de Enfermagem prestados

“(…) são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (…)” (OE, 2018: 19362)

exigindo a

“(…) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018:19363).

Devido às competências associadas ao grau de mestre, já anteriormente referidas, serem transversais a competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, optámos por as agrupar de acordo com o domínio a que se referem, de modo a facilitar a análise e reflexão acerca das mesmas.

## 5.1 COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são

“(…) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (…)” (OE, 2019: 4745).

Estas encontram-se organizadas em quatro domínios de competências, sendo “(...) as seguintes: a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019: 4745).

Prosseguir-se-á à análise e reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista em sinergia com as competências de mestre e atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico.

### **Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal (A)**

#### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A1 e A2**

**A1.** Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

**A2.** Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### **Competência de Mestre número 3**

**3.** Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Neste domínio importa ressaltar a contribuição imprescindível da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem ao proporcionar um crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal difícil de alcançar sem esse contributo. O aprofundar e sedimentar de conhecimentos nesta área tornou possível dar respostas de forma justificada e fundamentada aos dilemas e situações com que nos deparámos na prática, durante a realização do Estágio Final, assim como durante o exercício da profissão enquanto enfermeira.

As competências acima apresentadas reportam a uma prática segura e responsável, remetendo-nos à execução de uma prática reflexiva aquando a prestação de cuidados e tomada de decisões.

É fundamental ter-se noção que os enfermeiros cuidam de humanos, estando a Enfermagem inserida no campo das ciências sociais e humanas, centrando a investigação na pessoa, procurando identificar, estudar e debater formas de saber e fazer (Oliveira & Botelho, 2010).

Surge neste âmbito a deontologia, cuja finalidade “(...) cruza a dimensão da praxis em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandato social assumido” (Nunes, 2011, p.196).

Sendo, e como já referido, no capítulo VI o Código Deontológico do Enfermeiro no Artigo 97.º, que

“(...) todos os membros efetivos da Ordem estão obrigados a (...) a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (AR, 2015: 8078).

Reafirmando o apresentado no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (...)” (AGO, 1948).

É assim fundamental ter em mente que a dignidade humana se encontra indissociável da Enfermagem, apresentando-se o cuidado como a sua essência, tendo por base a pessoa enquanto objeto de cuidados (Brito et al, 2017).

Neste contexto, surge a ética como um ponto fulcral que deve ser transversal a todo este processo na medida em que se ocupa “(...) fundamentalmente, da reflexão sobre as ações do ser humano” (Soares, Dall’Agnol, 2011: 685), interpretando, discutindo e sobretudo questionando além de investigar valores e princípios na tentativa de dar resposta aos motivos pelos quais devemos agir de determinada maneira (Crozeta, Stocco, Labronici & Méier, 2010).

Baseando-nos no trabalho diário do enfermeiro impõe-se a necessidade fulcral de “(...) que todos os elementos saibam o seu lugar e a sua função devendo estes pontos e as suas actuações estarem previamente definidas, nunca é benéfico para o doente a existência de conflitos durante a execução de qualquer procedimento (...)” (Cardoso, 2011: 28).

Neste seguimento importa também mencionar o REPE, que no seu artigo 5, ponto 1 e 2 profere que “Os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1) Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (MS, 1996: 2960).

Desde o início deste percurso formativo que visámos assegurar a adoção de uma conduta responsável aquando a prestação de cuidados, assumindo ao longo de todo o processo como linha guia uma preocupação assertiva no que respeita à defesa da liberdade e da dignidade do doente.

Ao longo do Estágio Final desenvolvido, foram não raras as vezes que nos deparámos com situações de cariz mais complexo que exigiram uma tomada de decisão regida pela ética profissional. Em todo este processo decisivo, tentámos sempre que possível envolver todos os intervenientes no plano terapêutico estabelecido/ a estabelecer, nas figuras do doente, da sua família e equipa multidisciplinar.

Participámos inúmeras vezes na tomada de decisão em equipa, tentando sempre que nos foi solicitado, opinar de acordo com os princípios éticos que regem a profissão e atuar com base nos mesmos, em situações que tivemos de agir no momento, baseando assim sempre a nossa índole profissional nos documentos norteadores da profissão de Enfermagem, nomeadamente o REPE, o Código Deontológico do Enfermeiro, competências comuns do Enfermeiro Especialista competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, agindo em consonância com a nossa esfera de competências e respeitando a especificidade de cada profissão.

O estudo e leitura aprofundada destes documentos, embora já por nós conhecidos e utilizados durante o nosso percurso académico e profissional conduziu a uma maior consciencialização dos deveres e dos princípios que regem a Enfermagem.

Um fator de relevo e de extrema importância, foi a relação estabelecida com as equipas de Enfermagem dos campos de estágio e a abertura existente por parte destas. Inúmeras vezes, sempre que nos era possibilitado em questão de tempo disponível, discutíamos não só com a enfermeira orientadora, como com os restantes colegas algumas das situações mais complexas e dilemáticas em termos éticos e legais.

Foi-nos permitido constatar que os dilemas são transversais à prática de Enfermagem, não existindo por vezes uma resposta totalmente clara e acertada, o que nos impõe desenvolver uma capacidade reflexiva, rápida e conhecedora da documentação e regulamentação da nossa prática.

Não raras vezes surgiram situações, em que tomar uma decisão se demonstrou um ação de complexidade extrema, inferindo com sentimentos, vidas humanas, dignidade humana e morte, não se podendo esquecer as questões ligadas ao medo, dor e angustia sentidos pelas vítimas de violência.

Há que fazer ressalva à competência e humanismo das enfermeiras orientadoras, tendo ambas sido essenciais para a conclusão deste percurso académico de forma tão rica, pelas experiências partilhadas, ensinamentos, questões colocadas e reflexões feitas em conjunto, relativas ao processo de tomada de decisões.

Por possuímos experiência profissional no que remete à área de emergência e doente crítico, foi-nos permitido participar de modo proactivo em tomadas de decisões complexas, como já referido anteriormente, situações estas em que devido ao seu estado crítico o doente não possui capacidade decisória no que reporta a tratamentos e intervenções emergentes e fundamentais para a melhoria do seu quadro clínico, encontrando-se a sua autodeterminação e poder de decisão comprometido.

Relatamos particularmente uma situação que ocorreu no SU em que o doente entrara no serviço de modo autónomo, orientado no tempo e no espaço, referindo apenas que se encontrava nauseado desde o início do presente dia. Após horas a aguardar ser consultado pelo médico, foi encontrado por nós com palidez cutânea acentuada, sudorese profusa e obnubilado. Procedemos de imediato à sua monitorização e avaliação de sinais vitais

enquanto aguardávamos a chegada do médico chamado em simultâneo. Por apresentar uma grave disfunção elétrica do coração foi de imediato levado para a sala de emergência, pois necessitava de medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV), nomeadamente cardioversão elétrica sincronizada e medidas terapêuticas complexas. Na ausência de resposta positiva a todos os procedimentos instaurados, preparou-se a evacuação do mesmo, tendo o transporte sido assegurado por nós e pelo médico responsável até ao hospital de referência com valência de cardiologia.

Após terminado o episódio mencionado, refletimos com a enfermeira orientadora acerca do sucedido, tendo-se concluído que o processo de tomada de decisão fundamentado em evidência e rápida atuação são essenciais de modo a garantir a qualidade dos cuidados no âmbito da Enfermagem.

Uma outra situação que achamos pertinente relatar assenta no facto de em contexto do SU as dietas para os doentes serem na sua generalidade estandardizadas, embora haja a hipótese de se realizar um pedido de dieta personalizado, raramente é feito. Porém há que ter noção que diversas pessoas possuem algumas especificidades na sua alimentação, devendo estas ser respeitadas, aspeto que sempre que possível tivemos em atenção.

Em contexto de UCI muitas vezes refletimos e discutimos sobre as medidas tomadas no que concerne à instauração de alguns planos terapêuticos e decisões terapêuticas invasivas em doentes em fase terminal e em falência multiorgânica, questionando-nos muitas vezes acerca de qual a linha que separa o tratamento essencial e necessário e quando entramos em obstinação terapêutica? Até que ponto será viável realizar reanimação em doentes em estado terminal, sem perspetiva de qualquer melhoria? sendo o tratamento inúmeras vezes protelado ao máximo, numa tentativa infrutífera de salvar a vida do doente. Um grande contributo para lidar e fundamentar questões relativas ao assunto em foco, foi o trabalho realizado na UC de Epistemologia, Ética e Direito acerca da Obstinação Terapêutica.

Em contexto de SU, até que ponto será fundamentado, numa emergência, ventilar, sedar, sujeitar a manobras invasivas um doente desconhecendo se possui diretivas antecipadas de vontade (testamento vital)? Estaremos a decidir de forma correta perante a ambiguidade do benefício que se espera alcançar e o sofrimento que se pode causar?

São várias as questões que nos assolam durante a prática diária, porém a consciência é tranquilizada e a nossa prática fundamentada, ao percebermos que assenta nos princípios de beneficência e não maleficência.

No que reporta à UCI, os doentes veem geralmente a sua autonomia comprometida devido ao seu estado clínico, pelo que tentámos como já referido, estabelecer uma relação terapêutica e empática com os doentes/sua família, integrando-os no processo terapêutico do doente e mantendo-os sempre informados da evolução da situação. Fazemos aqui o destaque ao facto do serviço de UCI onde foi realizado o estágio final, possuir uma sala própria, destinada à realização do acolhimento, comunicação de más notícias e discussão de processos terapêuticos. No que reporta ao SU, nem sempre foi possível estabelecer este tipo de relação com os familiares devido ao tempo de permanência de alguns doentes no serviço ser curto. Porém sempre que nos foi possível, estabelecemos essa relação terapêutica, procurando sempre um espaço vazio e privado para garantir a confidencialidade da informação e um ambiente adequado para preservar a intimidade e privacidade do doente. Nestas circunstâncias importa também referir que o sigilo profissional foi sempre garantido.

Neste contexto, é de ressaltar o contributo da UC de Relação de Ajuda, que nos forneceu ferramentas fulcrais e estratégias facilitadoras do processo de comunicação. Não obstante, a referir também a importância extrema da participação no *workshop* “*Coaching* – na área da saúde” (Anexo 8), onde assimilámos perante uma exposição extraordinária, formas de comunicação e de interação com o doente e família e a participação no Primeiro encontro das UCI do Sul, sendo a temática em foco a humanização em Cuidados Intensivos (Anexo 9).

Um outro desafio diário, sobretudo no SU, assenta na garantia da privacidade do doente, não pela conduta dos profissionais que faziam o possível para a manter, mas pela lotação de doentes e falta de espaço existente. Na UCI os espaços estão delimitados encontrando-se cada unidade do doente separada por cortinas, sendo mais fácil garantir e evitar a exposição do doente. Porém foi transversal a ambos os campos de estágio a preocupação dos profissionais inerente ao assegurar a privacidade do doente e família, assim como a proteção de dados e historial clínico.

Neste seguimento e de modo a assegurar as competências inseridas no presente domínio (Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal), para realização e implementação do projeto individual, foi redigido e enviado um pedido de autorização ao Exmo. Sr. Dr. Presidente da Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E. e à Comissão de Ética da ULSNA, tendo este documento a descrição sumária da IPM, bem como anexado o questionário que pretendíamos aplicar. Igualmente, foi enviado um documento detentor da mesma informação para os autores do QPVAVE de Gomes, Corte-Real &Chaves (2016), de modo a obter a autorização dos mesmos para a utilização do referido questionário.

Após aval positivo de todas as entidades, foi aplicado o questionário (após o preenchimento pela amostra do consentimento informado, livre e esclarecido para análise e tratamento dos dados), tendo sido posteriormente implementado o processo formativo previamente delineado e aplicado o questionário da sessão de formação a todos os formandos. A ressaltar que de modo a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, nenhum dos questionários aplicados tinha forma de ser identificado, sendo os dados obtidos apenas destinados à realização da intervenção previamente descrita.

Foi também de nosso cuidado, seguirmos os pressupostos de forma a preservar o princípio da integridade académica. no que respeita à realização de citações e referências textuais (Nunes, 2011).

Adotámos assim, durante o nosso percurso, uma conduta assente na prática do Enfermeiro Especialista, especificamente Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, garantindo uma prática de cuidados ética, deontológica e que respeitasse os direitos humanos, sem qualquer discriminação, seja no âmbito social, político, étnico ou religioso.

Considera-se pelo apresentado, adquiridas as competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

### **Domínio da Melhoria contínua da qualidade (B)**

**Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B1, B2 e B3**

**B1.** – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

**B2.** – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

**B3.** – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Competência de Mestre número 5**

**5.** Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A Segurança do Doente, bem como a Gestão do Risco, emergem como problemáticas atuais, inerentes à prestação de cuidados e qualidade dos mesmos, tendo a OMS face a estas questões criado em 2004 a “*World Alliance for Patient Safety*”<sup>15</sup>.

Segundo Rodrigues (2015:11) “(...) um em cada dez doentes internados sofre um advento adverso durante o seu internamento (...) e quase metade dos mesmos poderão ser evitados”.

A gestão de Risco assenta assim “(...) em quatro pilares fundamentais: Sistema de Relato de Incidentes (SRI), Identificação e Avaliação do Risco, Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente e Auditoria como Instrumento de Melhoria Contínua” (Ramos e Trindade, 2011:17).

Não obstante, a qualidade em saúde inerente à Segurança do Doente, tem vindo igualmente a ser alvo de estudo, encontrando-se em constante desenvolvimento.

Em todo o mundo, tal como em Portugal, a preocupação neste âmbito aumenta, delineando-se estratégias com o intuito de minimizar danos.

---

<sup>15</sup>Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Assim, a AR aprovou em 1990, a Lei de Bases da Saúde 48/90 de 24/08/1990 onde esta patente que:

“A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (AR, 1990; p. 3452).

Neste seguimento, o MS aprovou em despacho, em 2009 a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sendo que em 2013 a qualidade em saúde assume nova visibilidade com a publicação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) (Varão, 2015) e mais recentemente surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde 2015-2020, que

“(…) visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (MS, 2015: 3882-(2)).

É também imprescindível referir os PQCE, já citados ao longo do presente trabalho, bem como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC onde se ressalva que “ Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2015: 17241).

Ao longo do Estágio Final e dado ter sido realizado em duas instituições e serviços distintos, foi-nos permitido contactar com diversas maneiras de organizar o trabalho/cuidados prestados e de organização em termos institucionais.

Constatámos que existem aspetos adotados em alguns serviços que se apresentam facilitadores na prestação de cuidados diária, diminuindo em simultâneo o tempo para a realização de determinada tarefa, assegurando a qualidade dos cuidados, nomeadamente a existência de alguns kits previamente preparados com todo o material necessário para a realização de Entubação Orotraqueal de urgência, colocação de Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial (LA), Cateter de Diálise (CD) e colocação de Drenagem Pleural.

O sistema de envio de colheitas de fluidos orgânicos existente na UCIP onde foi desenvolvido o estágio, demonstra-se também bastante pertinente, reduzindo o tempo de envio e evitando ser necessário alguém para as transportar, sendo enviadas diretamente do serviço para o laboratório em sistema próprio, construído propositadamente para o efeito, fazendo a ligação direta entre a UCIP e o laboratório.

Foi notório no decorrer dos estágios, o compromisso assumido pelas equipas na adoção das melhores práticas, com vista à melhoria dos cuidados prestados, assentes no cumprimento das normas emanadas pela DGS e por diversas entidades de referência na área da saúde, sendo de ressaltar a existência de alguns protocolos criados e adaptados pelas instituições, visando facilitar e assegurar a prestação de serviços de qualidade.

Neste seguimento, um dos aspetos a mencionar de modo a materializar o anteriormente referido, é a adoção e cumprimento da Orientação nº 017/2011 da DGS (DGS, 2011a) que reporta à inclusão da Escala de Braden nos respetivos serviços para que seja possível avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. É ainda avaliado em contexto de SU, através do preenchimento diário da escala de Morse, o risco de queda dos doentes, de acordo com a norma 008/2019 da DGS (DGS, 2019).

Em contexto de UCI importa também mencionar o cumprimento da Norma n 022/2015 da DGS “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção relacionada com o CVC, sendo os registos realizados na folha de registos de Enfermagem diária (DGS, 2015a). Neste âmbito, tentámos sensibilizar a equipa para a importância dos indicadores de qualidade, pretendendo com isso, que as avaliações sejam periódicas e realizadas de forma responsável. Um outro fator discutido com as enfermeiras orientadoras e chefes de ambos os serviços assenta na realização de auditorias nos serviços, sendo uma forma de avaliar a qualidade das práticas clínicas e possibilitar a adoção das melhores práticas nos cuidados prestados.

Ao longo do Estágio Final foram diversas as questões alvo de reflexão da nossa parte e em conjunto com as enfermeiras orientadoras, tendo ficado pendente no SU a continuidade do projeto por nós realizado, que se materializará na criação de uma rede de contacto definida em protocolo entre o HDJMG, a polícia judiciária e o Instituto de Medicina Legal de modo a garantir a cadeia de custódia dos vestígios forenses recolhidos.

Foi também notório a abertura da equipa e forma positiva como aderiu à temática proposta e equipamento criado para o serviço – kit de recolha RPVF, sendo claro, que de modo geral, existe abertura à mudança e vontade de melhorar a prática com base em evidência científica.

Durante o decorrer do Estágio Final, no que respeita a programas de melhoria contínua procurámos sempre atuar de acordo com as indicações emanadas pela DGS, regendo-nos pelas suas normas e orientações, tendo igualmente a nossa prática sido baseada nas evidências científicas mais recentes na área da qualidade, fundamentalmente no que respeita ao doente crítico. Mais uma vez, é de ressaltar o contributo fulcral dado pelas enfermeiras orientadoras, potenciando sempre momentos de discussão de novas abordagens acerca do planeamento de intervenções.

Houve também sempre a disponibilidade para nos momentos de pausa discutirmos com a restante equipa estas questões, consolidando conhecimento em conjunto, após debates de situações concretas, sempre almejando melhorar a qualidade dos cuidados prestados e consequentemente obter ganhos em Saúde.

Para que seja possível alcançar uma melhoria nos cuidados, é necessário, que enquanto futuros enfermeiros especialistas tenhamos a necessidade de nos mantermos atualizados, detendo conhecimentos das mais recentes evidências científicas e *guidelines*, sendo imprescindível não descurar a formação contínua.

Não podendo neste domínio deixarmos de referir a implementação parcial do projeto realizado e da formação dada à equipa multidisciplinar do SU do HDJMG, aspetos que permitiram desenvolver e mobilizar conhecimentos em prol do aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Neste âmbito, assim como anteriormente foi feito, há que destacar o contributo das Unidades Curriculares de Gestão em Saúde e Governação Clínica e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, na aquisição das competências no presente domínio.

Optámos por incluir a competência B3 neste seguimento dado que à criação de um ambiente terapêutico e seguro, está intrinsecamente associada a Governação Clínica e os Programas de Melhoria, sendo esta uma consequência direta das mesmas e sem as quais não poderia ser alcançada.

Para uma prática responsável é imprescindível ter-se noção que a aquisição de um corpo de conhecimentos atual e sólido é fundamental, pois só assim é possível reduzir os erros clínicos que possam ser cometidos, prejudicando a segurança do doente e consequentemente a qualidade dos cuidados. Assim, a consulta dos documentos já previamente referidos bem como do PNSD 2015 - 2020 (MS, 2015) denotou-se de extrema importância.

No decorrer do Estágio Final, face ao nosso trabalho atual ser desenvolvido na mesma valência - doente crítico – existia já uma familiarização prévia com os recursos materiais bem como em termos de valências clínicas existentes. Sendo que no SU existiu a necessidade de explorar o serviço relativamente ao seu espaço físico.

A dificuldade com que inicialmente nos deparámos residiu na organização dos doentes a quem era necessário prestar cuidados, na medida em que quando se encontram em balcão, andam dispersos por todo o serviço, havendo a necessidade de os encontrar e confirmar a sua identidade. Após as dificuldades iniciais e após explicações minuciosas por parte da enfermeira orientadora acerca da organização do serviço, foi notória a adaptabilidade eficaz ao serviço e rotinas do mesmo.

Foi também importante o facto de podermos participar no preenchimento das listas de verificação diárias da sala de emergência, reposição de material, testar os diferentes equipamentos de acordo com as indicações do fornecedor, realizar a “manutenção” dos monitores e ventiladores, fazendo os testes necessários de modo a garantir o correto funcionamento dos mesmos, procedimentos que contribuem para a segurança do doente, reduzindo o surgimento de problemas e diminuindo os riscos.

Outro fator digno de destaque neste domínio é a realização dos registos de Enfermagem, sendo no SU realizados em suporte informático, fator que diminui a ocorrência de erro e favorece a proteção de dados dos doentes. Por sua vez, na UCIP os registos bem como as

escalas preenchidas são maioritariamente efetuados em papel, porém a proteção dos dados é igualmente assegurada, havendo um cuidado extremo por parte da equipa no que respeita ao local onde se coloca toda a informação clínica.

Assim como os registos, a comunicação realizada na figura da passagem de turno é também imprescindível para a segurança do doente, garantindo uma transição de cuidados responsável e continuidade dos mesmos. No que reporta à informação de alta clínica ou de transferência, ambos os serviços se regem pela norma 001/2017 da DGS (DGS, 2017a), sendo a identificação do doente realizada com base na orientação 018/2011 da DGS (DGS, 2011b).

Reportando-nos às dotações seguras podemos constatar que algumas vezes não foram cumpridas e adequadas à tipologia dos serviços, porém é de ressaltar todos os mecanismos e estratégias utilizadas pela equipa e chefia de modo a contornar este problema, impedindo que a segurança dos doentes ficasse comprometida.

Pelo anteriormente referido e apresentado, consideramos ter alcançado as competências relativas ao presente domínio de forma efetiva.

### **Domínio da Gestão dos cuidados (C)**

#### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: C1 e C2**

**C1.** - Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

**C2.** - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

#### **Competência de Mestre número 1**

**1.** Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

No domínio da gestão importa reforçar que as competências comuns do Enfermeiro Especialista

“(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019: 4744).

No âmbito da melhoria da qualidade, é geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que nos modelos de excelência assume um papel de destaque (Fradique, M. & Mendes L., 2013) devendo assim manter-se presente que o enfermeiro chefe se assume como “(...) o elemento-chave dentro de um grupo de trabalho de Enfermagem hospitalar enquanto gestor da liderança (...) decisivo para o funcionamento eficaz da organização e motivador da equipa que lidera” (Fradique, M. & Mendes L., 2013: 46) sendo este fulcral para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento de competências por parte da equipa, aumentando assim os ganhos em saúde.

Neste âmbito foi nossa intenção através de entrevistas exploratórias com as enfermeiras chefes dos serviços onde decorreu o Estágio Final perceber a dinâmica do serviço levado a cabo pelo chefe de serviço, quais as estratégias utilizadas para organizar o trabalho de toda a equipa de modo a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados e qual a melhor forma de liderar e gerir os recursos existentes.

Após estas conversas informais, pudemos concluir que para desempenhar a função de chefe é necessário possuir uma visão concreta do serviço, bem como de toda a equipa multidisciplinar, dominando-se assim todas as vertentes da dinâmica do serviço.

Foi também ressaltado que é fundamental proporcionar um ambiente favorável à prática.

É da responsabilidade do enfermeiro chefe de Enfermagem, elaborar o horário mensal, distribuindo os recursos humanos disponíveis de acordo com as necessidades do serviço e realizar a distribuição dos doentes pelos enfermeiros em cada turno, sempre que se encontra presente, delegando esta função na sua ausência, ao responsável de turno, denominado previamente por si.

Em ambos os serviços, as chefes faziam questão de estar presentes nas passagens de turno da manhã, de modo a obter uma perceção geral dos doentes e da situação clínica de cada um.

A distribuição dos doentes é assim feita de acordo com as pontuações obtidas após preenchimento das escalas NAS e TISS-28 no caso da UCIP, sendo por posto de trabalho no SU onde se privilegiava a rotação dos elementos da equipa por todos os postos.

Uma das reflexões realizada em conjunto com a enfermeira orientadora residiu no facto dos valores obtidos após preenchimento das escalas utilizadas em UCI e já mencionadas, se reportarem às últimas 24 h, não sendo muitas vezes representativas dos cuidados prestados no dia seguinte.

Pudemos também constatar durante o Estágio Final, que em contexto de UCI, sempre que possível o rácio era de um enfermeiro para um doente, de acordo com o preconizado pela DGS no que reporta à norma para o cálculo de dotações seguras.

Observámos também, que sempre que se demonstrava necessário, as enfermeiras chefes de ambos os serviços, assumiam a prestação direta de cuidados aos doentes.

Como já referido anteriormente, devido à experiência já detida em cuidados intensivos, foi-nos fácil assumir uma postura de liderança no âmbito da gestão dos cuidados prestados, sempre em conjunto, é claro, com as enfermeiras orientadoras e em consonância com a especificidade de cada serviço e de cada equipa multidisciplinar.

Sempre que se impôs a delegação de tarefas, supervisionámos sempre a delegação das mesmas, de modo a garantir a segurança do doente.

O contacto com novas realidades, permitiu-nos realizar uma reflexão crítica acerca da presente temática. Apesar do nosso percurso enquanto profissionais nos dotar de algumas competências neste âmbito, o facto de muitas vezes nos encontrarmos absorvidos por toda a responsabilidade inerente à prestação de cuidados de qualidade impede-nos de realizar momentaneamente este processo reflexivo.

Neste âmbito, é de ressaltar o contributo extremo da UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio, assim como a participação no *Workshop* “Metodologia *Lean* e Simulação Clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde” realizado no âmbito do projeto “Performance clínica e doente crítico cardíaco: Metodologia *Lean* e simulação clínica, inovação nos cuidados de saúde” (Anexo 10) e a participação no *workshop* “*Coaching* – na área da saúde” (Anexo 8), já mencionado anteriormente.

Assim, podemos afirmar que perante as atividades desenvolvidas, as reflexões realizadas acerca das situações vivenciadas e relatos/explicações que nos foram feitas, acrescendo ao referido as atividades desenvolvidas no que respeita à liderança na concretização de todo o projeto (na sua conceção, planeamento e desenvolvimento) adquirimos as competências neste domínio.

### **Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

#### **Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D1**

**D1.** - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Neste âmbito importa fazer alusão ao facto de que

“A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2019: 4745).

Atualmente as evidências existentes acerca dos problemas de comunicação entre profissionais de saúde e os doentes são evidentes e diversas, sendo essencial ressaltar-se o benefício de uma comunicação eficaz (Grilo, 2012: 283).

Nesta perspetiva, para Phaneuf (2005:23)

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.

Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as interações, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso a criar laços significativos com ela.”

#### No que reporta ao autoconhecimento

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019: 4749).

Perante o exposto é fundamental ter-se noção que o Enfermeiro Especialista para que possa prestar cuidados de qualidade, deve desenvolver e aperfeiçoar os três níveis de saber que se concretizam ao nível socio-afetivo, remetendo-nos para o saber estar, ao nível cognitivo, relacionado com o saber ser e o nível psicomotor, ligado diretamente ao saber fazer, materializando isso no vocábulo formar que “(...) apela a uma acção profunda e global da pessoa: transformação de todo o ser configurando saberes, saber fazer e saber ser” (Silva, 2000: 94).

Ao longo do nosso percurso profissional, fomos adquirindo uma maior consciência de nós enquanto profissionais e até mesmo enquanto pessoas, reconhecendo também com maior facilidade as nossas limitações e áreas em que existe necessidade de maior investimento. Assim, nunca abandonámos, mesmo enquanto profissionais, o papel de estudante, numa perspetiva de aprendizagem contínua, para melhorar a cada dia a nossa prática.

Neste sentido, foi previamente ao início do estágio, elaborado um documento onde foram delineados os objetivos a alcançar, com respetivas atividades a desenvolver, para que fosse possível adquirir as competências pretendidas, fruto da reflexão conjunta realizada com a enfermeira orientadora e respetiva orientadora pedagógica, com base nas competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC.

De modo a facilitar o processo integrativo nos respetivos serviços onde decorreu o Estágio Final, apesar da experiência já adquirida no âmbito do doente crítico, denotou-se essencial a revisão de toda a documentação fornecida e matéria lecionada no primeiro ano do presente mestrado, destacando-se as unidades curriculares específicas de EMC: PSC,

assim como a consulta das evidências científicas atuais e documentos emanados por entidades de referência nesta área.

Mais uma vez é de enaltecer o contributo das enfermeiras orientadoras em todo o processo adaptativo e de desenvolvimento de competências aquando o decorrer do Estágio Final, tendo sido fulcrais por todo o apoio dado e disponibilidade demonstrada, fatores que permitiram uma evolução considerável no que respeita à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, mobilização de conhecimentos e aplicação dos mesmos em contexto real.

Foi destacado por ambas as enfermeiras orientadoras, a nossa capacidade de adaptação e integração nos serviços, o estabelecimento de uma relação cordial com todos os elementos das equipas de Enfermagem e multidisciplinares, assim como com os doentes e seus familiares, determinação e confiança em atuar perante situações críticas, dando uma resposta efetiva e com prontidão, nomeadamente em paragens cardiorrespiratórias, vontade de nos superarmos e vontade de aprender.

Foi também notório o crescimento de autonomia e à vontade sentido na divulgação de informações aos familiares dos doentes, quer de modo presencial ou via telefone. Situação que no SU por vezes se apresentava complexa, devido à afluência de pedidos de informação realizados em simultâneo, dado os inúmeros doentes presentes no serviço.

O Estágio Final permitiu-nos também desenvolver uma maior capacidade de nos auto avaliarmos e descortinar as nossas limitações enquanto enfermeiras, ao refletirmos diariamente acerca da nossa prática.

Mais uma vez as enfermeiras orientadoras tiveram um papel de destaque, assim como a orientadora pedagógica, pelos momentos de reflexão realizados conjuntamente aquando as avaliações, intermédia e final do Estágio Final.

Como anteriormente tem sido habitual, é de referir o contributo extremo da UC de Relação de Ajuda, no desenvolvimento de competências neste domínio, concedendo-nos bases para gerir emoções/sentimentos de modo a não interferirem na prestação de cuidados,

fornecendo-nos ferramentas e dando-nos a conhecer estratégias que potenciaram o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família, lidar com conflitos e nos integrarmos em grupo (equipa multidisciplinar).

Assim e perante o ilustrado consideramos ter adquirido as competências referentes a este domínio.

### **Competência Comum do Enfermeiro Especialista: D2**

**D2.** - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

### **Competências de Mestre números 2 e 6**

**2.** Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência.

**6.** Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

Neste âmbito, importa referir que é uma obrigatoriedade o Enfermeiro Especialista aliar “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019: 4749).

Foi notório em ambos os serviços onde decorreu o Estágio Final o interesse pela atualização de conhecimentos, baseado nas mais recentes evidências científicas, facto concretizado nas sugestões realizadas no âmbito da formação em serviço, muitas das quais parte dos elementos dos serviços se disponibilizavam para concretizar (após realização de pesquisa científica e elaboração da apresentação de modo a divulgar toda a evidência encontrada), de modo a esta ser transversal a toda a equipa, divulgando assim o conhecimento adquirido.

Ao longo do decorrer do estágio, há que ressaltar, mais uma vez o contributo das enfermeiras orientadoras, pelo incentivo realizado na consulta das normas adequadas a cada situação. Inicialmente, devido a aglomerados de informação referente às especificidades de cada serviço, foi preocupante não se conseguir absorver toda a informação, fator que cai por terra ao nos apercebermos, que já éramos detentoras de conhecimento em diversas áreas, revelando-se este incentivo como forma de sedimentar informação e a colocar em prática.

Neste âmbito e com o intuito de consolidar mais conhecimentos, surge a elaboração de um artigo científico, inerente à avaliação da UC de Estágio Final (Apêndice 3). Por conseguinte, há que referir que este artigo foi redigido de acordo com as normas de publicação da Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, tendo assentado na temática desenvolvida no projeto individual: “Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no SU”.

Foi igualmente notório a motivação de ambas as equipas no desenvolvimento e promoção de uma prática de Enfermagem baseada em evidência, como já referido, demonstrando-se concretamente a equipa da UCIP bastante proactiva no que respeita à realização de estudos, organização/participação em jornadas e em projetos internos, para posterior divulgação.

Procurámos assim, e com o auxílio do estímulo dado por ambas as equipas e com base em todos conteúdos que nos foram transmitidos ao longo do decorrer do mestrado, demonstrarmos competências e segurança no que respeita à prática de uma prestação de cuidados especializados no âmbito da EMC: PSC.

Há que neste âmbito também fazer alusão à participação nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (Anexo 11) e salientar a realização dos cursos de SAV (Anexo 12) e do *International Trauma Life Support (ITLS)* (Anexo 13) no âmbito da UC de EMC 4 onde obtivemos avaliação positiva.

Importa igualmente referir, que a IPM, foi desenvolvida no SU onde decorreu o Estágio Final, e que tendo por base a Metodologia de Projeto, foram identificadas as lacunas existentes no serviço referentes à RPFV através da análise dos dados obtidos após a

realização de análise *SWOT* e aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016) aquando o processo de validação da problemática. Perante as evidências que se obtiveram, de modo a promover uma mudança alicerçada na PBE, foi desenvolvido o projeto denominado “Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no SU”.

Podemos assim afirmar, que tendo em conta o conhecimento adquirido nesta área, é-nos permitido declarar que foi adquirida a competência em foco.

## 5.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No que reporta às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC: PSC estas

“(…) são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019: 4745).

Assim, e sendo o foco dos cuidados neste âmbito, o doente crítico, é exigido ao Enfermeiro Especialista em EMC: PSC e de acordo com a OE (2018: 19362) que os cuidados de Enfermagem prestados à PSC sejam

“(…) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC definem-se por:

“(…) a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção 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” (OE, 2018: 19359).

De modo a sedimentar as competências adquiridas, seguem-se algumas considerações, baseadas numa análise e reflexão previamente realizada.

Seguindo a linha de pensamento anteriormente aplicada, a análise, reflexão e devida fundamentação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC far-se-á acompanhar da menção das competências referentes ao grau de Mestre, sempre que assim se considere pertinente.

### **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC: K1**

**K1** - **Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

#### **Competência de Mestre número 4**

**4**. *Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.*

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018: 19363).

Aquando a realização do Estágio Final, foi notório a prestação de cuidados a doentes com disfunção e/ou falência multiorgânica, dado a tipologia e valências dos locais selecionados. Foi assim possível o desenvolvimento de competências no âmbito da abordagem e prestação de cuidados de Enfermagem ao doente crítico.

Concretizando, a especificidade de doentes a quem prestámos cuidados apresentavam essencialmente patologias associadas ao foro respiratório, cardíaco e renal. Porém não raras vezes também surgiram casos relativos a doentes cirúrgicos. As patologias mais comuns assentaram em pneumonias, insuficiência respiratória, descompensações metabólicas

graves, insuficiência renal aguda/ crónica agudizada, tromboembolismo pulmonar e enfarte agudo do miocárdio.

Assim, em contexto essencialmente de UCI e sala de emergência no contexto do SU é facilmente justificável a ampla gama de recursos tecnológicos existentes, que permitem realizar vigilância hemodinâmica rigorosa, assegurar a ventilação em situações de falência respiratória, prestar cuidados no âmbito do trauma, proceder à infusão de terapêutica em perfusão contínua, realizar exames complementares de diagnóstico (eletrocardiograma e ecocardiograma), efetuar técnicas de substituição renal e avaliação gasométrica. Existe, porém, a necessidade de saber manusear de modo correto todo o equipamento e interpretar os valores apresentados, sendo essencial realizar um paralelismo entre a teoria e a prática, fator sempre tido em conta ao longo do decorrer do Estágio Final.

Inúmeras vezes participámos na realização de SAV em contexto de paragem respiratória ou paragem cardiorrespiratória, critério de avaliação inerente à competência K1 “ 1.1. 4 – Demonstra conhecimentos e habilidades em SAV (...)” (OE, 2018: 19363). Foi-nos facilitador de atuação o facto de já possuímos experiência prévia nesta área devido à nossa atividade profissional atual e pelos conhecimentos desenvolvidos durante a frequência do curso de SAV realizado.

Em contexto de SU e sobretudo em contexto de UCI revela-se imprescindível a implementação de protocolos, assegurando uma PBE, tendo sido uma preocupação inicial consultarmos todos os protocolos em vigor nos serviços, de modo a assegurar a utilização dos mesmos nas situações que surgiram.

Foram igualmente tidos em conta diversos fatores, entre os quais, a monitorização e controlo da dor, avaliação do *delirium*, do risco de queda, risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, comunicação com o doente crítico e sua família, o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente e sua família, realização de técnicas dialíticas de qualidade e administração de terapêutica complexa de forma informada e responsável.

Neste seguimento, importa então explorar as temáticas anteriormente referidas.

Assim, a dor, quinto sinal vital, foi um fator sempre tido em conta aquando a prestação de cuidados, sendo um dever enquanto enfermeiras realizar uma monitorização sistemática da mesma. Avaliámos a dor, utilizando sempre que possível a escala numérica, recorrendo à utilização da escala Behavioral Pain Scale em doentes ventilados mecanicamente e/ou com depressão do estado de consciência. Foi assim nosso objetivo adotar medidas não farmacológicas no controlo da dor, quando assim se justificasse e alertar o médico responsável sempre que se demonstrou necessário, de modo a garantir a administração de terapêutica analgésica endovenosa, à base de opiáceos ou não opiáceos de modo contínuo ou intermitente. Foi também alvo de cuidado sempre que se administrou este tipo de terapêutica monitorizar os efeitos da mesma e os seus eventuais efeitos secundários/adversos. Muitas vezes aquando a prestação de procedimentos invasivos que se apresentavam dolorosos para o doente, era administrada terapêutica analgésica, geralmente opióides fortes de ação rápida ou aumentado o ritmo de analgesia já em perfusão contínua de modo a atenuar/evitar a dor provocada pelo procedimento.

Foi também nosso cuidado garantir os posicionamentos dos doentes com frequência adequada de modo a atenuar o desconforto e dor por eles sentida.

Devido à terapêutica administrada, ambiente e especificidade das patologias em UCI, grande percentagem dos doentes desenvolve *delirium*, havendo sempre preocupação extrema em realizar a avaliação do mesmo (*delirium*) de modo sistemático, recorrendo à *CAM-ICU* (escala que nos permite monitorizar o *delirium*, a presença ou ausência deste).

A particularidade dos cuidados em ambiente de UCI, remete-nos para diversos cuidados específicos a ter de modo a garantir a qualidade dos mesmos, pelo que foi sempre nosso cuidado aquando a realização dos diversos procedimentos garantir a segurança do doente, nomeadamente, realização de pré oxigenação antes de efetuar a aspiração de secreções, de modo a garantir a oxigenação e não aumentar a hipoxia, medição em todos os turnos da pressão do *cuff*, de modo a evitar a necrose da traqueia ou deslocamento/exteriorização do tubo orotraqueal, interpretação rigorosa de gasometrias arteriais, aplicação das medidas preconizadas para prevenção de infeção associada ao CVC, LA, CD, CV e à pneumonia associada à ventilação mecânica. Ainda na vertente da ventilação, agora remetendo-nos para a ventilação não invasiva, foi também sempre nosso cuidado adaptar as *interfaces* utilizadas

à fisionomia do doente, otimizando a oxigenação e prevenindo o aparecimento de úlceras por pressão.

No que respeita ao doente do foro cardíaco, houve a possibilidade de pôr em prática e desenvolver os conhecimentos já por nós detidos no que respeita à interpretação de traçados eletrocardiográficos e monitorização hemodinâmica avançada. Realizámos também sempre com grande rigor a monitorização e cálculo dos balanços hídricos dos doentes, de modo a prevenir a sobrecarga cardíaca.

Relativamente ao doente renal, houve também a oportunidade de sedimentar competências no âmbito das terapias de substituição renal.

No que reporta ao trauma, o contacto com doentes desta tipologia surgiu maioritariamente em contexto de SU, demonstrando-se o curso por nós realizado durante o mestrado de ITLS de grande utilidade.

Foram igualmente inúmeras as vezes que realizámos o transporte de doentes críticos entre diferentes instituições de saúde, e na vertente Inter hospitalar entre sala de emergência, serviço de UCI, Imagiologia e Bloco Operatório. Neste âmbito mantivemos sempre presente que é essencial levar todo o material e terapêutica eventualmente necessários aquando o transporte do doente crítico, podendo este agravar o seu estado clínico a qualquer momento, embora tenha sido preocupação constante a estabilização prévia (dentro do possível) do doente, antes de cada deslocação.

Reportando-nos novamente a escalas utilizadas aquando a prestação de cuidados, em contexto de UCI e SU garantimos igualmente o preenchimento em todos os turnos da escala de Braden e de Morse, avaliadoras de risco e da avaliação do estado de consciência através do preenchimento da escala de coma de Glasgow.

É de referir, que devido à experiência já adquirida na prestação de cuidados ao doente crítico, foi notória a autonomia que nos foi dada pelas enfermeiras orientadoras, no que respeita à preparação e administração de terapêutica, gestão dos cuidados prestados e realização de pensos.

Por último importa referir outra vertente que se revelou uma preocupação constante a todo o estágio final – a vertente comunicacional. É assim de ressaltar o contributo da UC de Relação de Ajuda, como já anteriormente referido, neste âmbito, munindo-nos de recursos para estabelecer uma relação terapêutica eficaz e deter uma postura assertiva aquando a realização de acolhimento do doente, com o próprio e respetiva família, bem como em momentos de comunicação de más notícias, ocasiões complexas em termos psicológicos e emocionais.

Há que referir igualmente que na vertente do doente crítico, grande parte das vezes o processo de comunicação fica comprometido devido ao facto do doente estar sedado, ventilado, inconsciente, obnubilado ou até desorientado. Perante o referido, foi nossa preocupação ao longo do EF encontrar estratégias para contornar essa situação limitadora, nomeadamente recurso a comunicação gestual, escrita e recurso a instrumentos de comunicação.

Em termos conclusivos, pelo explanado, desenvolvemos a capacidade já detida na previsão e deteção de possíveis situações de instabilidade hemodinâmica, bem como na identificação de alterações do padrão fisiológico normal, fator que nos permitiu assegurar atempadamente os cuidados necessários ao doente crítico.

Urge assim, como já mencionado anteriormente, realizar um paralelismo entre a teoria e a prática, envolvendo uma sinergia entre o saber fazer, o saber ser e o saber saber.

Perante tudo o que foi exposto consideramos ter alcançado a competência anteriormente referida.

### **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC: K2**

**K2. - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**

Mencionando a OE (2018:19363)

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”.

Embora com diversas etiologias inerentes às especificidades de cada região, os incidentes com múltiplas vítimas surgem com supremacia a nível mundial. De acordo com o *Centre for Research in the Epidemiology of Disasters* [CRED] (2015), estes tipos de desastres tornaram-se mais comuns nos últimos vinte anos, assumindo-se como um desafio complexo relativamente à realização de uma organização eficiente e eficaz, quer de todo o teatro de operações, quer ao nível de prestação de socorro/cuidados às vítimas.

Ao longo do Estágio Final, foram diversas as vezes em que abordámos a temática da catástrofe/emergência multi-vítima, conjuntamente com as enfermeiras orientadoras. Logo no início do estágio foi por nós solicitado em cada serviço, que nos fosse disponibilizado o plano de catástrofe de cada instituição, para que pudesse ser por nós consultado e analisado.

Em contexto de SU foi-nos mostrado o Kit que possuem para realizar a triagem das vítimas em caso de catástrofe, bem como nos foi permitido consultar o plano de emergência interno, que nos possibilitou ter uma perceção concreta da organização do serviço nestas circunstâncias, como são orientados os recursos humanos e geridos os recursos físicos.

É certo que grande parte das reflexões efetuadas tiveram por base situações hipotéticas, não tendo, devido à imprevisibilidade da ocorrência de situações de catástrofe e emergência multi-vítima, surgido aquando a realização do Estágio Final nenhum evento neste âmbito.

Refletimos também em contexto de SU, com parte dos elementos da equipa acerca de uma situação específica de multi-vítimas, causada por um acidente de autocarro ocorrido algum tempo antes do decorrer do estágio, em que a equipa participou. Foi-nos possível, perante os factos relatados perceber que em situações de catástrofe/multi-vítimas é essencial seguir os protocolos instaurados, manter as redes de comunicação sempre viáveis e garantir uma atuação rápida, coordenada e eficiente. É assim dever do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, desempenhar um papel ativo, na elaboração de planos de emergência/catástrofe,

assim como no planeamento, organização e distribuição dos recursos e garantir a articulação de todas as entidades envolvidas neste processo.

Assim, de modo a consolidar o nosso conhecimento nesta área, foi por nós consultada inúmera documentação neste âmbito, nomeadamente: a Orientação n. 007/2010 referente à Elaboração de um plano de Emergência nas Unidades de Saúde da DGS (DGS, 2010), o Despacho n.º 3551/2015 de 9 de abril, sobre a Regulamentação e definição do Sistema de Gestão de Operações (Ministério da Administração Interna [MAI] - Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC], 2015) e o Decreto-lei n.º 72/2013, que perfaz a última alteração ao Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (MAI, 2013).

Como tem vindo a ser constante ao longo do presente RE, não pudemos deixar de mencionar o contributo da UC de EMC 3 na qual nos foi dada a conhecer parte da documentação já mencionada e no âmbito da qual elaborámos como elemento de avaliação um poster intitulado “Incidentes com Feridos em Massa – Lições a aprender” (Apêndice 20).

Igualmente há que referir a realização do curso de trauma, já mencionado, que nos dotou de ferramentas para atuarmos de forma rápida, responsável e segura perante o doente de trauma.

De acordo com o explanado, consideramos ter adquirido a competência acima mencionada, ainda que não tenha sido possível participar ou presenciar nenhuma situação de catástrofe/emergência multi-vítimas aquando a realização do Estágio Final.

### **Competência Específica do enfermeiro Especialista em EMC: PSC: K3**

**K3. - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

No que reporta à competência anteriormente referida o Enfermeiro Especialista em EMC: PSC

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da PSC e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE, 2018: 19364).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM) surgem como questões alarmantes, detendo um grande impacto a nível mundial, não devendo ser descuradas por nenhuma entidade prestadora de cuidados de saúde pois a implicações destas infeções e o seu impacto nos doentes pode ser devastador (DGS, 2017b).

“Em 2014, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI)” (DGS, 2017b: 5).

Importa assim explicitar que as PBCI, assentam em “(...) um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, devendo ser implementadas de acordo com os procedimentos clínicos realizados e riscos inerentes aos mesmos, tendo como objetivo máximo prevenir a transmissão cruzada de IACS” (DGS, 2018: 6). Um bom exemplo disso, foi a adesão de Portugal em 2008 à Campanha da Organização Mundial da Saúde da Higiene das Mãos com o objetivo de reduzir 5% das IACS e posteriormente, em 2016, à monitorização de uso de luvas nas unidades de saúde (DGS, 2018).

É de referir igualmente que em “(...) 2014, já no âmbito do PPCIRA a Campanha da Higiene das Mãos foi alargada às outras componentes das PBCI, tendo sido criada, a nível nacional, a Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção” (DGS, 2018: 6).

#### É assim missão do PPCIRA

“(...) promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos. Constitui ainda missão do PPCIRA, promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos” (DGS, 2017b:19).

Sendo as IACS um fator contornável, passível de prevenção, denota-se essencial que os enfermeiros no geral e sobretudo os Enfermeiros Especialistas assumam um papel proativo na conceção e desenvolvimento de boas práticas, devendo igualmente estimular a adesão de toda a equipa multidisciplinar às recomendações emanadas pela DGS neste âmbito, pois só assim é possível adotar uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, evitando maioritariamente o aparecimento de complicações ou o surgir de eventos adversos.

É certo que a prevenção das IACS assenta no controlo rigoroso dos potenciais focos de infeção, revelando-se como um processo complexo, sobretudo ao nível do doente crítico, encontrando-se este com vulnerabilidade extrema devido ao seu estado clínico e muitas vezes comorbilidades associadas. Aos fatores anteriormente mencionados há que acrescentar que neste contexto, os doentes são sujeitos a uma panóplia de procedimentos invasivos, necessários para a manutenção da sua vida, nomeadamente, ventilação mecânica invasiva, CVC, LA, CD, drenagens torácicas, CV, entre outros.

Assim, foi por nós considerado essencial, ao longo do decorrer do Estágio Final, a consulta de informação fidedigna emanada por entidades competentes nesta área. Foi-nos então possível, após a consulta de diversa documentação, nomeadamente das normas e recomendações emanadas pela DGS para a prática clínica segura, ressaltando-se a Norma nº 021/2015 referente ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação” (atualizada em 30/05/2017)(DGS, 2015b), a Norma nº 022/2015 que reporta ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com CVC” (DGS, 2015a), à Norma nº 019/2015 alusiva ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a CV” (atualizada em 30/05/2017)(DGS, 2015c), sendo as infeções com maior incidência em UCI, alargar conhecimentos nesta área. É também notório a presença de muitos doentes do foro cirúrgico em contexto de UCI, pelo que foi identicamente consultada a Norma nº 020/2015 respeitante ao “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico” (DGS, 2015d), assim como o PPCIRA (DGS, 2017b) e o relatório “Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018” (DGS, 2018).

Foi igualmente nossa preocupação ser detentoras de informação acerca do PPCIRA, de ambas as instituições onde decorreu o Estágio Final, disponível na intranet de cada

instituição e dos protocolos existentes na UCIP e no SU no que reporta à prevenção e controlo de infeção.

Foi identicamente neste âmbito, desenvolvida uma prática reflexiva com as enfermeiras orientadoras acerca das medidas gerais adotadas, garantindo-se o cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção em todos os contextos onde desenvolvemos a nossa prática, sendo uma ação essencial para a segurança do doente, da sua família e de toda a equipa multidisciplinar.

Um fator que considerámos ter relevância positiva em todo este processo assenta na realização de auditorias periódicas aos cuidados prestados pelas equipas, contribuindo para uma maior responsabilização, conduzindo assim a um aumento da qualidade dos cuidados. Porém, há que também evidenciar um aspeto que considerámos menos positivo, consistindo este no facto da inexistência de qualquer quarto de isolamento com pressão negativa no âmbito de UCI, fator que pode comprometer a segurança dos doentes e profissionais, dificultando o controlo de infeção no serviço. Porém, há que ressaltar o espaço existente entre as unidades do doente, cumprindo a distância de segurança.

Fez igualmente parte da nossa passagem por ambos os serviços reforçar a importância do cumprimento das normas emanadas acerca desta temática, ressaltando que é da responsabilidade de todos os elementos que participam e integram o processo de cuidados, tê-las em consideração e cumpri-las.

Há também que mencionar que o facto da nossa orientadora em contexto de UCI ser a responsável pela área do controlo de infeção no serviço, foi-nos de uma utilidade extrema, uma vez que nos munuiu de documentação acerca da temática em foco, nos mostrou grelhas de observação a preencher em dias aleatórios para avaliar o cumprimento das normas e nos explicou de modo minucioso as políticas da instituição no que reporta ao controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. Igualmente para aprofundar o nosso conhecimento nesta área, foi notório o contributo do trabalho desenvolvido no âmbito da UC EMC 5 - “Plano de prevenção e controlo de infeção associada ao CVC” que contribuiu para o processo de aquisição de competências nesta matéria, e da visita que nos foi proporcionada fazer no primeiro ano do presente mestrado integrado, ao serviço de esterilização do HDJMG.

Pelo apresentado, consideramos ter adquirido a competência acima mencionada.

**Competência de Mestre número 7**

**7.-** Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Por tudo o previamente apresentado, e considerando-se que pela exposição e reflexão realizada ficou explícito o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC: PSC, afirmamos que esta competência conducente ao grau de Mestre foi igualmente adquirida.

## **CONCLUSÃO**

É gratificante chegarmos ao final deste percurso formativo e possuímos plena noção do quão enriquecedor foi a nível pessoal e profissional.

Finda a elaboração do presente RE, é com assertividade que afirmamos, que a busca incessante de conhecimento, tempo investido e esforço realizado foram compensadores, refletindo-se na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em EMC:PSC e de Mestre em Enfermagem, mobilização e aquisição de conhecimentos e desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, que proporcionou uma alteração da nossa visão enquanto enfermeiras e potenciou a adoção de uma prática mais responsável e fundamentada em evidência científica.

Neste seguimento, importa concretizar que durante o decorrer do estágio realizado no SU do HDJMG, nos foi permitido aprofundar conhecimentos, desenvolver capacidades e habilidades no âmbito da prestação de cuidados em SU e consolidar competências que haviam sido transmitidos ao longo do Mestrado em EMC: PSC, agora numa vertente prática em contexto real.

Desenvolvemos competências e aprofundámos conhecimentos no que respeita à relação de ajuda estabelecida aquando a prestação de cuidados, tendo-nos sido permitido mobilizar conhecimentos especializados na prestação de cuidados de Enfermagem à PSC e sua família, ao nível das relações inter pessoais, da tomada de decisão após identificação correcta do problema, na promoção de um ambiente seguro, no desenvolvimento de processos de formação contínua e execução de técnicas de Enfermagem, sempre baseados numa prática de cuidados responsável de acordo com o quadro ético, deontológico e jurídico, fundamentadas no Código Dentológico de Enfermagem e no REPE.

Relativamente à prestação de cuidados de Enfermagem em UCI, o estágio desenvolvido, apesar de surgir numa vertente meramente observacional, dado o curto espaço de tempo

destinado ao mesmo, permitiu-nos consolidar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do nosso percurso profissional no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico, família/cuidadores que vivenciam processos de debilidade complexos decorrentes de doença crítica e/ou falência multiorgânica consequentes de patologias agudas ou crónicas.

Seguindo esta linha de pensamento, a realização do estágio na UCIP do HES possibilitou-nos também contatar com uma realidade que embora nos seja familiar enquanto enfermeiras, na medida em que o desempenho de funções é em contexto de UCI, não deixou de ser produtiva e de suma importância. A consolidação de competências suportadas por uma base de conhecimentos teóricos e práticos, a partilha de experiências com os colegas que integram a equipa acerca da monitorização de doentes, da forma de realizar uma avaliação fidedigna dos dados obtidos, interpretação de traçados eletrocardiográficos, atuação eficaz perante um paragem cardiorrespiratória (PCR), prestação de cuidados específicos de acordo com a patologia/necessidade do doente e manuseamento de tecnologia avançada na área de cuidados intensivos revelou-se uma experiência enriquecedora.

Note-se que neste contexto é determinante a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção em resposta às necessidades do doente, visando a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação do mesmo, quando este necessita de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica de modo a prevenir eventuais complicações.

Perante a IPM desenvolvida e RSL realizada é-nos permitido afirmar que o conhecimento científico sobre EF apresenta algumas lacunas significativas.

Surge assim a necessidade iminente da génese de novos caminhos de forma a consolidar a prática de Enfermagem no âmbito forense, de modo a que seja possível fazer face aos fenómenos de violência e assegurar que seja feita justiça.

É assim fundamental existir um investimento e sensibilização no que concerne à formação e desenvolvimento da prática no âmbito da RPVF, recomendando-se a realização de momentos formativos acerca da temática em foco e sempre que se justifique, a realização de prática simulada, aspirando a consolidação de conhecimentos.

Após a concretização do presente relatório podemos afirmar que o impacto da formação realizada no âmbito da IPM (desenvolvida com base na Metodologia de Projeto), assim como a simulação prática efetuada, detiveram um papel notável relativamente à aquisição de novos conhecimentos baseados na mais recente evidência científica e numa melhoria significativa da prática dos enfermeiros no SU no que respeita à RPVF, realidade manifestada por toda a equipa do SU.

Foi igualmente gratificante termos a noção que conseguimos contribuir de forma eficiente na otimização de procedimentos e na alteração de perspectiva da equipa do SU neste âmbito, confirmando-se assim a efetividade da IPM desenvolvida.

Há que também fazer referência à limitação com que no deparámos, na medida em que devido à durabilidade do estágio no SU não nos foi possível deter o aval positivo por parte do conselho de administração do HDJMG, ULSNA e assistirmos ao estabelecimento da IT.

Ficou também pendente o prosseguir do projeto desenvolvido, assente na criação de uma rede de contacto definida em protocolo entre o HDJMG, a polícia judiciária e o Instituto de Medicina Legal, situação que ainda não foi possível materializar devido à situação de pandemia que enfrentamos no momento.

Perspetivamos assim, que a situação seja normalizada e que nos seja possível dar continuidade ao projeto já iniciado, conjuntamente com os elementos da equipa já previamente selecionados, de modo a assegurar de forma efetiva a cadeia de custódia, aspirando alcançar ganhos em saúde e a prestação de cuidados de qualidade.

Perante toda a argumentação e trabalho exposto no presente relatório, consideramos ter atingido o objetivo geral e objetivos específicos enunciados no início do presente documento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo N. (2016). Enfermagem Forense. In Dinis-Oliveira R. J., Magalhães T., *O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspectivas futuras* (1ªEd. – pp. 67-73). Lisboa: Pactor
- Asci O, Hazar G, Sercan I. (2015, novembro). The approach of prehospital health care personnel working at emergency stations towards forensic cases. *Elsevier: Turkish Journal of Emergency Medicine*,15, 131-135. DOI: 10.1016/j.tjem.2015.11.007
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES] (2017a). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Disponível em: [file:///C:/Users/j\\_cla/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/j_cla/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf)
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde [AESES] (2017b). *Regulamento do Funcionamento do Mestrado em Enfermagem*. Disponível em: [file:///C:/Users/j\\_cla/Downloads/Regulamento%20do%20funcionamento%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o.pdf](file:///C:/Users/j_cla/Downloads/Regulamento%20do%20funcionamento%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2019). Estatísticas APAV. *Relatório Anual 2018*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Lisboa. 1- 22. Disponível em: [https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2018.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf)
- Assembleia da República [AR]. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 195, 3452 – 3459. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/574127>

- Assembleia da República [AR] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I, n.º 181, 8059 – 8105. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Assembleia Geral da ONU [AGO] (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, França, (217 [III]). Disponível em: <https://dre.pt/declaracaouniversal-dos-direitos-humanos>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2010). Principais Indicadores de Sinistralidade no Continente. *Observatório de Segurança Rodoviária*, 1-29. Disponível em: [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/539/3/Rel\\_Jun\\_10.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/539/3/Rel_Jun_10.pdf)
- Bader, D. M., & Gabriel, S. (2010). *Forensic Nursing: A Concise Manual* (2ª ed). Florida, EUA: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Brito, A., Sartóris, A., Silva, C., Rodrigues, G. & Costa, M. (2017 outubro-dezembro). Presença dos pais durante a reanimação da criança - Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica. *Percursos*, 38, 3-25. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per\\_num\\_38.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_38.pdf)
- Centre for Research in the Epidemiology of Disasters (2015). *The Human Cost of Natural Disasters 2015: A Global Perspective*. Disponível em: <https://www.cred.be/publications?page=2>
- Cardoso, M. (2010). *Auditoria a um Sistema de Informação Hospitalar - SAM* (Tese de Mestrado em Sistemas de Informação). Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico de Bragança, bragança, Portugal. Disponível em: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3988/1/Margarida\\_Cardoso\\_MSI\\_2010.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3988/1/Margarida_Cardoso_MSI_2010.pdf)
- Cardoso, S. (2011). *Da prevenção e controlo da infeção a um cuidado de excelência* (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9422/1/FINAL.pdf>.

- Coelho, M. (2013). *Impacto da formação em ciências forenses* (Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 3ª edição). Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2079/1/COELHO%2c%20Mauro%20Alexandre%20Almeida%20-%20Dissertação%20mestradoEM-BARGO%2021%20OUT%202014.pdf>
- Coelho M., Cunha M. & Libório R. (2016, janeiro-fevereiro). Impacto da formação em ciências forenses. *Revista Servir*, 59 (1), 27-33. Disponível em: [https://issuu.com/batalim/docs/rev\\_vol1.5](https://issuu.com/batalim/docs/rev_vol1.5)
- Comissão Setorial para a Educação e Formação: Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior (2014 – setembro). *Análise SWOT do Ensino Superior Português: oportunidades, desafios e estratégias de qualidade* (pp.1- 49). Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra, DOI: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0830-3>
- Crozeta K., Stocco, J., Labronici, L. & Méier M. (2010). Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (2), 239-243. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v23/n2/v23n2a14.pdf>.
- Cunha M., Libório L. & Coelho M. (2016, fevereiro). Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices. *Elsevier: Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 1089 – 1097. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.118
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2001). Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa, Portugal: *Direcção-Geral da Saúde*, (1 – 24). Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientação n.º 007/2010 de 6 de outubro-Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da

Saúde, 1-125. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011a). Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Direção-Geral da Saúde*, 1-10. Disponível em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011b). Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. *Direção-Geral da Saúde*, 1-3. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015a). Norma n.º 022/2015 de 16 de dezembro - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral da Saúde*, 1-17. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015b). Norma n.º 021/2015 de 16 de dezembro - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Direção-Geral da Saúde*, 1-13. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015c). Norma n.º 019/2015 de 15 de dezembro - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical”. *Direção-Geral da Saúde*, 1-12. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015d). Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico”. *Direção-Geral da Saúde*, pp. 1-12. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). Guia Prático. *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa. Portugal. Disponível em: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx);
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017a). Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral da Saúde*, 1-8. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Direção-Geral da Saúde*, 1-24. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. *Direção-Geral da Saúde*, 1-34. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dWAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. *Direção-Geral da Saúde*, 1-20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Fortin, M.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, série III* (10), 45-53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>
- Gandhi S, Poreddi V, Reddy SS N, Palaniappan M, Bada Math S. (2018, maio). Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing* 27(10): 559-564. DOI: 10.12968/bjon.2018.27.10.559
- Gomes. A. (2014a). *Enfermagem Forense*, Volume 1. Lisboa. Lidel ISBN: 9789727579853;
- Gomes, A. (2014b). *Enfermagem Forense*, Volume 2. Lisboa. Lidel. ISBN: 9789897520600;
- Gomes, C. I. D. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência* (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses). Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/36819>;
- Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000200011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200011&lng=pt&tlng=pt).
- Grupo Português de Triagem (2015). História da Triagem de Manchester. In *Grupo Português de Triagem*. Disponível em: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3:historia-da-triagem-de-manchester&catid=11&Itemid=109](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3:historia-da-triagem-de-manchester&catid=11&Itemid=109)
- HES E.PE. (2020a). *O Hospital*. In HES de Évora E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- HES E.PE. (2020b). *Missão e Valores*. In HES de Évora E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>

- HES E.PE. (2020c). *Unidade de Cuidados Intensivos*. In HES de Évora E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/unidade-de-cuidados-intensivos/>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020a). *Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica* (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual. (Dados de 2018). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic)
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020b) *Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica* (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual. (Dados de 2018). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0)
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1- 351. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse - Prática baseada em evidências em enfermagem*. Porto Alegre: AMGH.
- Lopes, N. (1995, outubro-dezembro). Da Investigação à Qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, 34-39.
- Lynch, V. & Duval, J. (2011). *Forensic nursing science*. (2.ª edição). St. Louis: Elsevier Mosby
- Machado B., Batista de Araújo I., Figueiredo M. (2019 jul./ago./set). Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 22, 43-50. DOI: 0.12707/RIV19028

- Magalhães, T. (2005) A Vítima como Objecto da Intervenção Médico-Legal. *Acta médica portuguesa*, 18, 453-458. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1065/733>
- Magalhães, T., Dinis- Oliveira, R. (2016). Introdução às Ciências Forenses. In Dinis-Oliveira R. J., Magalhães T., *O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspectivas futuras* (1ªEd. pp. 1-6). Lisboa: Pactor;
- Martins, J. (2017, janeiro/fevereiro/março). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (12), 155-162. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a16.pdf>
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., ... Borum, J. (2013). *Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), S3–S11. DOI: 10.1016/j.ecns.2013.04.001
- Ministério da Administração Interna [MAI] (2013) - Decreto-Lei n.º 72/2013: Segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de julho, que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 105/2013, pp. 3190 – 3199. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/513607>
- Ministério da Administração Interna [MAI] - Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC] (2015). Despacho n.º 3551/2015 de 9 de abril: Regulamentação e definição do Sistema de Gestão de Operações (SGO). *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 69, pp. 8634-8653. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/6695009/details/maximized?serie=II&dreId=66950091>
- Ministério da Justiça [MJ] (2007). Lei n.º 48/2007 de 29 de agosto: Alteração ao Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de fevereiro. *Diário da República*, Série I n.º 166/2007, Série I, 5844 – 5954. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/48/2007/08/29/p/dre/pt/html>

- Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I-A, n.º 205, 2959 – 2962. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Ministério da Saúde [MS] (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 28, 3882-(2) a 3882-(10). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Nazarloo L F, Sabet M S, Jafaraghae F, Leyli E K, Taromsari M R, Jolly A. (2017). Emergency Department Nurses' Knowledge about Forensic Nursing. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27(3): 27-36. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3687/cf0ccb5a9dd007bec6ec0743c5237666af8.pdf>
- Negreiros R. & Lima, V. (2018, agosto - dezembro). Importância do Estágio Supervisionado para o Académico de Enfermagem no Hospital: compartilhando experiências vivenciadas como equipa de trabalho”. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2 (16), 1-7. Disponível em: [file:///C:/Users/j\\_cla/Downloads/4359-10951259-1-PB.pdf](file:///C:/Users/j_cla/Downloads/4359-10951259-1-PB.pdf)
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliva -Teles, N. (2013). Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascer e Crescer*, 22(1), 38-41. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542013000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000100009&lng=pt&tlng=pt).
- Oliveira, J; Botelho, M. (2010). De Husserl a Ricoeur: Um percurso Metodológico Aplicado à Investigação em Enfermagem. As propostas Fenomenológico-Hermenêuticas de Alexander e de Lindseth & Norberg. *Revista Pensar Enfermagem*, 14(2), 19-29. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_2\\_19-29\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_19-29(1).pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001a, maio). *Passagem de Turno Junto dos Doentes, em Enfermarias: Parecer do Conselho Jurisdicional*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, n.º4, 1-3. Disponível em : [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001b). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*, 1-4. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014, maio). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem - Aprovada, por maioria, com alterações, na Assembleia Geral Ordinária de 30 de maio de 2014, após aprovação na reunião de Conselho Diretivo de 6 e 7 de maio de 2014, Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-38: Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de julho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 123, 17240 – 17243. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º

135. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Özden D, Özveren H, Yılmaz İ. (2019, agosto). The impact of forensic nursing course on students' knowledge level on forensic evidence. *Elsevier: Journal of Forensic and Legal Medicine*, 66: 86-90. DOI: 10.1016/j.jflm.2019.06.012
- Padilha, K.; Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz., D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005, junho). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 229-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Penedo, J.; Ribeiro, A.; Lopes, H.; Pimentel, J.; Pedrosa, J.; Vasconcelos e Sá, R.; Moreno, R. (2013, março) *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final*. Grupo de Trabalho Criado pelo Despacho N°4320/2013 de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º. 59, 2ª Série, de 25 de março de 2013. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, E.& Leite, F. (2017). A Importância da Prática do Estágio Supervisionado no Curso de Graduação em Enfermagem – Anais de Jornada Académica. *Revista de Trabalhos Académicos – Universo Belo Horizonte*, 2 (1). Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3universobelohorizonte3&page=issue&op=view&path%5B%5D=226&path%5B%5D=showToc>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.

- Queijo, A. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.)* (Tese de Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/pt-br.php>
- Ramos, S. & Trindade, L. (2011, novembro-dezembro). Dossiê: Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *In Tecno hospital*. 48, 16-20. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Rego, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade* (Tese de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese\\_finalCarla%20Rego\\_fev2015.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf)
- Rodrigues, P. (2015). *Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente*. Disponível em: <https://www.hseit.pt/files/Dia%20do%20Hospital%202015/Apresenta%C3%A7%C3%B5es/Gest%C3%A3o%20do%20Risco%20Cl%C3%ADnico%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Doente.pdf>.
- Ruivo, A.; Ferrito, C.; Nunes, L. e Estudantes do 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010, (janeiro – março). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, nº15, 1-38. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ*, 312(7023), 71–72. DOI:10.1136/bmj.312.7023.71
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A., Doedato, S. & Nunes, L. (2010, abril-junho). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI.

*Percurso*s, 16, 3-13. Disponível em:  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percurso%20n16\\_Nursing%20Activities%20Score%20-%20c3%8dndice%20de%20avalia%20c3%a7%20c3%a3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9208/1/Revista%20Percurso%20n16_Nursing%20Activities%20Score%20-%20c3%8dndice%20de%20avalia%20c3%a7%20c3%a3o%20da%20carga%20de%20trabalho%20de%20Enfermagem%20na%20UCI.pdf)

Silva, A. (2000). A formação contínua de professores: uma reflexão sobre as práticas e as práticas de reflexão em formação. *Educação & Sociedade*, 21(72), 89-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/es/v21n72/4195.pdf>

Silva, C. (2010). *Os Enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>

Silva, M. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade* (Tese de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAÇÃO%20Versão%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

Sheridan, D., Nash, K. & Bresee, H. (2011). A Enfermagem Forense na Urgência. In S. Sheely, *Enfermagem de urgência: Da Teoria à Prática*. (6ªed. pp.189-202). Loures: Lusociência.

Soares, N., Dall’Agnol (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5):683-688. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>.

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], E.P.E. (2014). *Regulamento Interno do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, E.P.E*. Portalegre: Hospital Doutor José Maria Grande de

Portalegre. Disponível em: <http://portal.ulsna.local/Regulamentos/Regulamento%20Interno%20do%20Serviço%20de%20Urgência%20Médico-%20Cirúrgica%20do%20HDJMG/Regulamento%20Interno%20do%20Serviço%20de%20Urgência%20Médico-Cirúrgica%20do%20HDJMG.pdf>

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], E.P.E. (2018). Plano de Atividades e Orçamento 2018. 1-49. Disponível em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2018/12/Plano-de-Atividades-e-Orçamento-2018.pdf>

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], E.P.E. (2020a). *Missão, Atribuições e Legislação*. In Unidade Local de Saúde de Portalegre, E.P.E.. Disponível em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], E.P.E. (2020b). *Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano*, E.P.E. Disponível em: <http://www.ulsna.min-saude.pt>

Universidade de Évora [UE] (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Disponível em : [http://www2.ipportalegre.pt/media/filer\\_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado\\_em\\_enfermagem.pdf](http://www2.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf)

Varão, S. (2015). *A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar* (Tese de Mestrado com Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em : [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16467/1/Dissertação%20SV\\_Finalíssi%20mo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16467/1/Dissertação%20SV_Finalíssi%20mo.pdf)

Vieira, D. (2012). O atual sistema médico-legal e forense português. In F. Almeida & Paulino, M., *Profiling, Vitimologia & ciências forensens: perspetivas atuais* (1-15). Lisboa: Pactor.

- Viegas, F. (2014). O Exame ao Local do Crime. In Gomes, A., *Enfermagem Forense*, Volume 1 (1ª ed.: pp.159-173). Lisboa, Portugal: Lidel
- Vilelas, J. (2017). Investigação - O processo de Construção do Conhecimento. (E. Sílabo, Ed.) (2a). Lisboa.
- World Medical Association (WMA) (2008, outubro). *The World Medical Association, Inc. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, 1-5. Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>
- Yildiz, T., Selimen D., Dogan D. (2014, junho). A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women. *The Journal of Family Violence (JOFV)*, 29 (5),519–525. DOI: 10.1007/s10896-014-9608-3

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de Aceitação de Orientação

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante **Cláudia Janeiro** nº 10400, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a temática da **“Recolha e Preservação de Provas Forenses no Serviço de Urgência – Know How dos Enfermeiros”**.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Beja, 14 de novembro de 2019

Anexo 2 - QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016)

**Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)**

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

**Instruções de preenchimento**

Exmo.(a) Sr.(a) Enfermeiro(a)

Para cada PROCEDIMENTO (coluna central), coloque uma cruz (x) nas colunas à esquerda do quadro para indicar a EXECUTABILIDADE do procedimento, isto é, se no exercício da profissão de Enfermagem já executou ou não o procedimento descrito na coluna central. Se o procedimento não se aplica ao exercício da sua profissão no atual serviço coloque uma cruz (x) na coluna Não se aplica.

Para cada procedimento, coloque uma cruz (x) nas colunas à direita do quadro para indicar a sua perceção do CONHECIMENTO do procedimento, isto é, se desconhece, conhece vagamente ou conhece com rigor o procedimento descrito na coluna central.

Em resumo, para cada procedimento colocará duas cruzes (x), uma à esquerda e outra à direita.

Colunas à esquerda			Coluna central	Colunas à direita		
EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço.			

## Dados sociodemográficos/académicos/profissionais

### 1. Sexo

Masculino  Feminino

### 2. Idade \_\_\_\_\_ (Anos)

### 3. Habilitação Académica

Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

3.a) Possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses?

Sim  Não

3.a.1) Se Sim, indique qual e denomine:

Pós-Graduação  \_\_\_\_\_

Mestrado  \_\_\_\_\_

### 4. Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro graduado

Enfermeiro especialista

Especifique: Enfermagem Comunitária

Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

### 5. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem \_\_\_\_\_ (Anos)

### 6. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência \_\_\_\_\_ (Anos)

7. No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária:

Nunca	Poucas vezes (1 x mês)	Algumas vezes (1 x por semana)	Muitas vezes (3 x por semana)	Sempre (diariamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.a) Se assiste, qual o tipo de vítimas que assiste?  
(ordene por ordem decrescente o tipo de vítimas que assiste – do mais frequente para o menos frequente, usando a numeração de 1 a 6)

Vítimas de violência sexual

Vítimas de arma de fogo

Vítimas de arma branca

Vítimas de acidentes de viação

Vítimas de intoxicação

Vítimas de asfixias

7.b) Se assiste, indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que delinea a sua atuação:

Sim  Não

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

GESTÃO DE VESTÍGIOS

Os procedimentos seguintes referem-se apenas à gestão de vestígios.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.			
			2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.			
			3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.			
			4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.			
			5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.			
			6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.			
			7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.			
			8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.			
			9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.			
			10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.			

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.			
			12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.			
			13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.			
			14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.			
			15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.			
			16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.			
			17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.			
			18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.			
			19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.			
			20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.			

### AGRESSÃO SEXUAL

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a agressões sexuais.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma ou agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.			
			22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.			
			23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.			
			24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.			
			25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.			
			26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.			
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			
			28. Efetuar a colheita de zaragoatos em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.			
			29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

### LESÕES

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a lesões.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.			
			31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.			
			32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.			
			33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.			
			34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.			
			35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.			

ARMA BRANCA

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de arma branca.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.			
			37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.			
			38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.			
			39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.			
			40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.			
			41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.			
			42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.			
			43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.			

ARMA DE FOGO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de arma de fogo.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.			
			45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.			
			46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.			
			47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.			
			48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.			
			49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.			
			50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.			
			51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.			
			52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.			
			53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.			
			54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.			
			55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.			
			56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.			
			57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.			

ACIDENTES DE VIAÇÃO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de acidentes de viação.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.			
			59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.			
			60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.			
			61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.			
			62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.			
			63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.			
			64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.			

## INTOXICAÇÃO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de intoxicação.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			
			66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.			
			67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.			
			68. Preservar os vestígios eméticos.			
			69. Antes de provocar o vómito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.			
			70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.			
			71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.			
			72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.			
			73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.			

ASFIXIA

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de asfixia.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.			
			75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.			
			80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.			
			81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.			
			84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.			
			85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.			
			86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

FIM

Muito obrigada pelo seu contributo imprescindível.

Anexo 3 - Autorização para a Aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chaves,  
2016 (Gomes, 2016)

04.10.2019

Assunto: Declaração de autorização de utilização do Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE).

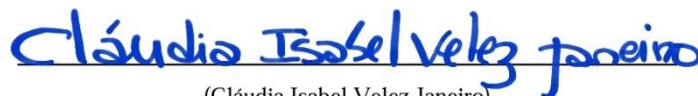
Eu, Cristiana Isabel de Almeida Gomes, autora principal, autorizo o uso do "Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros" (QPVAVE) (Gomes, Corte Real & Chaves) para um estudo no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica no Instituto Politécnico de Portalegre. Este estudo será desenvolvido pela Enfermeira Cláudia Isabel Velez Janeiro, sob orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques, docente da Universidade de Évora, cujo objetivo geral é "Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de provas forenses". As condições de utilização do QPVAVE são as seguintes:

- Sempre que usar ou adaptar o QPVAVE deve referir os seus autores originais;
- Sempre que o QPVAVE é referido deve referir os seus autores;
- Por último, aquando a conclusão do estudo gostaríamos de ter conhecimento sobre os resultados obtidos e impactos do estudo.



(Cristiana Isabel de Almeida Gomes)

Eu, Enfermeira Cláudia Isabel Velez Janeiro, comprometo-me a cumprir as condições de utilização do QPVAVE acima mencionados.



(Cláudia Isabel Velez Janeiro)

Anexo 4 - Parecer Positivo do Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da  
ULSNA, E.P.E. e da Comissão de Ética da ULSNA

ULSNA+

ULSNA-EPE  
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA Nº 201908249 (Hbv)  
24/11/19  
Sancho Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º42/2019, de 13 de novembro

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do projeto/estudo " Preservação de Vestígios na Assistência à Vitima por Enfermeiros."

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
João Moura Reis Presidente do Conselho de Administração	22/11/21 Concordo com o parecer emitido nesta mesma a referida informação. Proceda-se em conformidade.
<i>é importante a função de necessária a e ser trabalhado na ULSNA com danta a necessidade pelo CB.</i>	

A requerente, Cláudia Isabel Velez Janeiro, enfermeira, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Évora, solicitou autorização à ULSNA para realização do projeto/estudo "Preservação de Vestígios na Assistência à Vitima por Enfermeiros."

Cumprе apreciar:

**I- Questão prévia**

Como explicação adicional houve necessidade de solicitar esclarecimentos, já que o tema do estudo/projeto se confundia com competências exclusivamente atribuídas ao Gabinete Médico Legal.

Foi então explicado pela requerente, que se tratava de uma sensibilização aos enfermeiros para uma maior precisão na recolha de dados, na altura da assistência, em situações em que existe suspeição da prática de algum crime.

Prestado este esclarecimento, bem como junto o modelo de consentimento informado, passou-se à análise.

**II- Enquadramento**

Como enquadramento e justificação do projeto salienta-se o facto de o requerente exercer a sua atividade na Unidade de Cuidados Intensivos e ter existido no seio da equipa de enfermagem a necessidade de existir uma intervenção na área da recolha e preservação de provas forenses.

**II- Objetivos**

**- Objetivo principal**

- Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG relativamente à recolha e preservação de provas forenses.



INFORMAÇÃO  
N.º42/2019, 13 de novembro

**- Objetivos específicos**

- Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência de conhecimentos baseados em evidência, relativamente à recolha e preservação de provas forenses;
- Realizar formação em serviço com posterior prática simulada;
- Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de provas forenses.

**III- Tipo de Projeto**

O projeto é prospetivo, interventivo e formativo.

**IV- População alvo**

Elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG.

**V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude**

A recolha de dados será efetuada a partir da aplicação de diversos questionários conformes anexos não existindo nada a assinalar do ponto de vista ético legal, já que se trata de recolher informação do ponto de vista laboral.

Os dados a recolher destinam-se a um diagnóstico da situação e posterior intervenção no plano de procedimentos laborais que se destinam a melhor precizar e preservar algumas provas que poderão vir a ser importantes do ponto de vista forense.

Não são recolhidos ou tratados quaisquer dados pessoais.

**VI- Metodologia no Tratamento dos Dados**

Os dados destinam-se apenas a um diagnóstico da situação para uma intervenção e realização de ações de formação em serviço.

**VII- Conclusões e propostas**

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto, concluímos pela importância do mesmo.

Os documentos que integram o projeto estão em conformidade com as normas instituídas, não se aplica ao presente projeto o RGPD, uma vez que não existem dados pessoais objeto de tratamento.

No decorrer da análise dos documentos submetidos a esta Comissão, foi junto o modelo de consentimento informado a distribuir pelos enfermeiros que integram a população alvo.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização bem como no seu objetivo major que é sensibilizar os profissionais de enfermagem para a necessidade de existir uma precisão na recolha de dados decorrente da prática assistencial em situações de suspeita da prática de crimes, delibera dar parecer favorável à realização do projeto/ estudo: "Preservação de Vestígios na Assistência à Vitima por Enfermeiros."

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luiza Lopes

MARIA LUIZA  
NUNES LOPES  
FERREIRA

Assinatura eletrónica de Maria Luiza Nunes Lopes Ferreira  
Data: 2019.11.13 14:54:15  
Assinatura eletrónica de Maria Luiza Nunes Lopes Ferreira  
Data: 2019.11.13 14:54:15

Anexo: Requerimento com resumo do projeto e todos os documentos anexos.

Anexo 5 - Formulário da declaração do Consentimento Declarado de Forma Livre e  
Esclarecida (DGS, 2016:233)



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DECLARADO DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA (ART. 3.º, LEI Nº 15/2014)

### EXAME FÍSICO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Nome:  Data de nascimento:

Declaro que me foi prestada informação detalhada sobre o exame a ter lugar, bem como ao objetivo do mesmo.

Compreendo que:

1. O exame inclui observação física, e pode englobar obtenção de fotografias e/ou colheita de vestígios, peças de vestuário e/ou amostras biológicas para exames laboratoriais.
2. Em caso de crime público, a partir do exame e após avaliação de risco, será remetido ao Ministério Público um formulário de denúncia de crime a ser usado como meio de prova.
3. Nesse formulário, constam dados pessoais e da situação de violência relevantes para a denúncia. A recolha destes dados pode ser realizada no momento do exame ou posteriormente a este.
4. Se não autorizar a realização do exame, a prova da agressão pode ficar comprometida.
5. Posso retirar o consentimento em qualquer altura da realização do exame ou consentir apenas partes da sua realização.

Mais declaro que:

CONSENTO A REALIZAÇÃO DO EXAME

Exame Físico

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Fotografias

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Colheita de vestígios para exames laboratoriais

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Colheita de peças de vestuário ou outras para exames laboratoriais

Colheita de amostras biológicas para exames laboratoriais

NÃO CONSENTO A REALIZAÇÃO DO EXAME

Assinatura da vítima ou seu/sua representante legal (pai/mãe/tutor/a ou outro)

Assinatura do/a profissional de saúde que vai realizar o exame

Data:

Adaptado de: INMLCF, IP

Anexo 6 - Formulário do Registo Clínico de Violência - Diagrama Corporal (DGS, 2016)

Diagrama corporal – Registo detalhado das lesões

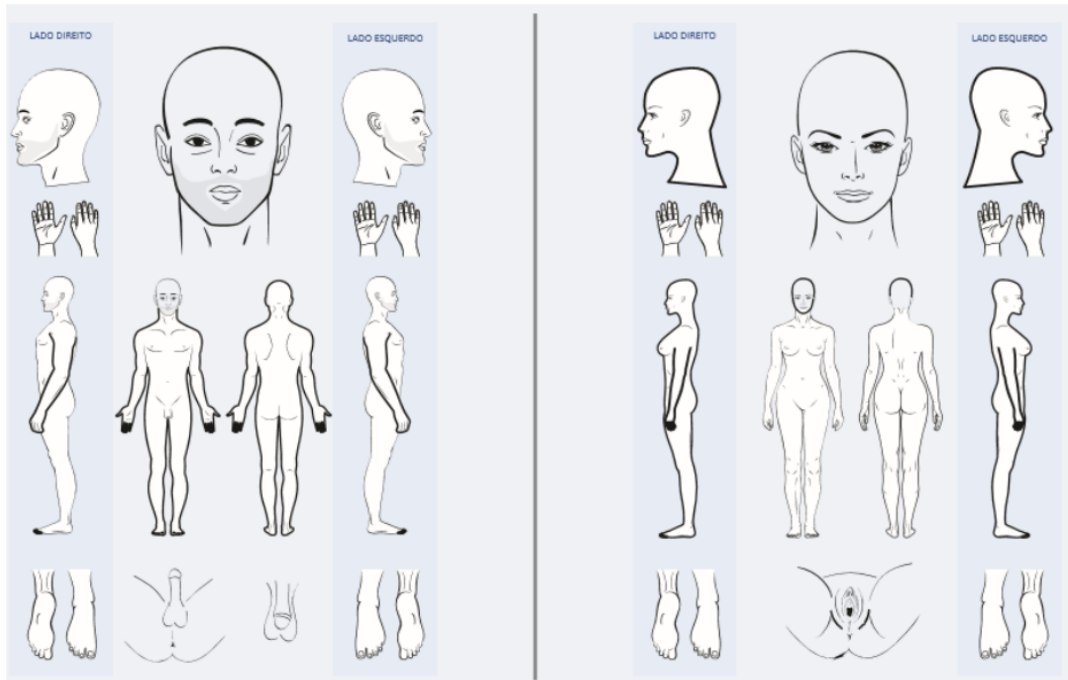


Diagrama Corporal DGS (2016:167)

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adaptado de DGS (2016)

Anexo 7 - Formulário da Cadeia de Custódia (DGS, 2016:255)



## FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA VESTÍGIOS RECOLHIDOS NO ÂMBITO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Local da colheita (serviço/unidade)   
Data da colheita    Hora  N° Proc. (episódio ou n° proc. EPVA)   
Nome do/a profissional responsável pela colheita   
Assinatura do/a profissional responsável pela colheita

O/a profissional de saúde procedeu à(s) colheita(s) devidamente identificada(s):

N° zaragatoas  N° fotos  N° outras colheitas (especificar)

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

Local  Data   Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

Local  Data   Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome  Assinatura

Serviço/Unidade

Local  Data   Hora

Adaptado de: INMLCF, IP

(DGS, 2016: 255)

Anexo 8 - Certificado de Participação no *Wokshop " Coaching - na área de saúde"*



## Certificado

Certifica-se que **Cláudia Janeiro Cláudia Janeiro**, participou no **Workshop “Coaching – na área de saúde”**, tendo como orador a **Dra Cláudia Telles de Freitas** no âmbito das atividades do Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, no dia 29 de novembro de 2019 com a duração de 3 Horas

Diretora  
Departamento de Enfermagem

*Maria Antónia Cláudio*



Anexo 9 - Certificado de Participação no Evento: Humanização em Cuidados Intensivos -  
Primeiro Encontro das UCI da Zona Sul



UNIDADE de  
CUIDADOS INTENSIVOS  
POLIVALENTE



## 29 novembro 2019 • Évora Hotel humanização em cuidados intensivos

1.º encontro das UCI da zona sul

Certificado P1/29 / 2019 / LA-HESE / ct. Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho



### Cláudia Isabel Velez Janeiro

natural de Portalegre, nascida em 14/2/1987, titular do cartão de cidadão n.º 13114157, válido até 8/1/2028, participou no primeiro encontro das unidades de cuidados intensivos da zona sul, subordinado ao tema “humanização em cuidados intensivos”, encontro multidisciplinar decorrido em 29/11/2019 no Évora Hotel, organizado pelo hospital do espírito santo de Évora / unidade de cuidados intensivos polivalente, em parceria com a liga de amigos do hospital do espírito santo de Évora, com a duração total de 6 horas e 30 minutos.

Évora, 29 novembro 2019

**Maria Filomena Mendes**  
presidente do conselho de administração  
Hospital do espírito santo de Évora, EPE, hospital central do Alentejo

**David Prazeres**  
presidente da direção  
Liga de amigos do HESE, IPSS de utilidade pública

Anexo 10 - Certificado de Participação no *Workshop* " Metodologia *Lean* e Simulação  
Clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde



**PCLSC** - Performance clínica e doente crítico cardíaco:  
Metodologia Lean e simulação clínica, inovação nos cuidados de saúde

## Workshop

Metodologia Lean e Simulação clínica  
Melhorar o processamento, o talento, o movimento  
e o tempo nos cuidados de saúde

# CERTIFICADO

Certifica-se que **Cláudia Janeiro**, participou no Workshop  
“Metodologia Lean e Simulação Clínica: Melhorar o Processo, o  
Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde”  
realizado no âmbito do projeto PCLSC, no auditório da Escola  
Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de  
Évora no dia **20 de janeiro de 2020** com a duração de 7 Horas.

Investigadora Responsável

Prof. Doutora Maria de Céu Marques

Projeto: ALT20-03-0145-FEDER-024140

Promotores:



Cofinaciado por:



Anexo 11 - Certificado de Participação nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



V JORNADAS TÉCNICAS DE  
MEDICINA INTENSIVA



Patrocínio Científico  
CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

# CERTIFICADO

Certificamos que,

**CLÁUDIA ISABEL VELEZ JANEIRO**

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019

Prof. Doutor Luis Bento  
Presidente das Jornadas

Anexo 12 - Certificado " *Advanced Life Support (ALS)*"



European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

# Cláudia Velez Janeiro

14/02/1987

Recebeu a qualificação de ERC  
**Advanced Life Support (ALS)**  
Em Portalegre, Portugal

Isabel SANTOS  
Course Director



Data do último curso: 15/06/2019

Este certificado é válido de 15/06/2019 e expirará em 15/06/2022,  
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 15/06/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>  
O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.  
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-135-082787

Anexo 13 - Certificado "*International Trauma Life Support*"



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

## Certificate of Participation

**Cláudia Isabel Velez Janeiro, RN**

**has completed the  
Advanced Provider Course**

**date**  
5/13/2019

**course site**  
IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

**course director**  
Dr. Luis Cardoso MD

**course coordinator**  
Luis Figueiredo RN



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

*Improving Trauma Care Worldwide*

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 18.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL80026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support  
3000 Woodcreek Drive, Suite 200  
Downers Grove, IL 60515

[www.itrauma.org](http://www.itrauma.org)



**ITLS** 292538-37414  
International  
Trauma Life Support

**Cláudia Isabel Velez Janeiro, RN**

has successfully completed the cognitive skills  
evaluation in accordance with the standards of  
International Trauma Life Support for this course.

**Advanced Provider Course**

Card Issue Date 5/13/2019 Expiration Date 05/2022

Course Number 37414

Course Location



## APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrução de Trabalho "Recolhe e Manutenção de Vestígios Forenses no SU"

		<b>Instrução de Trabalho</b> Recolha e Manutenção de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência		IT - - SU
				Revisão 01
				Data: Dez/2019
Elaborador	Aprovador	Página: 1 de 9		

### 1. OBJETIVO

Definir a metodologia para a recolha e manutenção de vestígios forenses no Serviço de Urgência (SU) de modo a otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem.

Definir a frequência e responsabilização da reposição e revisão do material do kit de recolha de vestígios forenses através da lista de verificação (anexo 1).

Enquadra-se no espírito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente no enunciado descritivo 3.6: Organização dos Cuidados de Enfermagem.

### 2. ÂMBITO

Aplica-se ao SU do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG).

### 3. DEFINIÇÕES

#### 3.1 Documentos de referência

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). Guia Prático. *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa. Portugal. Disponível em [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx);

- Gomes. A. (2014). *Enfermagem Forense*, Volume 1. Lisboa. Lidel ISBN: 9789727579853

Araújo, N. (2016). *Enfermagem Forense*. In Dinis-Oliveira, R. J., Magalhães, T. (2016). *O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspetivas futuras*. (pp.67-73). Lisboa. Pactor;

#### 3.2 Conceitos

- **Enfermagem Forense (EF)** – “A Enfermagem Forense (EF) combina os conceitos e os princípios tradicionais das Ciências Forenses (CF) e da Enfermagem na investigação clínica e na recolha de evidências biomédicas.” (Araújo, 2016: 67)

Edição 01	Data: 16/12/2019	Página 1 de 9
-----------	------------------	---------------

“Segundo a International Association of Forensic Nurses (IAFN) (2015), a EF é a prática global da Enfermagem, quando os cuidados de saúde intercetam o sistema legal. Combina os aspetos forenses inerentes aos cuidados de saúde com a investigação científica, o tratamento e a análise de alegados casos criminais ou outros ligados ao Sistema de Justiça.” (Araújo, 2016: 67)

- **Vestígios** – “(...) qualquer coisa que possa ser presente em tribunal, para acusar ou inocentar uma pessoa. Os vestígios podem incluir: testemunho oral, documentação escrita, desenhos e fotografias, objetos físicos, depoimentos, o corpo da vítima (vivo ou morto), pastilha elástica, roupa, ervas, detritos, lixo dos rastos dos sapatos, piercings, cabelo, unhas, balas, etc.” (Gomes, 2014: 125)

- **Cadeia de Custódia da Prova** – “A cadeia de custódia da prova é um procedimento para a validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, e tem como objetivo uma constante vigilância dos vestígios de forma que permaneçam inalterados.” (Gomes, 2014:125)

“A cadeia de custódia da prova inicia-se com a pessoa que recolhe os vestígios e termina com a pessoa que protege e entrega os vestígios à autoridade.” (Gomes, 2014:125)

### 3.3 Siglas

CF – Ciências Forenses

DGS – Direção Geral de Saúde

EF – Enfermagem Forense

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

IAFN - International Association of Forensic Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

## 4. DESCRIÇÃO

A recolha de vestígios forenses assume-se como uma prática multidisciplinar que “(...) pretende garantir os ideais de justiça e verdade, no sentido de contribuir para ganhos em saúde para a pessoa (...)” (Araújo, 2016: 68) com o intuito de “(...) assegurar as consequências legais das suas intervenções, a preservação dos vestígios e garantir registos clínicos rigorosos.” (Araújo, 2016: 68)

Aplica-se sempre que:

- Um utente afirme, ou haja suspeita, de ter havido agressão ou maus tratos.
- Um utente afirme, ou haja suspeita, de que o mesmo tenha sido vítima de violência doméstica no namoro, em crianças, idosos e cidadãos com necessidades especiais.
- Um utente dê entrada no SU já cadáver, ou que venha a falecer no serviço, e tenha sido vítima de morte violenta ou desconhecida.
- Haja utentes vítimas de crimes por armas de fogo, armas brancas ou outros objetos.
- Haja utentes vítimas de suspeita de envenenamento por terceiros.

#### 4.1 Responsabilidades

- Médico responsável pelo utente

- Presta cuidados imediatos à vítima assegurando a sobrevivência da vítima e estabilidade hemodinâmica.
- Colhe corpos estranhos (balas, facas, vidros).
- Colabora na identificação de lesões a descrever e fotografar.

- Enfermeiro responsável pelo utente

- Presta cuidados de enfermagem imediatos à vítima e/ou pós-morte.
- Despe/auxilia a vítima a retirar a roupa mantendo os vestígios sem alterações.
- Recolhe, rotula e acondiciona as roupas e outros objetos que acompanhem a vítima.
- Efetua fotografias.
- Realiza espólio de vestígios recolhidos - Formulário de Cadeia de Custódia (anexo 2).
- Registas todas as intervenções.

- Enfermeiro responsável de turno

- Guarda os vestígios recolhidos em local destinado a esse fim, no SU, sendo da sua responsabilidade a proteção dos mesmos.
- Proceda à entrega dos vestígios recolhidos às autoridades.

- Assistente Operacional

- Colabora com os diferentes profissionais, no que lhe for solicitado, dentro da sua área de atuação e âmbito de competência.

- Kit de recolha de vestígios forenses

Ação	Responsável
Reposição do stock do Kit	Enfermeiro que utilizou o Kit
Revisão do material e validades trimestral	Enfermeiro responsável
Preenchimento da lista de verificação	Enfermeiro responsável

## 5. ORIENTAÇÕES GERAIS

Cuidados a ter:

- Garantir a presença de dois profissionais de saúde;
- Verificar todo o material e equipamento necessário;
- Manter ambiente seguro;
- Garantir a privacidade da vítima;
- Garantir o preenchimento da Declaração do Consentimento Declarado de Forma Livre e Esclarecida (anexo 3)
- Solicitar contato de pessoa significativa;
- Recolher vestígios e amostras;
- Realizar foto documentação;
- Proceder ao registo detalhado das evidências (anexo 4).
- Realizar exame físico de forma sequencial, da cabeça aos pés.

(DGS,2016)

Nota: A realização da recolha de vestígios forenses deverá ser realizada na sala de emergência.

## 6. REGISTOS

Os critérios de documentação devem assentar na premissa de serem factuais, precisos, completos e cronológicos. (Gomes, 2014: 73)

Os registos de enfermagem devem refletir o estado físico do paciente, o estado emocional, os cuidados prestados e a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem prestados. (Gomes, 2014: 72)

A documentação dos vestígios recolhidos deve incluir:

- Item ou itens recolhidos;
- Data e hora de recolha;
- Nome da pessoa ou pessoas que recolheram;
- Localização dos vestígios recolhidos;
- Esquemas, diagramas corporais e/ou fotografias (anexo 4);
- Número do processo ou episódio de urgência do paciente.

(Gomes, 2014: 72)

Identificação	Indexação	Responsável pelo arquivo	Arquivo vivo	Arquivo morto
Folha de registo	Pasta de registo	Enfermeiro Chefe do SU	6 meses	2 anos

Edição 01	Data: 16/12/2019	Página 4 de 9
-----------	------------------	---------------

#### 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). Guia Prático. *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa. Portugal. Disponível em [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx);
- Gomes. A. (2014). *Enfermagem Forense*, Volume 1. Lisboa. Lidel ISBN: 9789727579853
- Araújo, N. (2016). Enfermagem Forense. In Dinis-Oliveira, R. J., Magalhães, T. (2016). *O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspectivas futuras*. (pp.67-73). Lisboa. Pactor;

#### 8. ANEXOS

Anexo 1- Lista de Verificação do kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

Anexo 2 – Formulário de Cadeia de Custódia

Anexo 3- Declaração do Consentimento Declarado de Forma Livre e Esclarecida

Anexo 4- Diagrama corporal – Registo detalhado das lesões

#### 9. IDENTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÕES

Edição	Ponto Alterado	Descrição

#### 10. APROVAÇÃO

Edição 01 Data: Página 1 de 9	Elaborado por:	Revisto por:	Autorizado por: Direção de enfermagem
-------------------------------------	----------------	--------------	--

Anexo 1

Lista de Verificação do kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

Código/ Referência	Designação	Quantidade	Verificação dos Prazos de Validade					
			Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
			Prazo de Validade	Prazo de Validade	Prazo de Validade	Prazo de Validade	Prazo de Validade	Prazo de Validade
	Compressa gaze hidrófila estéril 7,5 x 7,5 cm							
	Compressa gaze hidrófila estéril 10 x 10 cm							
	Compressa gaze hidrófila estéril 20 x 15 cm							
	Frasco de colheita asséptica 120 ml							
	Água destilada (ampolas de 10 ml)							
	Tesoura esterilizada							
	Zaragatoa seca estéril							
	Pinça esterilizada							
	Régua de papel descartável							
	Saco de papel							
	Papel A4 branco - Multiuso							
	Etiqueta de papel autocolante branca							
	Envelope sem janela com fita silicone C4 (229 x 324 mm)							
	Envelope sem janela com fita silicone C5 (162x 229 mm)							
	Envelope sem janela com fita silicone DL (110 x 220)							
	Elástico							
	Caneta de acetato							
	Cartão de identificação de cadáver							
	Saco para transporte de cadáver com fecho							
	Pente tamanho médio (15 cm)							
	Máquina Fotográfica digital (se disponível)							
	Luvas esterilizadas 6,5							
	Luvas esterilizadas 7							
	Luvas esterilizadas 8							
	Máscara de proteção individual							
	Lâmina esterilizada							
	Avental descartável							
	Touca descartável							
	Lençol branco							

Anexo 2

Formulário de Cadeia de Custódia



**FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA**  
**VESTÍGIOS RECOLHIDOS NO ÂMBITO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Local da colheita (serviço/unidade)   
Data da colheita    Hora  N° Proc. (episódio ou n° proc. EPVA)   
Nome do/a profissional responsável pela colheita   
Assinatura do/a profissional responsável pela colheita

O/a profissional de saúde procedeu à(s) colheita(s) devidamente identificada(s):  
N° zaragatoas  N° fotos  N° outras colheitas (especificar)

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade   
Local  Data   Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade   
Local  Data   Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:  
Nome  Assinatura   
Serviço/Unidade   
Local  Data   Hora

Adaptado de: INMLCF, IP

(DGS, 2016: 255)

Anexo 3

**Declaração do Consentimento Declarado de Forma Livre e Esclarecida**



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DECLARADO DE FORMA LIVRE E ESCLARECIDA** (ART. 3.º, LEI Nº 15/2014)

**EXAME FÍSICO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Nome:  Data de nascimento:

Declaro que me foi prestada informação detalhada sobre o exame a ter lugar, bem como ao objetivo do mesmo.

Compreendo que:

1. O exame inclui observação física, e pode englobar obtenção de fotografias e/ou colheita de vestígios, peças de vestuário e/ou amostras biológicas para exames laboratoriais.
2. Em caso de crime público, a partir do exame e após avaliação de risco, será remetido ao Ministério Público um formulário de denúncia de crime a ser usado como meio de prova.
3. Nesse formulário, constam dados pessoais e da situação de violência relevantes para a denúncia. A recolha destes dados pode ser realizada no momento do exame ou posteriormente a este.
4. Se não autorizar a realização do exame, a prova da agressão pode ficar comprometida.
5. Posso retirar o consentimento em qualquer altura da realização do exame ou consentir apenas partes da sua realização.

Mais declaro que:

**CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**

Exame Físico

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Fotografias

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Colheita de vestígios para exames laboratoriais

Incluindo a região anogenital

Não incluindo a região anogenital

Colheita de peças de vestuário ou outras para exames laboratoriais

Colheita de amostras biológicas para exames laboratoriais

**NÃO CONSINTO A REALIZAÇÃO DO EXAME**

Assinatura da vítima ou seu/sua representante legal (pai/mãe/tutor/a ou outro)

Assinatura do/a profissional de saúde que vai realizar o exame

Data:

Adaptado de: INMLCF, IP

(DGS, 2016: 233)

Anexo 4

Diagrama corporal – Registo detalhado das lesões

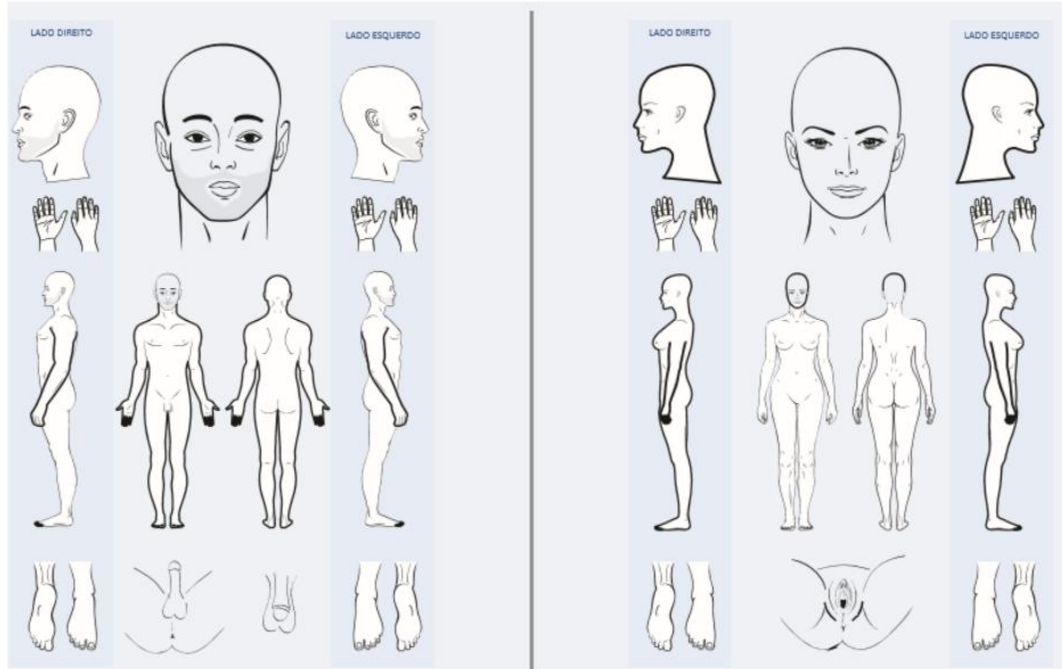


Diagrama Corporal DGS (2016:167)

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adaptado de DGS (2016)

Apêndice 2 - Tabela da Análise *SWOT*

Tabela 1 – Análise SWOT

Fatores Positivos										
Vertente Interna	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Forças</th> <th style="text-align: center;">Oportunidades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse da enfermeira chefe, chefe de equipa e restante equipa de Enfermagem;</li> <li>- Equipa multidisciplinar dinâmica, motivada e recetiva ao tema: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de normas de procedimentos/ protocolos no âmbito da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de formação na área da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses quer em contexto académico quer profissional;</li> <li>- Melhoria na prestação de cuidados prestados às vítimas;</li> <li>- Ausência de custos do projeto;</li> <li>- Sustentação da prática baseada na evidência;</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse na adequação e uniformização de cuidados no que respeita à recolha e preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Melhoria da qualidade dos registos de recolha e preservação de Vestígios Forenses no SU;</li> <li>- Possibilidade de identificação de casos de origem forense, recolha de vestígios e posterior notificação às entidades competentes;</li> <li>- Rigor e uniformização de procedimentos baseados em evidência;</li> <li>- Novos desafios na formação no âmbito dos cuidados de Enfermagem à escala nacional e global;</li> <li>- Sedimentação/ aquisição de conhecimentos.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Fraquezas</th> <th style="text-align: center;">Ameaças</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de desmotivação e não adesão da equipa;</li> <li>- Sobrecarga horária;</li> <li>- Formação a realizar fora do horário laboral;</li> <li>- Inexistência de indicadores sobre registos de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas;</li> <li>- Limitação de recursos materiais disponíveis.</li> <li>- Limitação de recursos humanos disponíveis.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Forças	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse da enfermeira chefe, chefe de equipa e restante equipa de Enfermagem;</li> <li>- Equipa multidisciplinar dinâmica, motivada e recetiva ao tema: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de normas de procedimentos/ protocolos no âmbito da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de formação na área da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses quer em contexto académico quer profissional;</li> <li>- Melhoria na prestação de cuidados prestados às vítimas;</li> <li>- Ausência de custos do projeto;</li> <li>- Sustentação da prática baseada na evidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse na adequação e uniformização de cuidados no que respeita à recolha e preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Melhoria da qualidade dos registos de recolha e preservação de Vestígios Forenses no SU;</li> <li>- Possibilidade de identificação de casos de origem forense, recolha de vestígios e posterior notificação às entidades competentes;</li> <li>- Rigor e uniformização de procedimentos baseados em evidência;</li> <li>- Novos desafios na formação no âmbito dos cuidados de Enfermagem à escala nacional e global;</li> <li>- Sedimentação/ aquisição de conhecimentos.</li> </ul>	Fraquezas	Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de desmotivação e não adesão da equipa;</li> <li>- Sobrecarga horária;</li> <li>- Formação a realizar fora do horário laboral;</li> <li>- Inexistência de indicadores sobre registos de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas;</li> <li>- Limitação de recursos materiais disponíveis.</li> <li>- Limitação de recursos humanos disponíveis.</li> </ul>	Vertente Externa
	Forças	Oportunidades								
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse da enfermeira chefe, chefe de equipa e restante equipa de Enfermagem;</li> <li>- Equipa multidisciplinar dinâmica, motivada e recetiva ao tema: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de normas de procedimentos/ protocolos no âmbito da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Ausência de formação na área da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses quer em contexto académico quer profissional;</li> <li>- Melhoria na prestação de cuidados prestados às vítimas;</li> <li>- Ausência de custos do projeto;</li> <li>- Sustentação da prática baseada na evidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse na adequação e uniformização de cuidados no que respeita à recolha e preservação de Vestígios Forenses;</li> <li>- Melhoria da qualidade dos registos de recolha e preservação de Vestígios Forenses no SU;</li> <li>- Possibilidade de identificação de casos de origem forense, recolha de vestígios e posterior notificação às entidades competentes;</li> <li>- Rigor e uniformização de procedimentos baseados em evidência;</li> <li>- Novos desafios na formação no âmbito dos cuidados de Enfermagem à escala nacional e global;</li> <li>- Sedimentação/ aquisição de conhecimentos.</li> </ul>									
Fraquezas	Ameaças									
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de desmotivação e não adesão da equipa;</li> <li>- Sobrecarga horária;</li> <li>- Formação a realizar fora do horário laboral;</li> <li>- Inexistência de indicadores sobre registos de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas;</li> <li>- Limitação de recursos materiais disponíveis.</li> <li>- Limitação de recursos humanos disponíveis.</li> </ul>									
Fatores Negativos										

Fonte: Do próprio

Apêndice 3 - RSL: A ARTE DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE - Relevância  
Formativa



Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Unidade Curricular: Estágio Final  
Docente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques

**Revisão Sistemática da Literatura: A ARTE DO CUIDAR EM  
ENFERMAGEM FORENSE – Relevância Formativa**

**Systematic Review of Literature: THE ART OF CARE IN FORENSIC  
NURSING - Formative Relevance**

**Revisión sistemática de la literatura: EL ARTE DE CUIDAR EN  
ENFERMERÍA FORENSE - Relevancia formativa**

Aluno:

Cláudia Janeiro nº 10400

janeiro  
2020

**Autores**

**Cláudia Janeiro** - Enfermeira da ULSNA, EPE – Portalegre, Portugal, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal

[j\\_claudiax@hotmail.com](mailto:j_claudiax@hotmail.com), 964135620

**Maria do Céu Marques** – Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, 7000-811, Évora, Portugal

[mcmарques@uevora.pt](mailto:mcmарques@uevora.pt), 965656710

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar se existe evidência sobre o conhecimento dos enfermeiros em Enfermagem Forense.

**Método:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute, com base numa pesquisa realizada na plataforma da Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), acedendo-se a todas as bases de dados eletrónicas disponíveis, com friso cronológico 2014 e 2019. Dos 69221 artigos encontrados, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, foram incluídos 10.

**Resultados:** Evidenciou-se nos estudos encontrados que os futuros enfermeiros e enfermeiros em desempenho de funções não possuem formação nem treino suficientes para que possam prestar cuidados de qualidade no âmbito da enfermagem forense, não sendo de modo geral abordada esta temática nos programas curriculares de forma extensiva.

É unânime que é necessário ensino e treino acerca deste assunto, comprovando-se que após estes serem realizados se verifica um ganho considerável no aporte de conhecimentos e na qualidade dos cuidados prestados a vítimas de violência.

Existe consciencialização por parte dos enfermeiros da necessidade de melhorarem o seu conhecimento nesta área.

**Conclusões:** Assume-se como necessidade urgente investir na formação de base dos enfermeiros em enfermagem forense, integrar esta temática nos programas curriculares, desenvolver educação especializada e desenvolver mais atividades científicas neste âmbito.

**Descritores:** Enfermagem Forense; Educação em enfermagem; Conhecimento.

## ABSTRACT

**Objective:** Determinate if there is evidence about the knowledge of nurses in forensic nursing.

**Method:** A systematic literature review was made following the methodology of Joanna Briggs Institute, based on a survey on the Online Knowledge Library (B-On) platform, which allows access to all available data bases, since 2014 to 2019. Of the 69221 articles found, according to the defined inclusion requirements previously, 10 were included.

**Results:** It became evident that the future nurses and nurses that are in functions don't have training enough to provide quality care on forensic nursing. In general, this subject is not addressed in curricular programs in an intensive way.

It is necessary to teach and train on this subject, providing that after these are realized there is a considerable gain in the supply of knowledge and quality of care provided to victims of violence.

Nurses are conscient that is necessary increase knowledge in this subject.

**Conclusions:** It is assumed that is urgent invest in the teaching and training of nurses in forensic nursing, integrate this subject on curricular programs, develop specialized education and more scientific activities in this area.

**Keywords:** Forensic Nursing; Education, nursing; Knowledge.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe evidencia sobre el conocimiento de los enfermeros en Enfermería Forense.

**Método:** Fue realizada una revisión sistemática de la literatura siguiendo la metodología de Joanna Briggs Institute, con base en una búsqueda en la Plataforma de la Biblioteca de conocimiento On-line (B-On), accediéndose a todas las bases de datos electrónicas disponibles, en el período de 2014 a 2019. De los 69221 artículos encontrados, de acuerdo con los criterios de inclusión previamente definidos, se incluyeron 10.

**Resultados:** Se constató en los estudios encontrados que los estudiantes de Enfermería y los enfermeros en activo no poseen formación ni entrenamiento

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

suficientes para dar cuidados de calidad en el ámbito de la Enfermería Forense, no siendo abordada esta disciplina en los programas curriculares de forma adecuada. Es unánime la necesidad de aprendizaje y entrenamiento de esta disciplina, comprobándose que tras haber sido realizado, se constató una mejoría considerable tanto en los conocimientos como en la calidad de los servicios prestados a las víctimas de violencia.

Existe consciencia por parte de los enfermeros de la necesidad de mejorar sus conocimientos en esta área.

**Conclusiones:** Asumimos la necesidad urgente de apostar en la formación de base de los enfermeros en Enfermería Forense, integrar esta disciplina en los programas curriculares y desarrollar educación especializada y más actividades científicas en esta área.

**Palabras clave:** Enfermería Forense; Educación en enfermería; Conocimiento

## INTRODUÇÃO

As ciências forenses assumem de modo ascendente um papel de destaque na sociedade atual, denotando-se essencial a articulação entre os serviços de saúde e as entidades judiciais.

A Enfermagem Forense (EF) combina os conceitos e os princípios tradicionais das Ciências Forenses (CF) e da Enfermagem na investigação clínica e na recolha de evidências biomédicas.<sup>(1)</sup> Neste âmbito, revela-se essencial que os profissionais de saúde possuam conhecimento no que concerne à violência e trauma a ela associado, estando capacitados para prestar cuidados de qualidade no que respeita à recolha e preservação de provas forenses, sendo esta uma problemática complexa que assume proporções preocupantes a nível mundial.

Segundo a International Association of Forensic Nurses (IAFN) (2015), a EF é a prática global da Enfermagem, quando os cuidados de saúde intercetam o sistema legal. Combina os aspetos forenses inerentes aos cuidados de saúde com a

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

investigação científica, o tratamento e a análise de alegados casos criminais ou outros ligados ao Sistema de Justiça. <sup>(1)</sup>

Esta realidade conduz à necessidade fundamental de existir cooperação entre os profissionais de saúde, do sistema judicial e demais cientistas, no âmbito de se alcançar um esforço colaborativo multiprofissional e multidimensional.<sup>(2)</sup>

No que reporta a Portugal, a taxa de criminalidade situa-se nos 32,4% (INE, 2018)<sup>(3)</sup> sendo que os crimes contra a integridade física assumem 5,1% (INE, 2018)<sup>(4)</sup> dessa realidade.

No ano de 2017 entraram na Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes (...) 293 pedidos de concessão de indemnização, apresentados por vítimas de crimes violentos, que deram origem ao mesmo número de processos, sendo que 157 desses pedidos foram apresentados por vítimas do crime de violência doméstica e 136 pedidos foram apresentados por vítimas de crimes violentos.<sup>(5)</sup>

Os enfermeiros, sobretudo os que desempenham funções no serviço de urgência (SU) e pré hospitalar, encontram-se numa posição privilegiada no que respeita à identificação de crimes forenses e colheita/preservação de provas, sendo basilar que seja claro para estes profissionais que a preservação das mesmas assim como o registo claro da situação clínica do doente aquando a chegada ao SU, são essenciais para que se torne possível realizar uma futura investigação forense eficaz. É necessário haver consciência de que a enfermagem forense não é uma utopia, surgindo como uma realidade necessária e útil à comunidade. Assim, e revelando-se a violência como o grande flagelo do nosso século, há que ter perceção que os enfermeiros têm a oportunidade única de contribuírem para o seu combate, quer através de programas de prevenção, quer através do ensino e formação, como também na abordagem das vítimas e dos agressores.<sup>(6)</sup>

É necessário sensibilizar esta classe profissional para o facto de os vestígios deixados serem frágeis, podendo facilmente ser deteriorados, alterados ou até mesmo desperdiçados durante uma determinada intervenção médica ou de enfermagem, no SU <sup>(7)</sup> sendo esta situação potenciada pela formação insuficiente dos profissionais do serviço de saúde no âmbito forense.

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

É assim de salientar a importância de fornecer aos enfermeiros conhecimentos sobre princípios das ciências forenses, de forma a promover a sua aplicação na prática clínica de enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos das vítimas e dando o seu contributo na aplicação da justiça.<sup>(8)</sup>

Perante o exposto, constata-se que os enfermeiros devem ser e estar capacitados para auxiliarem na investigação médico-legal, materializando esse processo com uma recolha e preservação de provas forenses de qualidade sustentada em evidência.

Em síntese, é certo que a enfermagem forense tem vindo progressivamente a ganhar reconhecimento, carece, contudo, de uma maior difusão e adequada preparação dos profissionais desta área, porquanto a mesma constitui uma emergência social da sociedade atual.<sup>(9)</sup>

## **METODOLOGIA**

Para a elaboração deste estudo optou-se por realizar uma Revisão Sistemática da Literatura aspirando identificar e sistematizar as melhores evidências sobre a temática em estudo.

Esta revisão seguiu um conjunto de critérios e etapas bem definidos para a sua elaboração, baseada na metodologia indicada no Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual<sup>(10)</sup>, nomeadamente: identificação de um problema e formulação de uma pergunta de partida com base na metodologia PICO; definição clara dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; seleção e identificação dos estudos pretendidos com base na problemática inicial; organização dos estudos selecionados; análise e discussão dos resultados obtidos nos diversos estudos; resumo e exposição dos resultados alcançados.

Tendo como foco a problemática inicial e por forma a dar resposta ao objetivo deste estudo, formulou-se a pergunta de partida seguindo a metodologia PICO - Participantes - Enfermeiros; Intervenção – Conhecimento em enfermagem forense; Comparação – não aplicável; *Outcomes* – evidência sobre conhecimento em enfermagem forense; chegando assim à formulação da seguinte questão de

investigação: Existe evidência sobre o conhecimento dos enfermeiros em enfermagem forense?

Após a formulação da Pergunta PICO, iniciou-se a pesquisa com os descritores “forensic nursing”, “education, nursing” e “knowledge”, acompanhados com o carácter booleano “AND”. Estas palavras foram verificadas segundo os descritores em ciências da saúde DeCS e MeSH. O levantamento bibliográfico decorreu entre outubro e novembro de 2019 nas seguintes bases de dados indexadas na B-on: DOAJ, ScienceDirect, Complementary Index, Supplemental Index, SciELO, CINAHL Plus with Full Text e Academic Search Complete. Antes de se iniciar a pesquisa foi eliminado previamente o expansor “Aplicar a assuntos equivalentes”.

De seguida, utilizando as palavras-chave acima descritas, foram obtidos 69221 artigos, tendo sido feita uma seleção posterior de modo a refinar a pesquisa. Inicialmente foram eliminados 68057 artigos após ter sido alterado o modo de pesquisa para “Booleana/Frase”. No seguimento deste processo foram aplicados os critérios de inclusão da pesquisa que haviam previamente sido delineados e removidas as referências duplicadas. Assim, dos 1164 artigos obtidos, após seleção do limitador “Texto integral”, obtiveram-se 284, reduzindo-se para 239 com a exigência de serem “Analisados pelos Pares” e para 99 após o delineamento do espaço temporal definido entre 2014-2019 e ser selecionado o tipo de fonte “Revistas Académicas”.

Posteriormente, foi realizada uma primeira triagem dos artigos com base no título que apresentavam e de seguida pela análise do resumo dos estudos em análise.

Na fase final do processo descrito, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão criteriosamente definidos, tendo sido incluídos nesta revisão sistemática o total de 10 artigos.

Todo este processo de seriação e refinação da pesquisa pode ser consultado de forma detalhada no fluxograma do processo de seleção de artigos, disponibilizado de seguida (figura 1).

Neste artigo de revisão teve-se em conta as questões éticas dos artigos referenciados, tendo a pesquisa bibliográfica sido conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia.

Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência

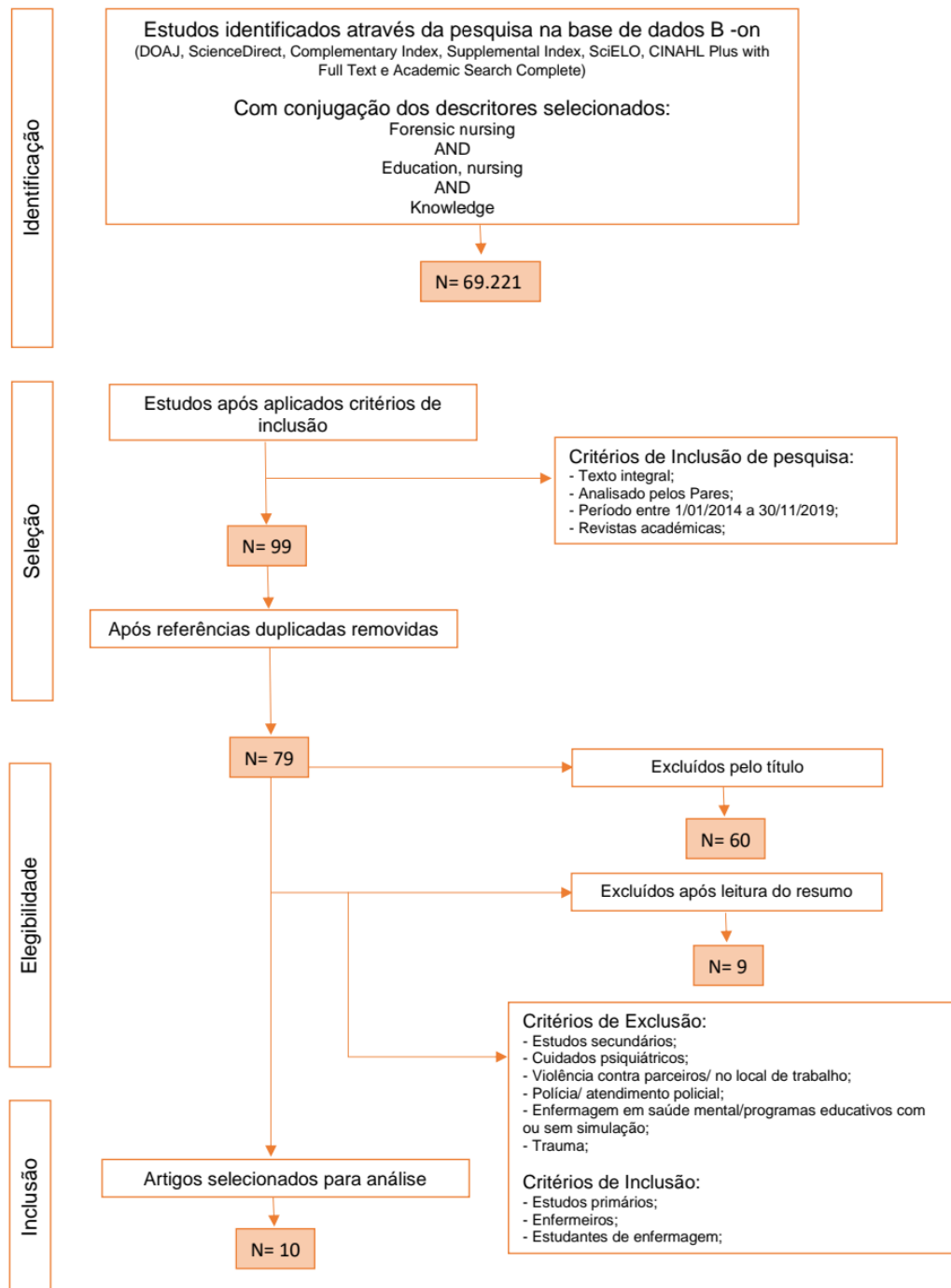


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos

Os artigos presentes nesta revisão foram classificados por níveis de evidência de acordo com as tabelas do Joanna Briggs Institute [JBI], 2014<sup>(11)</sup>. Para a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, foram utilizados os instrumentos de avaliação da qualidade da JBI<sup>(12)</sup> de acordo com o nível de evidência de cada artigo, nomeadamente a “Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)”, a “Checklist for Analytical Cross Sectional Studies” e a “Checklist for Qualitative Research”. Neste sentido, e após dois revisores independentes avaliarem a qualidade metodológica dos estudos, considerou-se que os que possuísem mais de 50% de critérios validados com SIM nas checklists anteriormente referidas, teriam qualidade metodológica e seriam incluídos nesta revisão (Tabela 1).

**Tabela 1 - Resultados da avaliação crítica para estudos incluídos usando a lista de verificação crítica de prevalência JBI<sup>(12)</sup>**

Lista de verificação de avaliação crítica PARA Estudos Quasi – Experimentais (sem alocação randomizada)	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	-	%
1.Yildiz et al.,2014 <sup>(13)</sup>	S	S	S	N	S	S	S	S	S	-	88%
9.Özden et al., 2019 <sup>(21)</sup>	S	S	S	N	S	S	S	S	S	-	88%
Lista de verificação de avaliação crítica para Estudos Transversais Analíticos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	-	-	%
2.Kalayci et al., 2014 <sup>(14)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
3.Nazarloo et al., 2017 <sup>(15)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
4.Topçu et al., 2018 <sup>(16)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
5.Gandhi et al., 2018 <sup>(17)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
6.Cunha et al., 2016 <sup>(18)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
7.Mageto et al.,2017 <sup>(19)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
8.Asci et al., 2015 <sup>(20)</sup>	S	S	S	S	N	NA	S	S	-	-	75%
Lista de verificação de avaliação crítica para Pesquisa Qualitativa	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	%
10.Machado et al., 2019 <sup>(22)</sup>	S	S	S	S	S	NC	N	NC	S	S	70%

Legenda: S – sim; N – não; NA – não aplicável; NC – não claro

Após esta avaliação, constatou-se que os artigos se situavam entre os 70% e os 88% de concordância<sup>(12)</sup>: dois artigos com nível de evidência de efetividade 2.d, sete artigos com nível de evidência de efetividade 4b e um artigo com nível de evidência de significado 3<sup>(11)</sup> (Tabela 2).

**Tabela 2 - Classificação dos artigos incluídos para análise, por níveis de evidência (JBI)<sup>(11)</sup> e qualidade metodológica<sup>(12)</sup>**

Referência	Níveis de evidência JBI <sup>(11)</sup>	Qualidade Metodológica <sup>(12)</sup>
1.Yildiz et al.,2014 <sup>(13)</sup>	2.d – Pré-teste e Pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos	88%
2.Kalayci et al., 2014 <sup>(14)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
3.Nazarloo <i>et al.</i> , 2017 <sup>(15)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
4.Topçu <i>et al.</i> , 2018 <sup>(16)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
5.Gandhi <i>et al.</i> , 2018 <sup>(17)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
6.Cunha et al., 2016 <sup>(18)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
7.Mageto et al.,2017 <sup>(19)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
8.Asci et al., 2015 <sup>(20)</sup>	4.b – Estudo Transversal	75%
9.Özden et al., 2019 <sup>(21)</sup>	2.d – Pré-teste e Pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos	88%
10.Machado et al., 2019 <sup>(22)</sup>	3 – Estudo Qualitativo Único	70%

De modo a assegurar o seguimento de um processo sistematizado visando garantir o rigor científico e facilitar a análise dos estudos, foi construída uma tabela de extração e documentação de dados para cada estudo, integrando na sua elaboração os seguintes aspetos: Autores, Objetivo do Estudo, Desenho, Participantes, Intervenções, Resultados e Conclusões do mesmo (Tabela 3), sendo também disponibilizado em anexo as tabelas de resumo dos estudos incluídos para análise.

Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência

Tabela 3 - Resumo da Evidência Recolhida

Estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
1. Yıldız et al., 2014 <sup>(13)</sup>	Avaliar os níveis de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência quanto à sua capacidade de reconhecer sinais de abuso físico em mulheres, antes e após uma educação programada.	Estudo quase experimental incluindo pré-teste e pós-teste.	49 enfermeiros do serviço de urgência de hospitais afiliados a três instituições de saúde pública.	Aplicação de questionário durante entrevistas presenciais feitas aos enfermeiros.  Após se determinar que nenhum dos enfermeiros havia recebido treino ou participado em seminários sobre violência, foi realizado um seminário de 90 minutos e ensino/treino sobre aspetos a considerar.  Questionário pós-ensino/treino.	Verificou-se que as pontuações médias dos enfermeiros quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico de mulheres que sofreram violência se encontravam entre 27,79 ± 4,69 antes do ensino/treino, 47,57 ± 1,7 imediatamente após ensino/treino e 38 ± 3,82 três meses após o ensino/treino, respetivamente.	Concluiu-se que os enfermeiros do serviço de urgência detinham falta de informação no período pré-treino sobre mulheres vítimas de violência, tendo após o treino ganho uma compreensão mais ampla.  Propõe-se que as escolas de enfermagem incluam medicina forense nos seus currículos sendo que a enfermagem forense deve ser desenvolvida como área de especialidade.
2. Kalayci et al., 2014 <sup>(14)</sup>	Avaliar o nível de conhecimento de estudantes de enfermagem da Escola de Mehmet Akif Ersoy University acerca do conceito de enfermagem forense, das responsabilidades legais dos enfermeiros forenses e questões de medicina forense.	Estudo Transversal.	183 estudantes de enfermagem do 3º e 4º ano da Escola de Mehmet Akif Ersoy University. 42,6% eram alunos do 3º ano e 57,4% eram alunos de 4º ano.	Aplicação de um questionário, sobre o conceito de enfermagem forense, responsabilidades da enfermagem forense e questões de medicina forense.	75% dos alunos responderam corretamente às questões relacionadas com responsabilidades legais dos enfermeiros; 44% dos participantes sabem a definição de circunstância forense, 32,2% conhece o significado de más práticas inerentes ao processo forense e 31,1% sabem que a determinação de casos forenses não é feita apenas pelos departamentos de medicina forense.	Os estudantes não possuem informação suficiente no que respeita a medicina forense e conceito de enfermagem forense, devendo existir cursos obrigatórios, incluindo assuntos de medicina forense no ensino de enfermagem. Devem ser criados programas de educação e mestrado no âmbito da enfermagem forense.

11

Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência

Tabela 3 - Resumo da Evidência Recolhida

Estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
3. Nazarioo et al., 2017 <sup>(15)</sup>	Determinar o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre enfermagem forense.	Estudo Transversal.	195 enfermeiros que trabalham no serviço de urgência dos centros terapêuticos educacionais da cidade de Rasht.	Aplicação de questionário que foi elaborado como as opções de "Verdadeiro", "Falso" e "Eu não sei". Cada resposta verdadeira tinha uma pontuação. As respostas foram pontuadas de 0 a 17.	95,4% dos indivíduos não possuía educação sobre a prestação de cuidados a doentes forenses, 92,3% afirmaram que não havia orientação documentada para o efeito e 95,9% tinham necessidades educacionais para prestar cuidados a pacientes forenses. Os dados mostraram que apenas 0,51%, 54,36% e 45,13% dos sujeitos apresentaram bom, médio e pouco conhecimento em enfermagem forense, respetivamente.	Os resultados revelaram que os enfermeiros têm um conhecimento moderado sobre enfermagem forense, enfatizando que é necessária educação especializada em neste âmbito.
4. Topçu et al., 2018 <sup>(16)</sup>	Determinar as opiniões dos estudantes finalistas de enfermagem sobre enfermagem forense.	Estudo Transversal.	95 estudantes finalistas de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde de uma Universidade Estadual em Ancara, Turquia.	Aplicação de questionário com 21 questões que integra recursos descritivos e opiniões sobre o ensino de enfermagem forense aos alunos.	Parte dos estudantes afirmou que não tinha conhecimentos sobre enfermagem forense (77,9%) e a maioria (98,9%) que não lhes havia sido ensinado nada acerca de enfermagem forense. Quando questionados acerca da definição de análise forense, metade deles (50,4%) afirmou que não sabia o que era a enfermagem forense, enquanto 17,9% definiu enfermagem forense como "enfermeiros que trabalham e investigam casos forenses".	Concluiu-se que o conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca da enfermagem forense era insuficiente, não sendo lecionados conteúdos nesta área. Deveriam criar mais cursos relacionados à enfermagem forense inerentes ao currículo de graduação em todas as universidades, abrindo pós-graduações e programas de ensino relacionadas com o tema.

12

Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência

Tabela 3 - Resumo da Evidência Recolhida

Estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
5. Gandhi et al., 2018 <sup>(17)</sup>	Avaliar as percepções de autoeficácia, preparação educacional dos enfermeiros em início de carreira e seu o papel no cuidado a mulheres vítimas de Violência Doméstica, na Índia.	Estudo Transversal.	83 enfermeiros em início de carreira que trabalham em um centro de atendimento terciário, que presta atendimento especializado a indivíduos com problemas neurológicos, neurocirúrgicos e psiquiátricos.	Foi utilizado um instrumento de pesquisa de dados demográficos e recorreu-se também a uma escala de autoeficácia no tratamento da violência doméstica. Respostas foram dadas através da escala Likert (5 pontos).	A pontuação média na escala de "autoeficácia" - 20,90 ± 4,13 (média (M) ± desvio padrão (DP)) - indica que 70% dos indivíduos estavam confiantes em lidar com mulheres que sofreram violência doméstica. A pontuação média na escala "preparação educacional" (34,95 ± 7,72 (M ± DP)) mostra que 70% dos enfermeiros possuíam conhecimento adequado para lidar com os problemas inerentes a esta temática.	Os enfermeiros estavam confiantes e mantiveram atitudes positivas em relação às mulheres vítimas de violência doméstica. No entanto, sua autoeficácia no atendimento a essas pacientes poderia ser aprimorada por meio da educação continuada, sendo urgente integrar ensino/treino abrangente sobre o tema.
6. Cunha et al., 2016 <sup>(18)</sup>	Avaliar o nível de conhecimento sobre as práticas forenses dos estudantes de enfermagem; descrever a relação das variáveis sociodemográficas, acadêmicas e de treino em enfermagem forense com o nível de conhecimento.	Estudo Transversal.	190 estudantes de enfermagem. 78,9% do sexo feminino, 49,5% do sexo masculino.	Aplicação do Questionário de Conhecimento sobre Práticas de Enfermagem Forense. A cada um dos itens do KQFNP foi atribuído uma pontuação de 0 se resposta incorreta ou 1 se resposta correta (0-74 pontos).	78,7% dos alunos revelam possuir conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense, embora existam défices de conhecimento em alguns aspetos. A maioria dos estudantes pontuou com bom nível de conhecimento (40%). O conhecimento de nível insuficiente ocorreu em 36,3% e suficiente em 23,7%.	As evidências encontradas reforçam a necessidade de investimento na formação dos estudantes sobre práticas de enfermagem forense.

13

Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência

Tabela 3 - Resumo da Evidência Recolhida

Estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
7. Mageto et al., 2017 <sup>(19)</sup>	Avaliar a preparação e prática de enfermagem forense no Quênia.	Estudo Transversal.	116 enfermeiros de três hospitais e dez educadores. Kenyatta Hospital Nacional 64,5% (76), Hospital Mathari 25,9% (30) e Hospital de Mulheres de Nairobi 8,6% (10).	Autoadministrados questionários, realizada uma discussão em grupo focado e uma entrevista com informantes-chave.	Os resultados indicaram que a maioria dos enfermeiros não possuía treino em enfermagem forense, mesmo lidando com doentes forenses diariamente. Os resultados também revelaram que os professores envolvidos na discussão do grupo focado tinham pouca consciência sobre enfermagem forense. No geral, uma maioria significativa dos enfermeiros não recebeu qualquer treino em ciências forenses de enfermagem.	Conclui-se que os enfermeiros quenianos não possuem as habilidades necessárias para cuidar de pacientes forenses.
8. Asci et al., 2015 <sup>(20)</sup>	Determinar os conhecimentos dos profissionais de saúde que trabalham em 112 postos de emergência na província de Artvin, sobre identificação de casos forenses, determinação da sua prática no reconhecimento, proteção e relato das evidências que podem afetar o processo forense.	Estudo Transversal.	141 profissionais de saúde, 48,9% eram enfermeiros, 9,9% técnicos de emergência médica e 41,1% técnicos de ambulância e emergência.	Os dados foram recolhidos através de um questionário, constituído por vinte e quatro perguntas.	Foi determinado que 20,6% da equipe de saúde (n. 29) possui capacidade para lidar com casos forenses. A grande maioria deles (78%, n. 110), por outro lado, afirmaram que precisavam ser treinados sobre a abordagem de casos e eventos forenses. Apenas 15,6% dos participantes (n. 22) já tiveram ensino e treino sobre como abordar eventos forenses.	Conclui-se que seria benéfico realizar ensino e treino no âmbito da enfermagem forense.

14

Tabela 3 - Resumo da Evidência Recolhida

Estudo	Objetivo	Desenho	Participantes	Intervenções	Resultados	Conclusões
9. Özden et al., 2019 <sup>(21)</sup>	Determinar se o curso de enfermagem forense realizado pelos estudantes tem um efeito positivo e aumenta o seu nível de conhecimento.	Estudo quase experimental incluindo pré-teste e pós-teste.	A população do estudo foi composta por 98 estudantes (91.5%) de Enfermagem de uma universidade, que fizeram o curso de Enfermagem Forense no segundo ano da Faculdade.	Aplicação de um questionário, constituído por 11 perguntas informativas, e 40 proposições que se destinam à determinação do conhecimento sobre identificação, colheita, armazenamento e registo de evidências forenses. As respostas corretas foram pontuadas com 1 ponto e as incorretas com 0 pontos. As pontuações de conhecimento foram avaliadas em 40 pontos.	A diferença de pontuação média obtida pelos alunos no teste acerca de evidência forense antes e depois do curso de enfermagem forense, é significativa. O estudo revelou que o score médio de conhecimento dos estudantes de enfermagem em medicina forense foi de $23,63 \pm 5,24$ de 40 antes do treino e $33,32 \pm 4,54$ após o treino.	Determinou-se que o curso de enfermagem forense ministrado teve impacto positivo para os alunos, aumentando os seus conhecimentos sobre evidências forenses. Assim, recomenda-se que os cursos de enfermagem forense sejam adicionados ao currículo como curso eletivo ou obrigatório, que a participação em cursos certificados após a graduação sejam apoiados e que haja educação em enfermagem forense.
10. Machado et al., 2019 <sup>(22)</sup>	Analisar se os planos de estudo do curso da licenciatura em enfermagem em Portugal incluem conteúdos relacionados com a Enfermagem Forense.	Estudo qualitativo único. (Análise documental)	Incluídas 11 instituições que lecionam curso de licenciatura em enfermagem em Portugal e cujos conteúdos programáticos das unidades curriculares estavam disponíveis online.	A análise de conteúdo foi baseada nas etapas propostas por Bardin (2008): pré-análise, exploração de materiais e tratamento de resultados, inferência e interpretação. As categorias previamente definidas, tiveram em consideração o conteúdo sobre EF recomendado por Lynch e Duval (2011) e Sheridan et al., (2011).	Os resultados confirmam que as escolas de enfermagem abordam algum conteúdo relacionado a situações forenses, direcionando o seu ensino para situações de abuso de crianças, idosos e violência, cuidados de saúde mental, bem como legislação e princípios éticos. Os currículos não explicam o conceito de enfermagem forense, evidência forense e sua preservação, e cuidados gerais a ter neste âmbito.	São lecionadas temáticas relacionadas com EF, no entanto, insuficientes para boas práticas, aquando da assistência a vítimas de violência. Sugere-se a inclusão de temáticas ou unidades curriculares nos planos de estudos da licenciatura em enfermagem.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Feita a revisão sistemática dos artigos selecionados, verificou-se que a enfermagem forense carece ainda de uma integração sistematizada ao nível dos cuidados de saúde, sendo emergente desenvolver conhecimento nesta área, perspetivando alcançar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e no apoio disponibilizado às vítimas de violência.

Corroborando os resultados obtidos em outros países, é notório que em Portugal a enfermagem forense, embora o seu reconhecimento venha a ocorrer de forma progressiva, ainda tem um longo caminho a percorrer para que se assista de forma efetiva à mudança de paradigma no que respeita à prestação eficiente de cuidados de saúde neste âmbito e preservação de vestígios forenses.

No estudo desenvolvido por Machado et al<sup>(22)</sup> os resultados confirmam esta realidade, assegurando que as escolas de enfermagem abordam algum conteúdo relacionado com situações forenses, direcionando o seu ensino para situações de abusos de crianças, idosos e violência, cuidados de saúde mental, legislação e princípios éticos, porém os currículos não explicam o conceito de enfermagem forense, evidência forense e sua preservação, e cuidados gerais a ter nestas circunstâncias. É assim colocada em evidência a necessidade de formação dos estudantes de enfermagem e enfermeiros acerca de práticas específicas de enfermagem forense e da promoção de mudanças educativas.

O estudo realizado por Gandhi et al<sup>(17)</sup> encontrou uma relação significativamente positiva entre preparação educacional e autoeficácia e atitudes em relação à prestação de cuidados de enfermagem a mulheres vítimas de violência doméstica. Concretizando, no seu estudo a pontuação média na escala de “autoeficácia” -  $20,90 \pm 4,13$  (média (M)  $\pm$  desvio padrão (DP)) indica que 70% dos indivíduos estavam confiantes em lidar com mulheres que sofreram violência doméstica. A pontuação média na escala “preparação educacional” ( $34,95 \pm 7,72$  (M  $\pm$  DP)) mostra que 70% dos enfermeiros possuíam conhecimento adequado para lidar com os problemas inerentes a esta temática.<sup>(17)</sup>

Seguindo esta linha de raciocínio, também Kalayci et al<sup>(14)</sup> auferem na sua análise que no que reporta a questões relacionadas às responsabilidades legais dos enfermeiros, estas foram respondidas corretamente por quase 70% dos alunos de

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

enfermagem, porém em perguntas para avaliar o nível de conhecimento dos estudantes sobre medicina forense, apenas 44% dos participantes sabem a definição de circunstância forense, 32,2% conhece o significado de más práticas inerentes ao processo forense e 31,1% sabem que a determinação de casos forenses não é feita apenas pelos departamentos de medicina forense. <sup>(14)</sup>

Resultados idênticos foram obtidos por Cunha et al <sup>(18)</sup> sendo que o desenvolvimento do seu estudo empírico mostra que os alunos responderam corretamente, em média, a 78,7% dos itens em avaliação, revelando possuir conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Porém verificou-se um déficit de conhecimento significativo sobre aspetos práticos da preservação de vestígios, sobre o facto de cuidar de infratores ser um dos focos de enfermagem forense, o trauma e o acidente de transito poderem corresponder a situações forenses e a possibilidade que pedaços de tinta, vidro e fezes podem ser usados na investigação forense. <sup>(18)</sup>

Outro ponto de convergência entre os vários estudos em análise reporta à consciencialização por parte dos enfermeiros e futuros enfermeiros da necessidade de melhorarem as suas qualificações na área de enfermagem forense e aprofundarem os seus conhecimentos recorrendo a formações e treino acerca da temática em foco, demonstrando como evidenciado por Cunha et al <sup>(18)</sup> ter consciência da importância da intervenção do enfermeiro forense na salvaguarda dos direitos da vítima. Esta realidade está claramente representada no estudo desenvolvido por Mageto et al <sup>(19)</sup> em que os resultados obtidos indicaram que a maioria dos enfermeiros não possuía treino em enfermagem forense qualquer que seja a ciência, mesmo que lidem com pacientes forenses diariamente. Por conseguinte, os enfermeiros perceberam as necessidades de treino para a prática de enfermagem forense, incluindo: avaliação avançada da saúde, recolha de evidências e documentação, psiquiatria forense, violência de género, implicações legais da enfermagem forense, teoria e prática em enfermagem forense. <sup>(19)</sup>

Esta realidade está igualmente representada no estudo desenvolvido por Asci et al <sup>(20)</sup> tendo sido constatado que o grupo de amostra apresentava deficiências no que diz respeito à abordagem de casos forenses, apesar de ser identificada uma melhor atuação em membros com formação superior. Está patente que um em quase cinco profissionais de saúde do estudo falharam em reconhecer as evidências e um em

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

quase quatro funcionários não protegeu e armazenou as evidências ou fez o relato às autoridades, sendo que 78% afirmaram que reconheciam e tinham vontade de ser treinados sobre a abordagem de casos e eventos forenses, na medida em que apenas 15,6% dos participantes já tiveram ensino e treino nesta vertente. <sup>(20)</sup>

Factos idênticos são apresentados no estudo de Topçu et al<sup>(16)</sup> em que parte dos estudantes afirmou que não tinha conhecimentos sobre enfermagem forense (77,9%) e a maioria (98,9%) que não lhes haviam sido ensinados nada acerca da temática, e na análise desenvolvida por Nazarloo et al <sup>(15)</sup> que afirma que 95,4% dos indivíduos não possuía educação sobre a prestação de cuidados a pacientes forenses, tendo 92,3% declarado que não havia orientação documentada no tratamento destes pacientes e 95,9% reconhecido que possuíam necessidades educacionais para prestar este tipo de cuidados.

É também transversal a todos os estudos, na sequência da falta de conhecimento e treino identificados neste âmbito, a necessidade premente das escolas de enfermagem incluírem medicina forense nos seus currículos e que sejam desenvolvidos programas de ensino e cursos obrigatórios acerca de enfermagem forense. <sup>(13,14,15,16,17,18,19,20,21,22)</sup>

Constata-se também que os cursos e formações ministrados no âmbito de enfermagem forense tiveram impacto positivo, aumentando os conhecimentos dos enfermeiros/alunos de enfermagem de forma significativa. Nesta vertente Özden et al <sup>(21)</sup> aquando a análise de resultados do estudo realizado, constataram que a diferença de pontuação média obtida pelos alunos de enfermagem no teste acerca de evidência forense antes e após o curso de enfermagem forense, é significativa, revelando que o score médio de conhecimento dos estudantes em medicina forense foi de 23,63 ±5,24 de 40 antes do treino e de 33,32 ±4,54 após o treino.

Corroborando o anteriormente referido Yildiz et al <sup>(13)</sup> no seu estudo verificaram que as pontuações médias dos enfermeiros quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico de mulheres que sofreram violência se encontravam entre 27,79 ±4,69 antes do ensino/treino, 47,57 ±1,7 imediatamente após o ensino/treino e 38 ±3,82 três meses após o ensino/treino, respetivamente. Ressalva-se assim a necessidade de haver treino programado ao longo do tempo de modo a sedimentar e manter presente os conteúdos anteriormente assimilados e treinar de modo persistente a perícia prática.

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

A questão em foco deve ser encarada como um problema de saúde pública, sendo necessária a cooperação interdisciplinar com os serviços sociais na medida em que a ajuda especializada é uma obrigação, sendo fundamental que as leis e regulamentos atuais sejam implementados e atualizados em paralelo com os desenvolvimentos em comunidade.<sup>(13)</sup>

### **CONCLUSÃO**

Os estudos analisados ao longo desta revisão sistemática da literatura evidenciam que o conhecimento científico sobre enfermagem forense apresenta ainda lacunas significativas.

O exposto, revela assim, a necessidade iminente da génese de novos caminhos e novos desafios para a prática de enfermagem, em concreto, na área da enfermagem forense, de modo a que seja possível fazer face às situações de violência, realidade que parece caminhar a passos largos para se assumir como uma epidemia do século XXI. Não se pode ignorar que as responsabilidades fundamentais no âmbito de saúde pública, são desenvolvidas com base em políticas, leis e programas, cuja implementação e execução estão ao encargo do Estado. Assume-se assim como desafio, assegurar que os sistemas de saúde em concordância com o sistema de justiça encarem os casos de violência como algo a ser colmatado e julgado de forma eficiente. Devido a mudanças constantes nos inúmeros fatores que influenciam a saúde dos cidadãos e os cuidados de saúde a estes prestados é fundamental manter e garantir os padrões de qualidade, sendo fundamental que exista reforço na formação em enfermagem forense, que sejam desenvolvidos programas de ensino e treino em serviço e que se criem mais atividades científicas acerca desta temática.

O binómio violência (no campo da justiça) e saúde (na figura dos cuidados de saúde) constituem dois dos sistemas mais poderosos do mundo, porém a gestão eficaz de situações forenses carece ainda da elaboração de políticas claras, sustentadas por legislação, de modo a assegurar os direitos civis, legais e humanos da vítima.

A enfermagem forense deve ser encarada como uma ciência em evolução, imprescindível para que os casos de violência sejam julgados de forma efetiva e para

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

que as vítimas possam ser apoiadas em todo o processo, visionando o alcance de justiça social.

Um maior investimento e sensibilização no que reporta a formação e desenvolvimento técnico dos enfermeiros nesta área, vai permitir a este grupo profissional adquirir um papel ativo no que respeita à criminalidade no âmbito forense.

É necessário existir conhecimento científico para que seja possível realizar uma abordagem forense adequada.

Os enfermeiros mostram-se recetivos ao tema e estão cientes da necessidade de melhorarem os seus conhecimentos, alegando falta de formação.

Uma das principais limitações desta revisão, foi a heterogeneidade de intervenções e de resultados avaliados, no entanto ficou patente que ainda existe de modo geral falta de conhecimento e de formação dos enfermeiros no que respeita à recolha e preservação de provas forenses, sendo fulcral criar planos de formação em serviço que englobem esta problemática e apostar na integração de programas curriculares e de mestrado de âmbito forense nas escolas.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Araújo N. Enfermagem Forense. In Dinis-Oliveira R. J., Magalhães T. O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspectivas futuras. Lisboa: Pactor; 2016. p.67-73.
2. Hammer R. M., Moynihan B. & Pagliaro E. M. Forensic nursing: A handbook for practice. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2006.
3. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística. (Dados de 2018).Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual.[Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2019 [citado a 2019 out]. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic).
4. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística. (Dados de 2018). Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual. [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2019 [citado a 2019 out]. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0).
5. CPVC. Portal da Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes (2017). Relatório de Atividades – 2017. Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes. [Internet]. Lisboa: Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes; 2019 [citado a 2019 out]. Disponível em [https://cpvc.mj.pt/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio\\_CPVC-2017.pdf](https://cpvc.mj.pt/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio_CPVC-2017.pdf)).
6. Gomes A. Enfermagem Forense. 1ª ed. Vol. 1. Lisboa: Lidel; 2014. ISBN: 9789727579853.
7. Gomes C. I. D. A. Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência [Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016 [citado a 2019 out] Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/36819>.
8. Coelho M. Impacto da formação em ciências forenses [Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 3ª edição]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde; 2013 [citado a 2019 out] Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2079/1/COELHO%2c%20Mauro%20Alexandre%20Almeida%20%20Dissertação%20mestradoEMBARGO%2021%20OUT%202014.pdf>

*Conhecimento em Enfermagem Forense vs. Qualidade dos Cuidados Prestados a Vítimas de Violência*

9. Coelho M, Cunha M, Libório R. Impacto da formação em ciências forenses. Revista Servir [Internet] 2016 [citado a 2019 out]; 59 (1): 27-33. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4068/1/IMPACTO%20DA%20FORMAÇÃO%20EM%20CIÊNCIAS%20FORENSES.pdf>
10. The Joanna Briggs Institute (AU). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide (AU): JBI; 2015 [citado a 2019 out]. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v1.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v1.pdf).
11. The Joanna Briggs Institute (AU). The New JBI Levels of Evidence and Grades. Levels of Evidence – Effectiveness [Internet]. Adelaide (AU): JBI; 2014. [citado a 2019 out]. Disponível em: [https://joannabriggs.org/ebp/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools)
12. The Joanna Briggs Institute (AU). The New JBI Levels of Evidence and Grades. Levels of Evidence – Effectiveness [Internet]. Adelaide (AU): JBI; 2014. [citado a 2019 out]. Disponível em: [https://joannabriggs.org/ebp/critical\\_appraisal\\_tools](https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools)
13. Yildiz, T, Selimen D, Dogan D. A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women. The Journal of Family Violence (JOFV) [Internet]. 2014 Jun 4 [citado a 2019 out]; DOI: 10.1007/s10896-014-9608-3
14. Kalayci I, Özbek Y S, Küpelic A. Assesment Of The Knowledge Level Of Nursing Students On Forensic Nursing. Elsevier: Procedia - Social and Behavioral Sciences [Internet]. 2014 may 15 [citado a 2019 out]; Volume 131: 130-134. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814030018>. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.04.091
15. Nazarloo L F, Sabet M S, Jafaraghaee F, Leyli E K, Taromsari M R, Jolly A. Emergency Department Nurses' Knowledge about Forensic Nursing. Journal of Holistic Nursing and Midwifery [Internet]. 2017 [citado a 2019 out]; 27(3): 27-36. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3687/cf0ccba5a9dd007bec6ec0743c5237666af8.pdf>
16. Topçu E T, Kazan E E. The opinions of senior nursing students about forensic nursing. Egyptian Journal of Forensic Sciences [Internet]. 2018 Fev 7 [citado a 2019 out]; 8(16): 1-7. Disponível em:

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s41935-018-0045-y.pdf>.

DOI:

10.1186/s41935-018-0045-y

17. Gandhi S, Poreddi V, Reddy SS N, Palaniappan M, Bada Math S. Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2018 May 23 [citado a 2019 out]; 27(10): 559-564. DOI: [10.12968/bjon.2018.27.10.559](https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.10.559)
18. Cunha M., Libório L. & Coelho M. Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices. Elsevier: *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet] 2016 [citado a 2019 out]; 217: 1089 – 1097. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.118
19. Mageto I G, Omoni G, Cabelus N B, Inyega J O. Preparedness and Practice of Forensic Nursing in Kenya. *International Journal of Nursing Education* [Internet]. 2017 July - September [citado a 2019 out]; 9 (3): 64-68. DOI: 10.5958/0974-9357.2017.00072.1
20. Asci O, Hazar G, Sercan I. The approach of prehospital health care personnel working at emergency stations towards forensic cases. Elsevier: *Turkish Journal of Emergency Medicine* [Internet] 2015 November 17 [citado a 2019 out]; 15: 131-135. DOI: 10.1016/j.tjem.2015.11.007
21. Özden D, Özveren H, Yılmaz İ. The impact of forensic nursing course on students' knowledge level on forensic evidence. Elsevier: *Journal of Forensic and Legal Medicine* [Internet] 2019 August 17 [citado a 2019 out]; 66: 86-90. DOI: [10.1016/j.jflm.2019.06.012](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.06.012)
22. Machado B P, Batista de Araújo I M, Figueiredo M C B. Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet] 2019 jul./ago./set 2019 [citado a 2019 out]; Série IV - n.º 22: 43-50. DOI: 0.12707/RIV19028

Anexo 1 – Tabelas de resumo dos estudos incluídos para análise

<b>Estudo 1</b>	
<i>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</i>	<b>A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women</b> Yildiz, Tülin; Selimen, Deniz; Dogan, Duygu. In: The Journal of Family Violence (JOFV). (2014) <b>New York, 2014</b> Estudo comparativo entre o Conhecimento Pré e Pós- Ensino/Treino de Enfermeiros do Serviço de Urgência da Turquia no Diagnóstico de Mulheres vítimas de violência Yildiz, Tülin; Selimen, Deniz; Dogan, Duygu. Em: Jornal da Violência Familiar (JOFV). (2014) Nova Iorque, 2014
<i>Objetivo do Estudo</i>	Avaliar os níveis de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência quanto à sua capacidade para reconhecer sinais de abuso físico em mulheres, antes e após uma educação programada.
<i>Desenho do Estudo</i>	O estudo foi concebido como quase experimental, incluindo pré-teste e pós-teste. Esta pesquisa foi realizada em Istambul, na Turquia, entre 2 de janeiro e 13 de junho de 2002, em três tipos de hospitais diferentes.
<i>Número e Tipo de Participantes</i>	O grupo foi composto por enfermeiros do serviço de urgência de hospitais afiliados a três diferentes instituições de saúde pública, agrupadas em: 1) hospitais públicos administrados pelo Ministério da Saúde, 2) hospitais universitários vinculados à Faculdade de Medicina de cada universidade separada; e 3) hospitais afiliados à Instituição de Segurança Social. Amostra de enfermeiros aleatória de um hospital em cada uma das três instituições localizado em Istambul, Turquia. Nos hospitais universitários foram selecionados 15 enfermeiros da Faculdade de Medicina da Universidade de Istambul; Nos hospitais públicos foram selecionados 18 enfermeiros de Haydarpaşa Numune; Na da Instituição de Serviços de Emergência da Segurança Social foram selecionados 16 enfermeiros do Hospital de Pesquisa e Educação de Kartal. Amostra total: 49 enfermeiros.
<i>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</i>	Os dados foram recolhidos através de um questionário composto por seis perguntas de caracterização individual (três das quais questões abertas) e mais 15 perguntas (incluindo seis questões abertas) sobre a identificação dos níveis de conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico de sofrimento feminino por violência. Os dados foram recolhidos durante entrevistas presenciais feitas aos enfermeiros, realizadas entre 2 de janeiro e 11 de março de 2002. Após se determinar que nenhum dos enfermeiros do estudo havia recebido treino ou participado em seminários sobre violência, foi realizado um seminário de 90 minutos sobre a definição de violência contra as mulheres, as características comuns de mulheres vítimas de abuso e os comportamentos típicos de sobreviventes de abuso. Foi também realizado ensino/treino sobre observações que deveriam ser tidas em conta durante as histórias da vítima, incluindo os pontos críticos das questões realizadas durante o exame; distúrbios comportamentais, transtornos mentais e familiares observados em pessoas, tentativa de abuso e a importância do exame durante o diagnóstico físico de mulheres vítimas de abuso.
<i>Resultados</i>	Após análise da avaliação das pontuações educacionais, verificou-se que as pontuações médias dos enfermeiros quanto ao conhecimento sobre o diagnóstico de mulheres que sofreram violência se encontravam entre 27,79 + 4,69 antes do ensino/treino, 47,57 + 1,7 imediatamente após ensino/treino e 38 + 3,82 três meses após o ensino/treino, respetivamente.
<i>Conclusões</i>	Concluiu-se que os enfermeiros do serviço de urgência detinham falta de informação no período pré-treino sobre mulheres que sofreram violência, tendo após o treino ganho uma compreensão mais ampla. Para atingir o nível de conhecimento desejado, foi proposto que: 1. As escolas de enfermagem devem incluir medicina forense nos seus currículos sendo que a enfermagem forense deve ser desenvolvida como área de especialidade. 2. Ao fornecer programas de ensino/treino em serviço, as instituições de assistência médica permitem aos seus funcionários melhorarem as suas competências. 3. O problema deve ser entendido como um problema de saúde pública. 4. É necessária cooperação interdisciplinar com os serviços sociais na medida em que a ajuda especializada é uma obrigação. 5. Programas de reabilitação e aconselhamento devem ser

organizados para os agressores. 6. Para uma população saudável, deve-se enfatizar triagem de rotina. 7. As leis e regulamentos atuais devem ser implementados e atualizados em paralelo com os desenvolvimentos em comunidade.

<b>Estudo 2</b>	
<i>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</i>	<b>Assesment Of The Knowledge Level Of Nursing Students On Forensic Nursing</b> Kalayci, Isil; Özbek Yazici, Sercan; Küpelic, Ahmet. In: Elsevier: Procedia – Social and Behavioral Sciences (2014) <b>Turkey (2014)</b> Avaliação do nível de Conhecimento dos estudantes de Enfermagem em Enfermagem Forense Kalayci, Isil; Özbek Yazici, Sercan; Küpelic, Ahmet. Em: Elsevier: Procedia – Social and Behavioral Sciences (2014) Turquia (2014)
<i>Objetivo do Estudo</i>	Avaliar o nível de conhecimento de estudantes de enfermagem da Escola de Mehmet Akif Ersoy University acerca do conceito de enfermagem forense, das responsabilidades legais dos enfermeiros forenses e questões de medicina forense.
<i>Desenho do Estudo</i>	Estudo transversal e descritivo. Esta pesquisa foi realizada na Turquia, decorrendo no ano letivo 2012/2013.
<i>Número e Tipo de Participantes</i>	A amostra foi constituída por 183 estudantes de enfermagem voluntários, do 3º e 4º ano (ano letivo 2012/2013) da Escola de Mehmet Akif Ersoy University. Dos 183 estudantes, 135 eram mulheres e 48 homens sendo que, 42, 6% das pessoas entrevistadas eram alunos do 3º ano e % 57, 4% eram alunos de 4º ano.
<i>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</i>	Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário, sobre o conceito de enfermagem forense, responsabilidades da enfermagem forense e questões de medicina forense. Incluiu 13 perguntas. Os dados foram analisados pelo programa "SPSS".
<i>Resultados</i>	As questões relacionadas às responsabilidades legais dos enfermeiros foram respondidas corretamente por quase 75% dos alunos; Em perguntas para avaliar o nível de conhecimento dos estudantes sobre medicina forense, 44% dos participantes sabem a definição de circunstância forense, 32,2% conhece o significado de más práticas inerentes ao processo forense e 31,1% sabem que a determinação de casos forenses não é feita apenas pelos departamentos de medicina forense.
<i>Conclusões</i>	Em termos conclusivos afirma-se que os estudantes não possuem informação suficiente no que respeita a assuntos de medicina forense e conceito de enfermagem forense, devendo existir cursos obrigatórios, incluindo assuntos básicos de medicina forense no ensino básico de enfermagem. Devem ser criados programas de educação e mestrado no âmbito da medicina forense para enfermeiros.

<b>Estudo 3</b>	
<i>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</i>	<b>Emergency Department Nurses' Knowledge about Forensic Nursing</b> Nazarloo, Leila Feizi; Sabet, Mitra Sedghi; Jafaraghaee, Fateme; Leyli, Ehsan Kazemnezhad; Taromsari, Morteza Rahbar; Jolly, Avinish. In: Journal of Holistic Nursing and Midwifery (2017) <b>Iran (2017)</b> Conhecimento dos Enfermeiros do Serviço de Urgência sobre Enfermagem Forense Nazarloo, Leila Feizi; Sabet, Mitra Sedghi; Jafaraghaee, Fateme; Leyli, Ehsan Kazemnezhad; Taromsari, Morteza Rahbar; Jolly, Avinish. Em: Revista Holística de Enfermagem e Obstetrícia (2017) Irão (2017)
<i>Objetivo do Estudo</i>	Determinar o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre enfermagem forense.

<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo descritivo de corte transversal. Esta pesquisa foi realizada no Irão em 2017.
<b>Número e Tipo de Participantes</b>	A amostra incluiu todos os enfermeiros que trabalham no serviço de urgência dos centros terapêuticos educacionais da cidade de Rasht. As amostras foram selecionadas por meio de amostragem censitária de oito centros terapêuticos educacionais, dos quais 195 dos 210 indivíduos participaram no estudo.
<b>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</b>	Os dados foram recolhidos através de um questionário de duas partes (a primeira incluía informações individuais e de carreira compostas por 12 perguntas e a segunda parte, informações sobre a mensuração do conhecimento com 17 perguntas), elaborado pelo investigador. O questionário foi elaborado como as opções de 'Verdadeiro', 'Falso' e 'Eu não sei'. Cada resposta verdadeira tinha uma pontuação. Os itens fornecidos para investigar o conhecimento de enfermagem forense foram classificados em 5 áreas do doente forense com 3 perguntas e 0-3 scores, recolher evidências forenses com 4 perguntas e 0- 4 scores, proteger evidências forenses com 3 perguntas e 0-3, documentar evidências forenses com 4 perguntas e pontuação 0-4 e identificação do padrão da ferida com 3 perguntas e pontuação 0-3. Como orientação para responder às perguntas, foram apresentadas algumas definições de paciente, enfermeiro e enfermagem forense. As respostas foram pontuadas de 0 a 17. Os scores foram classificados como 0-5 = mau, 6-11 = médio, 12-17 = bom e em três níveis: mau (0-33% da pontuação total), médio (34-66% da pontuação total) e bom (67-100% da pontuação total). Os dados foram analisados por meio de descritivo (média e desvio padrão) e inferencial. (Testes estatísticos de Man Whitney, Kruskal-Wallis, Friedman, Regressão Logística). O nível de significância foi considerado menor que 0,05.
<b>Resultados</b>	Os scores médios de conhecimento dos inquiridos em enfermagem forense foram 5,90 ± 2,40 (dos 17 itens avaliados): - 95,4% dos indivíduos não possuía educação sobre a prestação de cuidados a pacientes forenses, 92,3% afirmaram que não havia orientação documentada no tratamento de pacientes forenses e 95,9% tinham necessidades educacionais para prestar cuidados a pacientes forenses. Os dados mostraram que apenas 0,51%, 54,36% e 45,13% dos sujeitos apresentaram bom, médio e pouco conhecimento em enfermagem forense, respetivamente. O maior e menor nível de conhecimento foi sobre identificação de pacientes forenses e proteção de evidências forenses, respetivamente. Houve uma relação significativa entre o conhecimento em enfermagem forense e sexo (P = 0,015) e posição organizacional (P = 0,021).
<b>Conclusões</b>	Os resultados deste estudo revelaram que os enfermeiros têm um conhecimento moderado sobre enfermagem forense, enfatizando que é necessária educação especializada nesta área.

<b>Estudo 4</b>	
<b>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</b>	<b>The opinions of senior nursing students about forensic nursing</b> Topçu, Emine Tuğba;Kazan Ebru Ere. In: Egyptian Journal of Forensic Sciences <b>Turkey (2018)</b> As opiniões dos estudantes finalistas de enfermagem sobre enfermagem forense Topçu, Emine Tuğba;Kazan Ebru Ere. Em: Jomal Egipcio de Ciências Forenses <b>Turquia (2018)</b>
<b>Objetivo do Estudo</b>	Realizar um estudo descritivo para determinar as opiniões dos estudantes finalistas de enfermagem sobre enfermagem forense.
<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo descritivo. Esta pesquisa foi desenvolvida na Turquia, decorrendo no ano letivo 2015/2016.
<b>Número e Tipo de Participantes</b>	A amostra do estudo foi constituída por 104 estudantes que se encontravam a frequentar o último ano do curso (ano letivo 2015/2016) na Faculdade de Ciências da Saúde de uma Universidade Estadual em Ancara, Turquia, tendo destes, sido selecionados 95 estudantes.

<b>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</b>	Os dados foram recolhidos através de um questionário que integra recursos descritivos e opiniões sobre o ensino de enfermagem forense aos alunos. O questionário final foi formulado através da integração de dois questionários, desenvolvidos por investigadores paralelos à literatura (Sunmaz et al. 2008; Sharma 2003; Pinar e Bahar 2011; Yelken et al. 2004). No total, foram elaboradas 21 perguntas. O primeiro questionário foi utilizado no âmbito da determinação de variáveis sociodemográficas e o segundo para avaliar as opiniões dos alunos sobre a enfermagem forense. Os dados foram tratados no programa Statistical Package for the Social Ciências (SPSS) 16.0. Foram utilizadas percentagens numéricas e testes qui-quadrado para avaliar os dados.
<b>Resultados</b>	Parte dos estudantes afirmou que não tinha conhecimentos sobre enfermagem forense (77,9%) e a maioria (98,9%) que não lhes havia sido ensinado nada acerca de enfermagem forense. Ao serem questionados sobre definição de análise forense metade deles (50,4%) afirmou que não sabiam o que era a enfermagem forense, enquanto 17,9% definiu enfermagem forense como "enfermeiros que trabalham e investigam casos forenses". Questionados sobre os deveres de enfermeiros forenses; 42,1% afirmaram não saber quais eram os deveres dos enfermeiros forenses e os demais declararam "registar evidências" entre os deveres do enfermeiro forense (40,0%). 82,1% afirmaram que os enfermeiros forenses devem trabalhar em "instituições de medicina forense". 94,7% afirmaram que a enfermagem forense deve ser uma área de especialização e que os enfermeiros devem receber formação nesta área, 42,1% afirmou que essa educação deveria ser ministrada no curso de enfermagem, tendo 40% afirmado que gostariam de ser enfermeiros forenses quando se formarem.
<b>Conclusões</b>	Concluiu-se que o conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca da enfermagem forense era insuficiente, não sendo lecionados conteúdos nesta área. A maioria dos estudantes afirmou que a enfermagem forense deveria ser sugerida como um curso eletivo a nível de graduação e que deveria ser especializado. Conclui-se que se deveriam criar mais cursos relacionados à enfermagem forense inerentes ao currículo de graduação em todas as universidades, abrindo pós-graduações e programas de ensino relacionadas com o tema. O aumento de atividades científicas como congressos, seminários, e cursos são recomendados neste campo.

<b>Estudo 5</b>	
<b>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</b>	<b>Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence</b> Gandhi, Sailaxmi; Poreddi, Vijayalakshmi; Reddy SS, Nikhil; Palaniappan, Marimuthu; Bada Math, Suresh. In: British Journal of Nursing (2018) <b>India (2018)</b> Percepções de enfermeiros indianos em início de carreira sobre seu papel no cuidado de mulheres que sofreram violência doméstica Gandhi, Sailaxmi; Poreddi, Vijayalakshmi; Reddy SS, Nikhil; Palaniappan, Marimuthu; Bada Math, Suresh. Em: British Journal of Nursing (2018) <b>Índia (2018)</b>
<b>Objetivo do Estudo</b>	Avaliar as percepções de autoeficácia, preparação educacional dos enfermeiros em início de carreira e seu o papel no cuidado a mulheres vítimas de violência doméstica, na Índia.
<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo descritivo transversal. Esta pesquisa foi desenvolvida na Índia em março de 2017.
<b>Número e Tipo de Participantes</b>	Foi selecionada uma amostra de conveniência de enfermeiros em início de carreira (n = 83) em um centro de atendimento terciário, que presta atendimento especializado a indivíduos com problemas neurológicos, neurocirúrgicos e psiquiátricos, no Sul da Índia.

<i>Intervenção ou Fenómeno de Interesse</i>	Foi utilizado um instrumento de pesquisa de dados demográficos consistindo este em cinco itens projetados para reunir informações básicas sobre os sujeitos do estudo, incluindo idade, formação, conhecimento da Lei da Violência Doméstica, leis que protegem as mulheres e seu nível de interesse em aprender sobre violência doméstica. Recorreu-se também a uma escala de autoeficácia no tratamento da violência doméstica que compreendeu seis itens para avaliar o nível de confiança dos enfermeiros aos prestarem cuidados neste âmbito, desenvolvida por Beccaria et al (2013). Os indivíduos foram convidados a responder a cada item em uma escala Likert de cinco pontos variando de 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente. Os dados foram analisados no software estatístico SPSS v21. Estatísticas descritivas e inferenciais foram usadas para interpretar os resultados. A significância estatística foi assumida em $p < 0,05$ .
<i>Resultados</i>	A maioria dos inquiridos estava confiante e possuía conhecimento adequado para lidar com mulheres vítimas de Violência doméstica. Foi encontrada uma relação significativamente positiva entre preparação educacional e autoeficácia e atitudes em relação ao papel dos enfermeiros no cuidado dessas mulheres. Pouco mais de metade (52%; $n = 43$ ) dos entrevistados declarou ter consciência da lei sobre violência doméstica. A maioria dos sujeitos estava ciente da Violência doméstica através dos media, incluindo, jornais (89%), filmes (52%) e pôsteres educacionais sobre o tema (42,1%). Em relação à autoeficácia dos enfermeiros, a maioria estava confiante em apoiar vítimas (71%; $n = 59$ ) e agressores (63%; $n = 52$ ) na sua prática futura. No entanto, 27% deles estavam preocupados com o que poderiam dizer à vítima e / ou ao agressor. A pontuação média na escala de "autoeficácia" - $20,90 \pm 4,13$ (média (M) $\pm$ desvio padrão (DP)) - indica que 70% dos indivíduos estavam confiantes em lidar com mulheres que sofreram violência doméstica. A pontuação média na escala "preparação educacional" ( $34,95 \pm 7,72$ (M $\pm$ DP)) mostra que 70% dos enfermeiros possuíam conhecimento adequado para lidar com os problemas inerentes a esta temática. A correlação de Spearman no ranking revelou correlações lineares positivas significativas entre autoeficácia com preparação educacional ( $r = 0,369$ ; $p < 0,01$ ), autoeficácia com seus papéis ( $r = 0,453$ ; $p < 0,001$ ) e papéis e prontidão ( $r = 0,431$ ; $p < 0,001$ ).
<i>Conclusões</i>	Os enfermeiros estavam confiantes e mantiveram atitudes positivas em relação às mulheres vítimas de violência doméstica. No entanto, a sua autoeficácia no atendimento a esses pacientes poderia ser aprimorada por meio da educação contínua, sendo urgente integrar ensino/treino abrangente sobre o tema, de modo a melhorar as competências clínicas, incluindo o encaminhamento das mulheres de modo a obter mais apoio.

<b>Estudo 6</b>	<b>Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices</b> Cunha, Madalena; Libório, Rui Libório; Coelho, Mauro, In: In: Elsevier: Procedia – Social and Behavioral Sciences (2016) <b>Portugal (2016)</b>
<i>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</i>	Questionário de Conhecimento sobre Práticas de Enfermagem Forense Cunha, Madalena; Libório, Rui Libório; Coelho, Mauro, In: In: Elsevier: Procedia – Social and Behavioral Sciences (2016) <b>Portugal (2016)</b>
<i>Objetivo do Estudo</i>	Avaliar o nível de conhecimento sobre as práticas forenses dos estudantes de enfermagem; descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e de treino em enfermagem forense com o nível de conhecimento.
<i>Desenho do Estudo Número e Tipo de Participantes</i>	Estudo descritivo. Este estudo foi desenvolvido em Portugal, em 2016. Estudo realizado com uma amostra de conveniência de 190 estudantes de enfermagem. 78,9% do sexo feminino, 49,5% do sexo masculino com idades médias de 22,44.
<i>Intervenção ou Fenómeno de Interesse</i>	Aplicação do Questionário de Conhecimento sobre Práticas de Enfermagem Forense (KQFNP) que inclui um Questionário Geral sobre Enfermagem Forense (QGFN) [Questionário Geral sobre Enfermagem Forense (QGEF)], que consiste em questões sociodemográficas, académicas e

<i>Resultados</i>	de treino em enfermagem forense. O KQFNP incluiu 74 frases (verdadeiras ou falsas) e tem como objetivo avaliar o conhecimento do conceito de enfermagem forense; situações forenses; vestígios forenses; comunicação e documentação de evidências e cuidados na preservação de provas. A cada um dos itens do KQFNP foi atribuído uma pontuação de 0 se resposta incorreta ou 1 se resposta correta. A pontuação do conhecimento sobre a prática de enfermagem forense (PFE) pode variar de 0 a 74 pontos (valores inteiros). Quanto maior a pontuação, melhor o nível geral de conhecimento. O KQFNP consiste em seis subescalas: Conceito de Enfermagem Forense, com 10 itens (1-10), Situações Forenses, composto por 12 itens (11-22), Traços Forenses, que consiste em 12 itens (23-34), Comunicação e Documentação, com 10 itens (35-44), Cuidados Gerais de Enfermagem, com 10 itens (45-54) e Preservação de Traços, com 20 itens (55-74). Os resultados do estudo empírico mostram que os alunos responderam corretamente, em média, a 78,7% dos itens do KQFNP, revelando possuir conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Havia um déficit de conhecimento sobre: aspetos práticos da preservação de vestígios - uso de sacos de papel; cuidar dos agressores; a possibilidade do vidro e tinta constituírem provas forenses. Simultaneamente, houve déficit de conhecimento sobre: o fato de cuidar de infratores ser um dos focos de enfermagem forense para 50% dos estudantes; o fato de que o trauma e o acidente de trânsito podem corresponder a casos forenses para 50% dos participantes; e a possibilidade que pedaços de tinta, vidro e fezes podem ser usados na investigação forense em 53,7%, 45,3% e 45,3% dos estudantes, respetivamente. Nos demais itens do KQFNP, considerando a percentagem de respostas corretas, parece que a maioria dos estudantes tem conhecimento sobre: o conceito de enfermagem forense; situações clínicas com contornos forenses; vestígios forenses; comunicação e documentação de situações em que há suspeita de crime; cuidados gerais de enfermagem e preservação de restos mortais. Por outro lado, demonstraram ter consciência da importância da intervenção do enfermeiro forense na salvaguarda dos direitos das vítimas. Em resumo, a maioria dos estudantes pontuou com bom nível de conhecimento (40%). O conhecimento de nível insuficiente ocorreu em 36,3% e suficiente em 23,7%.
<i>Conclusões</i>	As evidências encontradas reforçam a necessidade de investimento na formação dos estudantes sobre práticas de enfermagem forense, principalmente no que se refere a aspetos no âmbito do conhecimento, permitindo a adoção de boas práticas.

<b>Estudo 7</b>	<b>Preparedness and Practice of Forensic Nursing in Kenya</b> Mageto, Irene G.; Omon, Grace; Cabelus, Nancy B.; Inyega, Justus Okeo , In: International Journal of Nursing Education (2017) <b>Kenya (2017)</b>
<i>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</i>	Preparação e Prática de Enfermagem Forense no Quênia Mageto, Irene G.; Omon, Grace; Cabelus, Nancy B.; Inyega, Justus Okeo , In: International Journal of Nursing Education (2017) <b>Quênia (2017)</b>
<i>Objetivo do Estudo</i>	Avaliar a preparação e prática de enfermagem forense no Quênia.
<i>Desenho do Estudo Número e Tipo de Participantes</i>	Estudo transversal descritivo. Este estudo foi desenvolvido no Quênia em 2017. Os dados foram recolhidos entre 116 enfermeiros de três hospitais e dez educadores de amostra aleatória. A distribuição de entrevistados por hospital foi a seguinte: Kenyatta Hospital Nacional 64,5% (76), Hospital Mathari 25,9% (30) e Hospital de Mulheres de Nairobi 8,6% (10). Autoadministrados questionários, uma discussão em grupo focado e uma entrevista com informantes-chave.
<i>Intervenção ou Fenómeno de Interesse</i>	Os dados qualitativos foram analisados usando análise temática.
<i>Resultados</i>	Os dados foram analisados no SPSS versão 20.0 e os resultados apresentados com média, desvio padrão e distribuição de frequência. Os resultados indicaram que a maioria dos enfermeiros não possuía treino em enfermagem forense qualquer que seja a ciência, mesmo que lidem com pacientes forenses diariamente. Os enfermeiros perceberam as necessidades de treino para a prática de enfermagem forense, incluindo:

	<p>avaliação avançada da saúde, colheita de evidências e documentação, psiquiatria forense, violência de género, implicações legais da enfermagem forense, teoria e prática em enfermagem forense.</p> <p>Os resultados também revelaram que os professores envolvidos na discussão do grupo focado tinham pouca consciência sobre enfermagem forense.</p> <p>No geral, no que diz respeito ao treino em enfermagem forense, uma maioria significativa dos enfermeiros não recebeu qualquer treino em ciências forenses de enfermagem.</p> <p>Conclui-se que os enfermeiros quenianos não possuem as habilidades necessárias para cuidar de pacientes forenses e que gostariam de ser treinados em enfermagem forense.</p>
<b>Estudo 8</b>	
Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data	<p><b>The approach of prehospital health care personnel working at emergency stations towards forensic cases</b> Asci, Ozlem; Hazar, Guleser; Sercan, Isa, In: Elsevier: Turkish Journal of Emergency Medicine (2015) <b>Turkey (2015)</b></p> <p>A abordagem para casos forenses dos profissionais de saúde pré-hospitalar que trabalham em postos de emergência Asci, Ozlem; Hazar, Guleser; Sercan, Isa, In: Elsevier: Turkish Journal of Emergency Medicine (2015) Turquia (2015)</p>
Objetivo do Estudo	Determinar os conhecimentos dos profissionais de saúde que trabalha em 112 postos de emergência na província de Artvin, para identificar casos forenses e determinar a sua prática no reconhecimento, proteção e relato das evidências que podem afetar o processo forense.
Desenho do Estudo	Estudo descritivo. Este estudo foi realizado na Turquia entre janeiro 2013 e fevereiro de 2014
Número e Tipo de Participantes	O estudo foi realizado com enfermeiros e técnicos de emergência médica que trabalham em 112 postos de emergência em Artvin. Dos 141 profissionais de saúde que constituíram a amostra do estudo, 48,9% eram enfermeiros, 9,9% técnicos de emergência médica e 41,1% técnicos de ambulância e emergência.
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	Os dados foram recolhidos através de um questionário, constituído por vinte e quatro perguntas. O questionário envolve oito perguntas sobre características descritivas (idade, sexo, local onde passa grande parte da vida, estado civil, ocupação, duração do trabalho), seis perguntas para determinar a frequência de encontros com eventos forenses, motivos de casos forenses e o nível de obtenção de informações relevantes, sete perguntas sobre a determinação das práticas realizadas em casos feridos por armas de fogo e três perguntas para determinar as práticas destinadas a proteger, armazenar e ceder as evidências forenses. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS 16.0.
Resultados	OS enfermeiros e técnicos de emergência médica que trabalham nos 112 postos de emergência na província de Artvin deparam-se com frequência com casos forenses. Os motivos mais comuns de investigação forenses incluíram acidentes de trânsito, suicídios, agressões, queda de altura e feridas por armas de fogo, respetivamente. Observou-se que o grupo de amostra apresentava deficiências no que diz respeito à abordagem de casos forenses e principalmente na proteção de evidências em ferimentos por armas de fogo. No estudo, enfermeiros e pessoal com formação superior foram mais bem-sucedidos na abordagem de eventos forenses. Um em quase cinco profissionais de saúde do estudo falharam em reconhecer as evidências e um em quase quatro funcionários não protegeu e armazenou as evidências ou relatou às autoridades. Foi determinado que 20,6% da equipe de saúde (n. 29) encontraram-se com capacidade para lidar com casos forenses. A grande maioria deles (78%, n ¼ 110), por outro lado, afirmaram que precisavam ser treinados sobre a abordagem de casos e eventos forenses. Apenas 15,6% dos participantes (n ¼ 22) já tiveram ensino e treino sobre como abordar eventos forenses.
Conclusões	Conclui-se que seria benéfico realizar ensino e treino no âmbito da enfermagem forense.
<b>Estudo 9</b>	
Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data	<p><b>The impact of forensic nursing course on students' knowledge level on forensic evidence</b> Özden,Dilek; Özveren,Hüsna; Yılmaz, İlkin, In: In: Elsevier: Journal of Forensic and Legal Medicine (2019) <b>Turkey (2019)</b></p> <p>O impacto do curso de enfermagem forense no nível de conhecimento dos alunos sobre evidência forense Özden,Dilek; Özveren,Hüsna; Yılmaz, İlkin, In: In: Elsevier: Journal of Forensic and Legal Medicine (2019) Turquia (2019)</p>
Objetivo do Estudo	Determinar se o curso de enfermagem forense realizado pelos estudantes tem um efeito positivo e aumenta seu nível de conhecimento.
Desenho do Estudo	O estudo foi concebido como um quase experimental, incluindo pré-teste e pós-teste. Este estudo foi desenvolvido entre fevereiro e maio de 2018, na Turquia.
Número e Tipo de Participantes	A população do estudo foi composta por 107 alunos que fizeram o curso Enfermagem Forense no segundo ano da Faculdade de Enfermagem de uma universidade. 98 estudantes (91,5%) que concordaram voluntariamente em participar, constituindo a amostra do estudo.
Intervenção ou Fenómeno de Interesse	Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário dividido em duas partes. Este é constituído por 11 perguntas informativas, incluindo informações de recursos, treino e prática em casos forenses (na primeira parte) e 40 proposições que se destinam à determinação do conhecimento sobre identificação, colheita, armazenamento e registo de evidências forenses (segunda parte). As respostas corretas dadas pelos alunos para as proposições foram pontuadas com 1 ponto, as respostas incorretas com 0 pontos e as pontuações de conhecimento foram avaliadas em 40 pontos.
Resultados	Os dados obtidos no estudo foram analisados através do Statistical Package Para Ciências Sociais / 18.0 para Windows (SPSS). Na análise dos dados, números, cálculos de razão, médias e desvios-padrão foram utilizados o teste de Mann Whitney U, o teste de Kruskal Wallis e Wilcoxon teste de classificação assinado foi utilizado para análise estatística. A diferença de pontuação média obtida pelos alunos no teste acerca de evidência forense antes e depois do curso de enfermagem forense, é significativa. O estudo revelou que o score médio de conhecimento dos estudantes de enfermagem em medicina forense foi de 23,63 ± 5,24 de 40 antes do treinamento e 33,32 ± 4,54 após o treinamento.
Conclusões	Determinou-se que o curso de enfermagem forense ministrado para os alunos teve um impacto positivo nos seus conhecimentos sobre evidências forenses, aumentando o seu nível de conhecimento de forma positiva. Assim, recomenda-se que os cursos de enfermagem forense sejam adicionados ao currículo como curso eletivo ou obrigatório, que a participação em cursos certificados após a graduação seja apoiada e que haja educação em enfermagem forense.
<b>Estudo 10</b>	
Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data	<p><b>Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal</b> Machado, Bárbara Pinheiro; Batista de Araújo, Isabel Maria; Figueriredo, Maria do Céu Barbieri In: Revista de Enfermagem Referência (2019) <b>Portugal (2019)</b></p> <p>Enfermagem forense: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal Machado, Bárbara Pinheiro; Batista de Araújo, Isabel Maria; Figueriredo, Maria do Céu Barbieri In: Revista de Enfermagem Referência (2019) Portugal (2019)</p>
Objetivo do Estudo	Analisar se os planos de estudos do curso da licenciatura em enfermagem em Portugal incluem conteúdos relacionados com a Enfermagem Forense.
Desenho do Estudo	Estudo qualitativo. Realizada análise documental. Este estudo foi desenvolvido em Portugal durante o ano letivo 2017/2018.

<b>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</b>	<b>The impact of forensic nursing course on students' knowledge level on forensic evidence</b> Özden,Dilek; Özveren,Hüsnü; Yılmaz, İlkin, In: Elsevier: Journal of Forensic and Legal Medicine (2019) <b>Turkey (2019)</b> O impacto do curso de enfermagem forense no nível de conhecimento dos alunos sobre evidência forense Özden,Dilek; Özveren,Hüsnü; Yılmaz, İlkin, In: Elsevier: Journal of Forensic and Legal Medicine (2019) <b>Turquia (2019)</b>
<b>Objetivo do Estudo</b>	Determinar se o curso de enfermagem forense realizado pelos estudantes tem um efeito positivo e aumenta seu nível de conhecimento.
<b>Desenho do Estudo</b>	O estudo foi concebido como um quase experimental, incluindo pré-teste e pós-teste. Este estudo foi desenvolvido entre fevereiro e maio de 2018, na Turquia.
<b>Número e Tipo de Participantes</b>	A população do estudo foi composta por 107 alunos que fizeram o curso Enfermagem Forense no segundo ano da Faculdade de Enfermagem de uma universidade. 98 estudantes (91,5%) que concordaram voluntariamente em participar, constituindo a amostra do estudo.
<b>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</b>	Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário dividido em duas partes. Este é constituído por 11 perguntas informativas, incluindo informações de recursos, treino e prática em casos forenses (na primeira parte) e 40 proposições que se destinam à determinação do conhecimento sobre identificação, colheita, armazenamento e registo de evidências forenses (segunda parte). As respostas corretas dadas pelos alunos para as proposições foram pontuadas com 1 ponto, as respostas incorretas com 0 pontos e as pontuações de conhecimento foram avaliadas em 40 pontos.
<b>Resultados</b>	Os dados obtidos no estudo foram analisados através do Statistical Package Para Ciências Sociais / 18.0 para Windows (SPSS). Na análise dos dados, números, cálculos de razão, médias e desvios-padrão foram utilizados o teste de Mann Whitney U, o teste de Kruskal Wallis e Wilcoxon teste de classificação assinado foi utilizado para análise estatística. A diferença de pontuação média obtida pelos alunos no teste acerca de evidência forense antes e depois do curso de enfermagem forense, é significativa. O estudo revelou que o score médio de conhecimento dos estudantes de enfermagem em medicina forense foi de 23,63 ± 5,24 de 40 antes do treinamento e 33,32 ± 4,54 após o treinamento.
<b>Conclusões</b>	Determinou-se que o curso de enfermagem forense ministrado para os alunos teve um impacto positivo nos seus conhecimentos sobre evidências forenses, aumentando o seu nível de conhecimento de forma positiva. Assim, recomenda-se que os cursos de enfermagem forense sejam adicionados ao currículo como curso eletivo ou obrigatório, que a participação em cursos certificados após a graduação seja apoiada e que haja educação em enfermagem forense.

<b>Estudo 10</b>	
<b>Identificação do Estudo/País onde se realizou/ Data</b>	<b>Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal</b> Machado, Bárbara Pinheiro; Batista de Araújo, Isabel Maria; Figueriredo, Maria do Céu Barbieri In: Revista de Enfermagem Referência (2019) <b>Portugal (2019)</b> Enfermagem forense: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal Machado, Bárbara Pinheiro; Batista de Araújo, Isabel Maria; Figueriredo, Maria do Céu Barbieri In: Revista de Enfermagem Referência (2019) <b>Portugal (2019)</b>
<b>Objetivo do Estudo</b>	Analisar se os planos de estudos do curso da licenciatura em enfermagem em Portugal incluem conteúdos relacionados com a Enfermagem Forense.
<b>Desenho do Estudo</b>	Estudo qualitativo. Realizada análise documental. Este estudo foi desenvolvido em Portugal durante o ano letivo 2017/2018.

<b>Número e Tipo de Participantes</b>	Incluídas 11 instituições que lecionam curso de licenciatura em enfermagem em Portugal e cujos conteúdos programáticos das unidades curriculares estavam disponíveis <i>online</i> .
<b>Intervenção ou Fenômeno de Interesse</b>	Realizada análise documental dos diferentes programas das unidades curriculares do curso de licenciatura em enfermagem, ministrado em Portugal. Incluídas 11 instituições, os conteúdos programáticos estavam disponíveis <i>online</i> . Os planos analisados reportavam-se ao ano letivo 2017/2018. A análise de conteúdo foi baseada nas etapas propostas por Bardin (2008): pré-análise, exploração de materiais e tratamento de resultados, inferência e interpretação. As categorias previamente definidas, tiveram em consideração a conteúdo sobre EF recomendado por Lynch e Duval (2011) e Sheridan et al., (2011).
<b>Resultados</b>	Os resultados confirmam que as escolas de enfermagem abordam algum conteúdo relacionado a situações forenses, direcionando o seu ensino para situações de abuso de crianças, idosos e violência, cuidados de saúde mental, bem como legislação e princípios éticos. Os currículos não explicam o conceito de enfermagem forense, evidência forense e sua preservação, e cuidados gerais a ter neste âmbito.
<b>Conclusões</b>	São lecionadas temáticas relacionadas com EF, no entanto, insuficientes para boas práticas, aquando da assistência a vítimas de violência. Sugere-se a inclusão de temáticas ou unidades curriculares nos planos de estudos da licenciatura em enfermagem, principalmente dentro contextos de emergência e extra-hospitalar.

Apêndice 4 - Pedido de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Preenchimento do QPVAVE de Gomes, Corte Real & Chaves, 2016) (Gomes, 2016)

Exmo. (a) Sr. (a) Enfermeiro (a)

Eu, Cláudia Isabel Velez Janeiro, com o número mecanográfico 2602, a exercer funções de enfermagem no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos, presentemente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no âmbito da unidade curricular Estágio Final, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, que tem por base uma investigação académica no âmbito da recolha e preservação de provas forenses no serviço de urgência. A elaboração deste projeto terá como principal objetivo otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita às pessoas vítimas de crimes forenses.

Por favor responda a todas as questões segundo as suas convicções e conhecimento científico/académico e/ou prático.

Não existem respostas corretas ou incorretas, devendo responder de acordo com a sua realidade.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Agradeço desde já o tempo que irá disponibilizar para a realização desta tarefa.

Para qualquer esclarecimento adicional contacte: [claudiavelezjaneiro@gmail.com](mailto:claudiavelezjaneiro@gmail.com)

**Declaração do participante:**

- Declaro ter compreendido o presente documento;
- Declaro que me foi dada a oportunidade de colocar todas as questões acerca do assunto, tendo para todas elas obtido respostas elucidativas;
- Declaro que me foi garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato;
- Declaro que me foi garantido que posso desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido (a) autorizo a minha participação neste projeto.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Declaro ter prestado a informação adequada e ter-me certificado que a mesma foi compreendida, permitindo ao participante ficar informado e esclarecido:

\_\_\_\_\_

Apêndice 5 - Apresentação das Tabelas/Gráfico referentes à Análise dos Dados obtidos após aplicação do QPVAVE de Gomes, Corte-Real & Chave, 2016 (Gomes, 2016) -  
Caraterização Sociodemográfica

Tabela 1 – Representatividade da amostra de acordo com o sexo

<i>Sexo</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Masculino</i>	11	36,7
<i>Feminino</i>	19	63,3
<i>Total</i>	30	100

Tabela 2 – Distribuição da amostra por intervalos de faixas etárias

<i>IDADE</i> <i>(anos)</i>	<b>20 - 30</b>	<b>31 - 40</b>	<b>41 - 50</b>	<b>&gt; 50</b>
<i>Nº de enfermeiros</i>	2	18	8	2

Fonte: Do próprio

Tabela 3 – Distribuição da amostra por intervalo de tempo de exercício profissional (anos)

<i>Tempo de exercício</i> <i>(anos)</i>	<b>5-10</b>	<b>11 - 15</b>	<b>16 - 20</b>	<b>21- 25</b>	<b>&gt; 26</b>
<i>Nº de enfermeiros</i>	15	5	-	7	3

Tabela 4 – Distribuição da amostra (por intervalos de tempo) em anos de exercício em SU/Emergência

<i>Tempo de exercício no SU /Emergência (anos)</i>	1 -5	6 - 10	11 – 15	16- 20	> 20
<i>Nº de enfermeiros</i>	14	7	4	3	2
<i>Tempo de exercício no SU /Emergência (anos)</i>	1 -5	6 - 10	11 – 15	16- 20	> 20
<i>Nº de enfermeiros</i>	14	7	4	3	2

Tabela 5 – Habilitações académicas da amostra

<i>Habilitações Académicas</i>	N	%
<i>Bacharelato</i>	1	3,3
<i>Licenciatura</i>	24	80
<i>Mestrado</i>	5	16,7
<i>Doutoramento</i>	-	-
<i>Total</i>	30	100

Tabela 6 – Categoria Profissional da amostra

<i>Categoria Profissional</i>	n	%
<i>Enfermeiro</i>	15	50
<i>Enfermeiro Graduado</i>	4	13,3
<i>Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária</i>	3	10
<i>Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>	6	20

<i>Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</i>	2	6,7
<i>Total</i>	30	100

Tabela 7 – Formação da amostra na área de Medicina Legal e/ou Ciências Forenses

<i>Formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses</i>	N	%
<i>Sim</i>	0	-
<i>Não</i>	30	100
<i>Total</i>	30	100

Tabela 8 – Frequência com que os enfermeiros assistem vítimas de agressão voluntária ou involuntária

<i>Frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária</i>	N	%
<i>Poucas vezes (1x mês)</i>	4	13,3
<i>Algumas vezes (1x semana)</i>	15	50
<i>Muitas vezes (3x semana)</i>	11	36,7
<i>Total</i>	30	100

Gráfico 1 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de vítimas que assistem com maior frequência

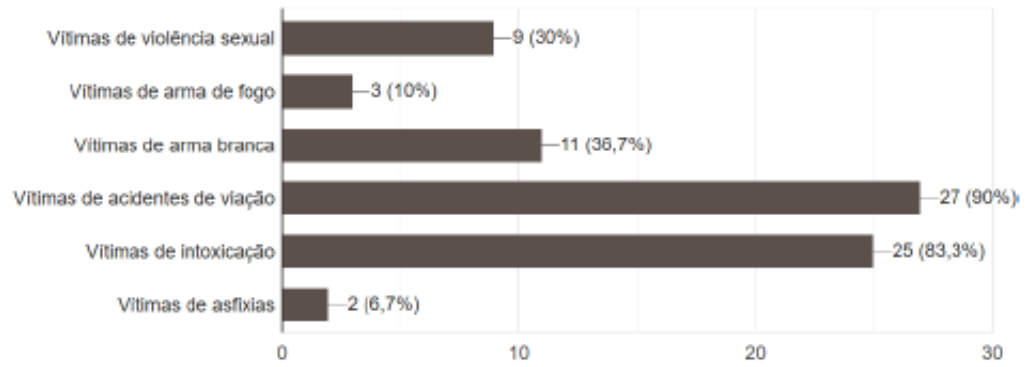


Tabela 9 - Conhecimento da existência de protocolo de atuação da amostra

<i>Existe algum protocolo no serviço que delinea a atuação</i>	N	%
<i>Sim</i>	1	3,3
<i>Não</i>	29	96,7
<i>Total</i>	30	100

Apêndice 6 - Tabelas relativas à Caracterização da Perceção da Amostra Relativamente aos Conhecimentos acerca da RPVF e Executabilidade na Manutenção e Recolha dos mesmos após aplicação do QPVAVE, de Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016)

Gestão de vestígios

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos à gestão de vestígios.

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	n: 18 (60%)	n: 9 (30%)	n: 3 (10%)	n: 3 (10%)	n: 23 (76,7%)	n: 4 (13,3%)
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	n: 9 (30%)	n:8 (26,7 %)	n:13 (43,3 %)	n:19 (63,3 %)	n:10 (33,3%)	n:1 (3,3 %)
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	n:5 (16,7%)	n:13 (43,3 %)	n:9 (30%)	n:8 (26,7 %)	n:21 (70 %)	n:1 (3,3%)
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.	n:10 (33.3%)	n:9 (30%)	n:11 (36,7%)	n:8 (26,7%)	n:21 (70%)	n:1 (3,3%)
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	n:7 (23,3%)	n:11 (36,7 %)	n:12 (40%)	n:8 (26,7 %)	n:2 (6,7 %)	n:0 (0 %)
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns	n:14 (46,7%)	n:13 (43,3%)	n:3 (10 %)	n:2 (6,7%)	n:26 (86,7 %)	n:2 (6,7%)

centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.						
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	n:13 (43,3 %)	n:13 (43,3%)	n:4 (13,3%)	n:3 (10%)	n:26 (86,7 %)	n:1 (3,3 %)
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	n:13 (43,3 %)	n:13 (43,3%)	n:4 (13,3%)	n:7 (23,3%)	n:18 (60 %)	n:5 (16,7%)
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	n:18 (60%)	n:8 (26,7 %)	n:4 (13,3 %)	n:4 (13,3%)	n:25 (83,3%)	n:1 (3,3%)
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	n:11 (36,7 %)	n:17 (56,7 %)	n:2 (6,7 %)	n:6 (20%)	n:23 (76,7%)	n:1 (3,3 %)
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	n:16 (53,3%)	n:10 (3,3%)	n:4 (13,3 %)	n:4 (13,3%)	n:23 (76,7%)	n:3 (10%)
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	n:10 (33,3 %)	n:18 (60 %)	n:2 (6,7 %)	n:7 (23,3%)	n:22 (73,3 %)	n:1 (3,3 %)
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	n:20 (66,7 %)	n:9 (30 %)	n:1 (3,3%)	n:2 (6,7%)	n:27 (90%)	n:1 (3,3 %)
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las	n:17 (56,7 %)	n:9 (30%)	n:4 (13,3 %)	n:4 (13,3%)	n:23 (76,7%)	n:3 (10 %)

descrever o estado geral da vítima.						
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	n:10 (33,3%)	n:17 (56,7%)	n:3 (10%)	n:4 (13,3 %)	n:25 (83,3 %)	n:1 (3,3%)
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	n:9 (30%)	n:16 (53,3%)	n:5 (16,7%)	n:8 (26,7%)	n:21 (70 %)	n:1 (3,3%)
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	n:22 (73,3%)	n:7 (23,3 %)	n:1 (3,3 %)	n:8 (26,7 %)	n:20 (66,7%)	n:2 (6,7%)
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	n:22 (73,3%)	n:7 (23,3 %)	n:1 (3,3%)	n:3 (10%)	n:26 (86,7%)	n:1 (3,3%)
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	n:20 (66,7 %)	n:8 (26,7 %)	n:2 (6,7%)	n:9 (30%)	n:20 (66,7 %)	n:1 (3,3%)
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	n:5 (16,7%)	n:16 (53,3%)	n:9 (30 %)	n:1 (3,3 %)	n:26 (86,7 %)	n:3 (10%)

### Agressão Sexual

Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas da perceção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos à agressão sexual

Procedimento	Conhecimento	Executabilidade
--------------	--------------	-----------------

Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	n:16 (53,3%)	n:13 (43,3 %)	n:1 (3,3 %)	n:1 (3,3%)	n:29 (96,7%)	n:0 (0%)
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	n:19 (63,3%)	n:11 (36,7%)	n:0 (0%)	n:30 (100%)	n:0 (0%)	n:0 (0%)
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	n:19 (63,3%)	n:9 (30%)	n:2 (6,7 %)	n:30 (100%)	n:0 (0%)	n:0 (0 %)
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	n:4 (13,3%)	n:17 (56,7 %)	n:9 (30 %)	n:11 (36,7%)	n:18 (60 %)	n:1 (3,3%)
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	n:3 (10%)	n:16 (53,3%)	n:11 (36,7 %)	n:9 (30%)	n:20 (66,7%)	n:1 (3,3%)
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	n:6 (20%)	n:13 (43,3%)	n:11 (36,7%)	n:8 (26,7%)	n:20 (66,7 %)	n:2 (6,7%)
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	n:4 (13,3%)	n:10 (33,3%)	n:16 (53,3%)	n:10 (33,3 %)	n:18 (60%)	n:2 (6,7%)
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	n:7 (23,3 %)	n:19 (63,3 %)	n:4 (13,3 %)	n:5 (16,7 %)	n:25 (83,3 %)	n:0 (0%)
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	n:7 (23,3%)	n:19 (63,3 %)	n:4 (13,3 %)	n:1 (3,3%)	n:26 (86,7%)	n:3 (10 %)

### Lesões

Tabela 12 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a lesões

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	n:6 (20%)	n:12 (40%)	n:12 (40%)	n:15 (50%)	n:11 (36,7%)	n:4 (13,3 %)
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	n:4 (13,3%)	n:9 (30 %)	n:17 (56,7%)	n:15 (50 %)	n:12 (40%)	n:3 (10%)
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	n:5 (16,7%)	n:12 (40%)	n:13 (43,3%)	n:19 (63,3 %)	n:10 (33,3%)	n:1 (3,3%)
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	n:11 (36,7%)	n:14 (46,7 %)	n:5 (16,7%)	n:7 (23,3%)	n:22 (73,3 %)	n:1 (3,3%)
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	n:6 (20 %)	n:13 (43,3 %)	n:11 (36,7%)	n:13 (43,3%)	n:16 (53,3%)	n:1 (3,3%)
35. Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	n:7 (23,3%)	n:19 (63,3 %)	n:4 (13,3 %)	n:10 (33,3%)	n:19 (63,3 %)	n:1 (3,3%)

### Arma Branca

Tabela 13 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a lesões causadas por arma branca

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	n:23 (76,7%)	n:6 (20%)	n:1 (3,3%)	n:2 (6,7%)	n:27 (90%)	n:1 (3,3%)
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	n:22 (73,3%)	n:6 (20%)	n:2 (6,7%)	n:2 (6,7%)	n:27 (90%)	n:1 (3,3%)
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	n:21 (70%)	n:8 (26,7%)	n:1 (3,3%)	n:2 (6,7%)	n:27 (90%)	n:1 (3,3%)
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	n:16 (53,3%)	n:12 (40%)	n:2 (6,7%)	n:5 (16,7%)	n:24 (80%)	n:1 (3,3%)
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	n:15 (50%)	n:13 (43,3%)	n:2 (6,7 %)	n:6 (20%)	n:23 (76,7%)	n:1 (3,3%)
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	n:14 (46,7%)	n:12 (40%)	n:4 (13,3%)	n:6 (20%)	n:23 (76,7%)	n:1 (3,3%)
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	n:14 (46,7%)	n:13 (43,3%)	n:3 (10%)	n:6 (20%)	n:23 (76,7%)	n:1 (3,3%)
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.	n:15 (50%)	n:10 (33,3 %)	n:5 (16,7 %)	n:4 (13,3%)	n:25 (83,3%)	n:1 (3,3%)

**Arma de Fogo**

Tabela 14 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a lesões causadas por arma de fogo

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Numca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	n:4 (13,3%)	n:15 (50%)	n:11 (36,7%)	n:3 (10%)	n:23 (76,7%)	n:4 (13,3%)
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	n:8 (26,7%)	n:19 (63,3%)	n:3 (10%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3 %)	n:3 (10%)
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	n:7 (23,3%)	n:17 (56,7%)	n:6 (20%)	n:2 (6,7%)	n:24 (80%)	n:4 (13,3%)
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	n:8 (26,7%)	n:18 (60%)	n:4 (13,3%)	n:3 (10%)	n:25 (83,3%)	n:2 (6,7%)
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	n:19 (63,3%)	n:10 (33,3%)	n:1 (3,3%)	n:1 (3,3%)	n:27 (90%)	n:2 (6,7%)
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	n:11 (36,7%)	n:18 (60%)	n:1 (3,3%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3%)	n:3 (10%)
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	n:9 (30%)	n:20 (66,7%)	n:1 (3,3%)	n:3 (10 %)	n:25 (83,3%)	n:2 (6,7%)

51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	n:13 (43,3%)	n:15 (50%)	n:2 (6,7%)	n:3 (10%)	n:25 (83,3%)	n:2 (6,7%)
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	n:9 (30%)	n:18 (60%)	n:3 (10%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3%)	n:3 (10%)
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	n:16 (53,3%)	n:13 (43,3%)	n:1 (3,3%)	n:0 (0%)	n:26 (86,7%)	n:4 (13,3%)
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	n:11 (36,7%)	n:17 (56,7%)	n:2 (6,7%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3%)	n:3 (10%)
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	n:13 (43,3%)	n:15 (50%)	n:2 (6,7%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3%)	n:3 (10%)
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	n:12 (40%)	n:14 (46,7%)	n:4 (13,3%)	n:0 (0%)	n:27 (90%)	n:3 (10%)
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	n:11 (36,7%)	n:13 (43,3%)	n:6 (20%)	n:0 (0%)	n:28 (93,3%)	n:2 (6,7%)

### Acidentes de viação

Tabela 15 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a acidentes de viação

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						

58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	n:8 (26,7%)	n:14 (46,7%)	n:8 (26,7%)	n:14 (46,7%)	n:14 (46,7%)	n:2 (6,7%)
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	n:3 (10%)	n:13 (43,3%)	n:14 (46,7%)	n:19 (63,3%)	n:11 (36,7%)	n:0 (0%)
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	n:2 (6,7%)	n:16 (53,3%)	n:12 (40%)	n:21 (70%)	n:9 (30%)	n:0 (0%)
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	n:14 (46,7%)	n:10 (33,3%)	n:6 (20%)	n:12 (40%)	n:15 (50%)	n:3 (10%)
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.	n:15 (50%)	n:8 (26,7%)	n:7 (23,3%)	n:9 (30%)	n:16 (53,3%)	n:5 (16,7%)
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do para-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	n:15 (50%)	n:6 (20%)	n:9 (30%)	n:10 (33,3%)	n:15 (50%)	n:5 (16,7%)
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	n:12 (40%)	n:10 (33,3%)	n:8 (26,7%)	n:7 (23,3%)	n:15 (50%)	n:8 (26,7%)

**Intoxicação**

Tabela 16 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a intoxicação

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	n:5 (16,7%)	n:11 (36,7%)	n:14 (46,7%)	n:19 (63,3%)	n:11 (36,7%)	n:0 (0%)
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	n:6 (20%)	n:15 (50%)	n:9 (30%)	n:15 (50%)	n:15 (50%)	n:0 (0%)
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	n:18 (60%)	n:9 (30%)	n:3 (10%)	n:4 (13,3%)	n:25 (83,3%)	n:1 (3,3%)
68. Preservar os vestígios eméticos.	n:14 (46,7%)	n:13 (43,3%)	n:3 (10%)	n:9 (30%)	n:19 (63,3%)	n:2 (6,7%)
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	n:21 (70%)	n:7 (23,3%)	n:2 (6,7%)	n:3 (10%)	n:25 (83,3%)	n:2 (6,7%)
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	n:8 (26,7%)	n:13 (43,3%)	n:9 (30%)	n:16 (53,3%)	n:12 (40%)	n:2 (6,7%)

71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	n:11 (36,7%)	n:13 (43,3%)	n:6 (20%)	n:11 (36,7%)	n:17 (56,7%)	n:2 (6,7%)
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	n:7 (23,3%)	n:18 (60%)	n:5 (16,7%)	n:11 (36,7%)	n:19 (63,3%)	n:0 (0%)
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	n:15 (50%)	n:12 (40%)	n:3 (10%)	n:6 (20%)	n:24 (80%)	n:0 (0%)

### Asfixia

Tabela 17 - Frequências absolutas e relativas da percepção de conhecimento e executabilidade de procedimentos relativos a asfixia

Procedimento	Conhecimento			Executabilidade		
	Desconhecia (n / %)	Conhecia vagamente (n / %)	Conhecia com rigor (n / %)	Já executei (n / %)	Nunca executei (n / %)	Não se aplica (n / %)
Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...						
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	n:16 (53,3%)	n:12 (40%)	n:2 (6,7%)	n:0 (0%)	n:26 (86,7%)	n:4 (13,3%)
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	n:10 (33,3%)	n:12 (40%)	n:8 (26,7%)	n:3 (10%)	n:23 (76,7%)	n:4 (13,3%)
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	n:12 (40%)	n:14 (46,7%)	n:4 (13,3%)	n:1 (3,3%)	n:25 (83,3%)	n:4 (13,3%)
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	n:18 (60%)	n:7 (23,3%)	n:5 (16,7%)	n:2 (6,7%)	n:24 (80%)	n:4 (13,3%)

78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	n:18 (60%)	n:10 (33,3%)	n:2 (6,7%)	n:1 (3,3%)	n:25 (83,3%)	n:4 (13,3%)
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	n:13 (43,3%)	n:14 (46,7%)	n:3 (10%)	n:5 (16,7%)	n:21 (70%)	n:4 (13,3%)
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.	n:15 (50%)	n:13 (43,3%)	n:2 (6,7%)	n:2 (6,7%)	n:25 (83,3%)	n:3 (10%)
81. 81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	n:17 (56,7%)	n:10 (33,3%)	n:3 (10%)	n:2 (6,7%)	n:26 (86,7%)	n:2 (6,7%)
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	n:20 (66,7%)	n:7 (23,3%)	n:3 (10%)	n:1 (3,3%)	n:26 (86,7%)	n:3 (10%)
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	n:12 (40%)	n:10 (33,3%)	n:8 (26,7%)	n:6 (20%)	n:22 (73,3%)	n:2 (6,7%)
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	n:18 (60%)	n:10 (33,3%)	n:2 (6,7%)	n:1 (3,3%)	n:27 (90%)	n:2 (6,7%)
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por	n:19	n:10	n:1	n:3	n:25	n:2

submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	(63,3%)	(33,3%)	(3,3%)	(10%)	(83,3%)	(6,7%)
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	n:16 (53,3%)	n:12 (40%)	n:2 (6,7%)	n:4 (13,3%)	n:24 (80%)	n:2 (6,7%)

Apêndice 7 - Cronograma de Atividades

Fases	Atividades	2019					2020		
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enfermeira Chefe do serviço e enfermeira orientadora para identificação das necessidades	■							
	Aplicação do instrumento de diagnóstico - Análise SWOT	■	■						
	Pesquisa Bibliográfica	■	■	■	■				
	Definição da temática - Objeto geral	■	■						
Planeamento	Definição de Objetivos específicos		■	■					
	Construção do cronograma		■	■					
	Definição da estratégia a desenvolver		■	■					
	Definição dos meios necessários			■					
Execução	Aplicação dos questionários e análise dos mesmos			■	■				
	Preparação da sessão formativa				■	■			
	Momento Formativo					■	■		
	Elaboração do questionário de avaliação das sessões de formação realizadas e do formador				■	■			
Avaliação	Citação de um consentimento informado, livre e esclarecido			■					
	Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido			■	■				
	Realização de prática simulada				■	■			
	apresentação de casos clínicos, com discussão dos mesmos				■	■			
Pedidos de Autorização	Interpretação dos dados obtidos					■			
	Pedidos de Autorização ao Conselho de Administração, Enfermeira Chefe e Diretor de Serviço			■	■				
Projeto de estagio	Pedido de Autorização aos superiores para utilização do questionário sobre recolha e preservação de provas forenses		■						
	Entrega do Projeto de Estágio			■	■				
Relatório	Redação do Relatório						■	■	■
	Entrega do Relatório								■

Apêndice 8 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual à Exma.  
Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe do SU, ULSNA, E.P.E.

Exma. Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, ULSNA, E.P.E.

Avenida de Santo António

7300 – 074 - Portalegre

Portalegre, 22 de outubro de 2019

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização e de aplicação de questionário

Cláudia Isabel Velez Janeiro, enfermeira da instituição, com o número mecanográfico 2602, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, presentemente a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, com o número de aluna 10400, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.<sup>a</sup> chefia, na área da recolha e preservação de vestígios forenses, tendo como objetivo final introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses, perspetivando garantir uma maior efetividade e eficiência nos cuidados prestados nesta vertente.

Assim, a elaboração deste projeto terá como objetivo geral:

Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

Sendo que os objetivos específicos são:

Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência, de conhecimentos baseados em evidência, relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;

Realizar formação em serviço com posterior prática simulada;

Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

O referido projeto decorre sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques, docente da Universidade de Évora, prevendo-se desenvolver as seguintes atividades:

- Aplicação de um questionário sobre recolha e preservação de vestígios forenses já validado (Anexo 1), tendo já sido realizado o pedido de autorização ao seu autor, para a utilização do mesmo, que permitirá avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem no que reporta a esta temática e identificar onde existem maiores lacunas (diagnóstico de situação);

- Realização de momentos formativos à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG acerca da recolha e preservação de vestígios forenses;

- Elaboração de uma instrução de trabalho sobre recolha e preservação de vestígios forenses no SU.

- Realização de prática simulada: apresentação de casos clínicos, com discussão dos mesmos para que se possa realizar a avaliação do projeto proposto.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua colaboração.

Cláudia Isabel Velez Janeiro

Apêndice 9 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual ao  
Exmo. Sr. Dr. Diretor do SU, ULSNA, E.P.E.

Exmo. Sr. Dr. Diretor do Serviço de Urgência, ULSNA, E.P.E.

Avenida de Santo António

7300 – 074 - Portalegre

Portalegre, 22 de outubro de 2019

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização e de aplicação de questionário

Cláudia Isabel Velez Janeiro, enfermeira da instituição, com o número mecanográfico 2602, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, presentemente a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, com o número de aluna 10400, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final vem por este meio solicitar a autorização para a realização de um projeto de intervenção profissional no serviço que V. Ex.<sup>a</sup> dirige, na área da recolha e preservação de vestígios forenses, tendo como objetivo final introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses, perspetivando garantir uma maior efetividade e eficiência nos cuidados prestados nesta vertente.

Assim, a elaboração deste projeto terá como objetivo geral:

Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

Sendo que os objetivos específicos são:

Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência, de conhecimentos baseados em evidência, relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;

Realizar formação em serviço com posterior prática simulada;

Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

O referido projeto decorre sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques, docente da Universidade de Évora, prevendo-se desenvolver as seguintes atividades:

- Aplicação de um questionário sobre recolha e preservação de vestígios forenses já validado (Anexo 1), tendo já sido realizado o pedido de autorização ao seu autor, para a utilização do mesmo, que permitirá avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem no que reporta a esta temática e identificar onde existem maiores lacunas (diagnóstico de situação);

- Realização de momentos formativos à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG acerca da recolha e preservação de vestígios forenses;

- Elaboração de uma instrução de trabalho sobre recolha e preservação de vestígios forenses no SU.

- Realização de prática simulada: apresentação de casos clínicos, com discussão dos mesmos para que se possa realizar a avaliação do projeto proposto.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua colaboração.

Cláudia Isabel Velez Janeiro

Apêndice 10 - Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto individual ao Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E., e Comissão de Ética da ULSNA

Exmo. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração da ULSNA, E.P.E. e Comissão de ética da ULSNA  
Avenida de Santo António  
7300 – 074 - Portalegre

Portalegre, 22 de outubro de 2019

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado com Especialização e de aplicação de questionário

Cláudia Isabel Velez Janeiro, enfermeira da instituição, com o número mecanográfico 2602, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, presentemente a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, com o número de aluna 10400, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final vem por este meio solicitar a autorização de V. Ex.<sup>a</sup> e da Comissão de Ética para a realização de um projeto de intervenção profissional na instituição que V. Ex.<sup>a</sup> preside, na área da recolha e preservação de vestígios forenses, tendo como objetivo final introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses, perspetivando garantir uma maior efetividade e eficiência nos cuidados prestados nesta vertente.

Assim, a elaboração deste projeto terá como objetivo geral:

Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

Sendo que os objetivos específicos são:

Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência, de conhecimentos baseados em evidência, relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;

Realizar formação em serviço com posterior prática simulada;

Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

O referido projeto decorre sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques, docente da Universidade de Évora, prevendo-se desenvolver as seguintes atividades:

- Aplicação de um questionário sobre recolha e preservação de vestígios forenses já validado (Anexo 1), tendo já sido realizado o pedido de autorização ao seu autor, para a utilização do mesmo, que permitirá avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem no que reporta a esta temática e identificar onde existem maiores lacunas (diagnóstico de situação);
- Realização de momentos formativos à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG acerca da recolha e preservação de vestígios forenses;
- Elaboração de uma instrução de trabalho sobre recolha e preservação de vestígios forenses no SU.
- Realização de prática simulada: apresentação de casos clínicos, com discussão dos mesmos para que se possa realizar a avaliação do projeto proposto.

Sem outro assunto de momento, e agradecendo desde já a colaboração para realizar a minha prática de investigação na instituição ULSNA, E.P.E.; reitero o pedido de deferência,

Cláudia Isabel Velez Janeiro

Apêndice 11 - Pedido de autorização aos autores do questionário - QPVAVE de Gomes,  
Corte-Real & Chaves, 2016 (Gomes, 2016) para sua aplicação

Chamo-me Cláudia Isabel Velez Janeiro. Encontro-me a desempenhar funções de enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre e a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica no Instituto Politécnico de Portalegre. No âmbito da elaboração do projeto final pretendo quantificar o conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência, do já mencionado hospital, acerca da recolha e preservação de vestígios forenses de modo a avaliar a necessidade de formação na área e intervir nesse campo através da realização de sessões formativas e construção de uma instrução de trabalho.

Assim, a elaboração deste projeto terá como objetivo geral:

- Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

Sendo que os objetivos específicos são:

- Capacitar a equipa de enfermagem do serviço de urgência, de conhecimentos baseados em evidência, relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;
- Realizar formação em serviço com posterior prática simulada;
- Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses.

O referido projeto decorre sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques, docente da Universidade de Évora, prevendo-se desenvolver as seguintes atividades:

- Aplicação de um questionário sobre recolha e preservação de vestígios forenses de modo a avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem no que reporta a esta temática e identificar onde existem maiores lacunas (diagnóstico de situação);

- Realização de momentos formativos à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HDJMG acerca da recolha e preservação de vestígios forenses;
- Elaboração de uma instrução de trabalho sobre recolha e preservação de vestígios forenses no SU.
- Realização de prática simulada: apresentação de casos clínicos, com discussão dos mesmos para que se possa realizar a avaliação do projeto proposto.

Venho assim, por este meio, solicitar a vossa permissão para utilizar o seu Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE).

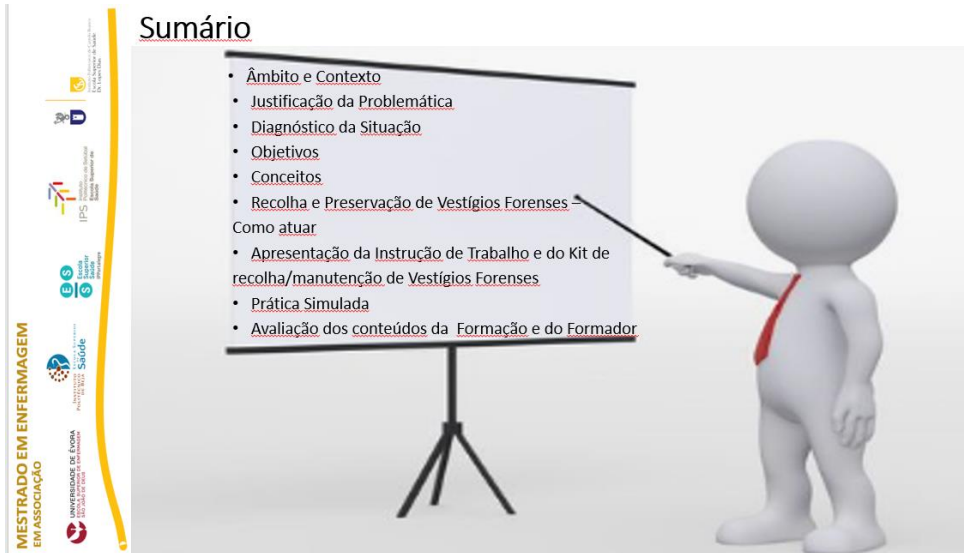
Agradeço desde já a atenção concedida, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Cláudia Janeiro.

(e-mail: [j\\_claudiax@hotmail.com](mailto:j_claudiax@hotmail.com))

Apêndice 12 - Sessão formativa intitulada: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no SU"



Mestrado em Enfermagem  
EM ASSOCIAÇÃO



Unidade Curricular “Estágio Final”, integrada no III Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Estágio no Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande

Linha de investigação:  
“Segurança e Qualidade de Vida”

Artigo 3.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

1 — As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são:

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

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

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

Diário da República (2018: 19399)

ANEXO II

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

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

Deontologia:  
Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planejando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.

Diário da República (2018: 19363)

19364

Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;

2.5.2 — Subgarantida a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;

2.5.3 — Reconhece irregularidades a suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;

2.5.4 — Recomanha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima a respetiva família.

Diário da República (2018: 19364)

Justificação da Problemática

Ciências Forenses / Serviços de Saúde



Os enfermeiros do serviço de urgência (SU) encontram-se numa posição privilegiada no que respeita à identificação de crimes forenses e preservação de provas que possam ser importantes numa posterior investigação forense.

(McGillivray, 2005)

Os profissionais de saúde devem estar atentos para a recolha e armazenamento de vestígios (...) os enfermeiros estão em posição de destaque para a realização desta tarefa. Assim, que o enfermeiro identificar uma potencial vítima forense, deve de imediato providenciar a identificação, recolha e preservação de vestígios...”.

(Gomes, 2014: 125)

Realidade Portuguesa



No que reporta a Portugal, a taxa de criminalidade situa-se nos 32,4% (INE, 2018) sendo que os crimes contra a integridade física assumem 5,1% (INE, 2018) dessa realidade.

No ano de 2017 entram na Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes "(...) 293 pedidos (...) apresentados por vítimas de crimes violentos, (...) sendo que 157 (...) por vítimas do crime de violência doméstica e 136 (...) por vítimas de crimes violentos."

(Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes - Relatório de 2017-24)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉvORA, Instituto de Saúde, IPE, etc.

### Revisão Sistemática da Literatura

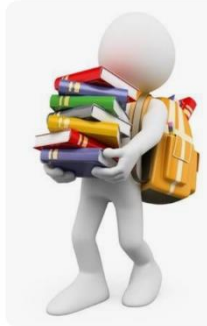
Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal

Abstract: Forensic nursing (FN) emerges as a new area of nursing, combining scientific and technical knowl...  
 Objectives: The objective of this study (for the bachelor's degree in nursing) is to identify the content related to FN...  
 Methodology: Qualitative study. Documentary analysis of the various programs of the bachelor's degree in nursing...  
 Results: The study shows that content related to forensic nursing is not present in the curriculum of the bachelor's degree...  
 Conclusions: The authors suggest including topics in curricular units in the study plan of the bachelor's degree in nursing.

Keywords: forensic nursing education, nursing forensic sciences graduate.

Resumo: A enfermagem forense (EF) surge como uma nova área da enfermagem, que combina conhecimentos científicos e técnicos...  
 Objetivos: O objetivo deste estudo (para o curso de licenciatura em enfermagem) é identificar o conteúdo relacionado à EF...  
 Metodologia: Estudo qualitativo. Análise documental dos vários programas de licenciatura em enfermagem...  
 Resultados: O estudo mostra que o conteúdo relacionado à EF não está presente no currículo do curso de licenciatura em enfermagem...  
 Conclusões: Os autores sugerem incluir tópicos em unidades curriculares no plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem.

Palavras-chave: educação em enfermagem forense, licenciatura em enfermagem.



- Estudo 1** Concluiu-se que os enfermeiros do serviço de urgência detinham falta de informação no período pré-treino sobre mulheres que sofreram violência. Para atingir o nível de conhecimento desejado, foi proposto que as escolas de enfermagem devem incluir medicina forense nos currículos e que a enfermagem forense deve ser desenvolvida como área de especialidade. (Yildiz, T.; Selimen, D.; Dogan, D. (2014). In: The Journal of Family Violence)
- Estudo 2** Em termos conclusivos afirma-se que os estudantes não possuem informações suficientes no que respeita a assuntos de medicina forense e conceito de enfermagem, devendo existir cursos obrigatórios, incluindo assuntos básicos de medicina forense no ensino básico de enfermagem. Devem ser criados programas de educação e mestrado no âmbito da medicina forense para enfermeiros. (Kalayci, I.; Ozbek Yazici, S.; Kuppelic, A. (2014) In: Elsevier)
- Estudo 3** Os resultados deste estudo revelaram que os enfermeiros têm um conhecimento moderado sobre enfermagem forense, enfatizando que é necessária educação especializada em enfermagem forense. (Nazaroou, L. F.; Sabet, M. S.; Jafaraghaee, F.; Leyli, E. K.; Taromsani, M. R.; Jolly, A. (2017) In: Journal of Holistic Nursing and Midwifery)
- Estudo 4** Concluiu-se que o conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca da enfermagem forense era insuficiente, não sendo lecionados conteúdos nesta área. Deveriam criar mais cursos relacionados à enfermagem forense inerentes ao currículo de graduação em todas as universidades. O aumento de atividades científicas como congressos, seminários, e cursos são recomendados neste campo. (Toopu, E. T.; Kazan, E. E. (2018) In: Egyptian Journal of Forensic Sciences)
- Estudo 5** Os enfermeiros em início de carreira estavam confiantes e mantiveram atitudes positivas em relação às mulheres que sofreram Violência Doméstica. No entanto, a sua auto-eficácia no atendimento a esses pacientes poderia ser aprimorada por meio da educação continuada. (Gandhu, S.; Poreddi, V.; Reddy SS, N.; Palaniappan, M.; Bade Math, S. (2018) In: British Journal of Nursing)

- Estudo 6** As evidências encontradas **reforçam a necessidade de investimento na formação dos estudantes sobre a enfermagem forense prática**, principalmente no que se refere a aspetos que revelam défice de conhecimento, permitindo a adoção de boas práticas.  
Curha, M.; Libório, R.; Coelho, M. (2016) In: Elsevier
- Estudo 7** As **necessidades de treino percebidas pelos enfermeiros incluem: avaliação avançada da saúde, recolha de evidências e documentação, psiquiatria forense, violência de género, patologia forense, implicações legais no tratamento forense, teoria e prática em enfermagem forense.**  
Mageto, I. G.; Oroni, G.; Cabelas, N. B.; Jnyeggs, J. O. (2017) In: International Journal of Nursing Education
- Estudo 8** O pessoal com maior nível educacional e os enfermeiros têm mais sucesso nas práticas em casos forenses. **O pessoal da saúde possui abordagens que podem afetar negativamente o solução de casos forenses.**  
Alici, O.; Hazer, G.; Sercan, I. (2015) In: Elsevier
- Estudo 9** Foi revelado que o **curso de enfermagem forense** realizado pelos estudantes tem um **efeito positivo no reconhecimento de evidências**. Os resultados sugerem adicionar um **curso de enfermagem forense como um curso eletivo ou obrigatório para o currículo dos programas de enfermagem.**  
Dudena, D.; Dovernho, H.; Yilmaz, I. (2018) In: Elsevier
- Estudo 10** São lecionadas temáticas relacionadas com Enfermagem Forense, no entanto, **insuficientes para boas práticas**, aquando da assistência a vítimas de violência. Sugere-se a **inclusão de temáticas ou unidades curriculares** nos planos de estudos da licenciatura em enfermagem.  
Machado, B. P.; Batista de Araújo, L. M.; Figueiredo, M. C. B. (2019) In: Referência



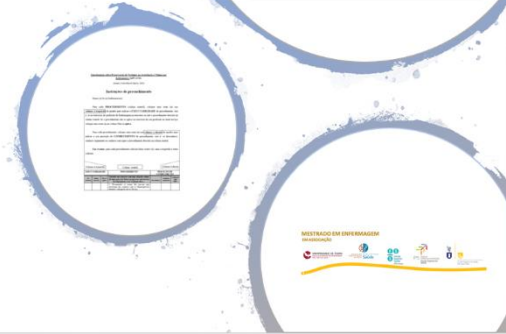
<p>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</p> <p>UNIVERSIDADE DE ECONOMIA</p> <p>UNIVERSIDADE DE SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse da enfermeira chefe, chefe de equipa e restante equipa de enfermagem;</li> <li>- Equipa multidisciplinar dinâmica, motivada e receptiva ao tema: Recolha e Preservação de Provas Forenses;</li> <li>- Ausência de normas de procedimentos/ protocolos específicos no âmbito da Recolha e Preservação de Provas forenses;</li> <li>- Ausência de formação na área da Recolha e Preservação de Provas Forenses quer em contexto académico quer profissional;</li> <li>- Melhoria na prestação de cuidados prestados às vítimas;</li> <li>- Ausência de custos do projeto;</li> <li>- Sustentação da prática baseada na evidência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de desmotivação e não adesão da equipa;</li> <li>- Sobrecarga horária;</li> <li>- Formação a realizar fora do horário laboral;</li> <li>- Inexistência de indicadores sobre registos de Recolha e Preservação de Provas Forenses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse na adequação e uniformização de cuidados no que respeita à recolha e preservação de provas forenses;</li> <li>- Melhoria da qualidade dos registos de recolha e preservação de provas forenses no SU;</li> <li>- Possibilidade de identificação de casos de origem forense, recolha de provas e posterior notificação às entidades competentes;</li> <li>- Rigor e uniformização de procedimentos baseados em evidência;</li> <li>- Novos desafios na formação no âmbito dos cuidados de enfermagem à escala nacional e global;</li> <li>- Sedimentação/ aquisição de conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas;</li> <li>- Limitação de recursos materiais disponíveis.</li> <li>- Limitação de recursos humanos disponíveis.</li> </ul>	
	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">S</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 5px;">STRENGTHS</p>	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">W</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 5px;">WEAKNESSES</p>	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">O</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 5px;">OPPORTUNITIES</p>	<p style="font-size: 48px; font-weight: bold;">T</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 5px;">THREATS</p>	
	Análise SWOT				

- Aplicação do Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)



- Categorias:
  - “Gestão de vestígios” 20 procedimentos;
  - “Agressão sexual” 9 procedimentos;
  - “Lesões” 6 procedimentos;
  - “Arma branca” 8 procedimentos;
  - “Arma de fogo” 14 procedimentos;
  - “Acidentes de viação” 7 procedimentos;
  - “Intoxicações” 9 procedimentos;
  - “Asfixias” 13 procedimentos.

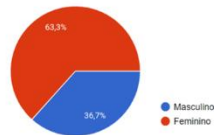
(Gomes, 2016)



Dados sociodemográficos/académicos/profissionais

Amostra: 30 enfermeiros

1. Sexo

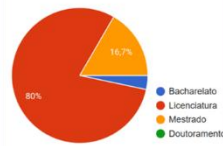


2. Idade

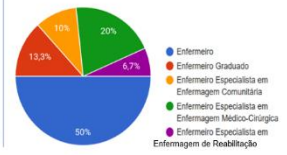
Idade (anos)	20 - 30	31 - 40	41 - 50	> 50
Nº de enfermeiros	2	18	8	2

Nota: Dados recolhidos através da aplicação do Questionário sobre Recolha e Preservação de Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

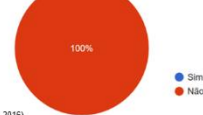
3. Habilitações Académicas



4. Categoria Profissional



3.a) Possui algum tipo de formação académica em Medicina legal e/ou Ciências Forenses?



Dados sociodemográficos/académicos/profissionais

5. Tempo de exercício da profissão em Enfermagem (Anos)

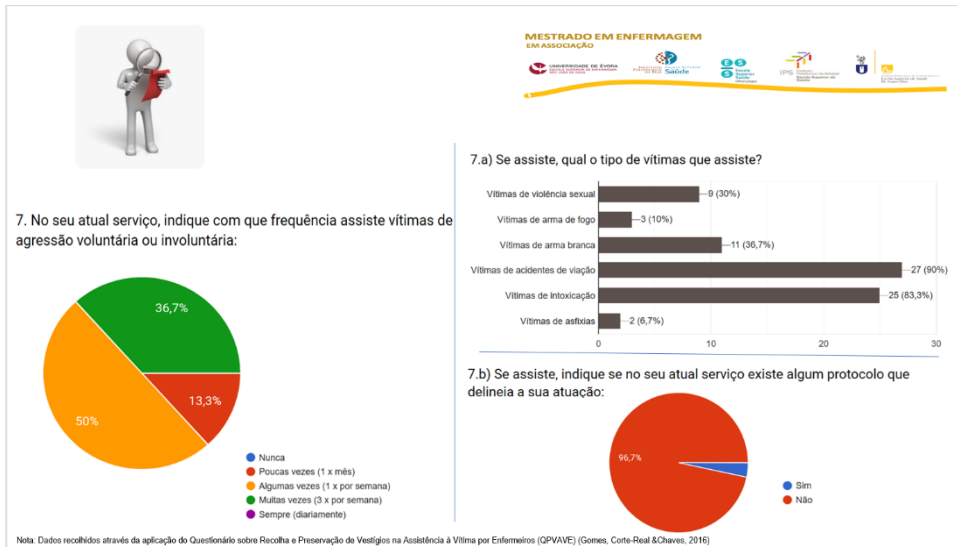
Tempo de exercício (anos)	5-10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	> 26
Nº de enfermeiros	15	5	-	7	3

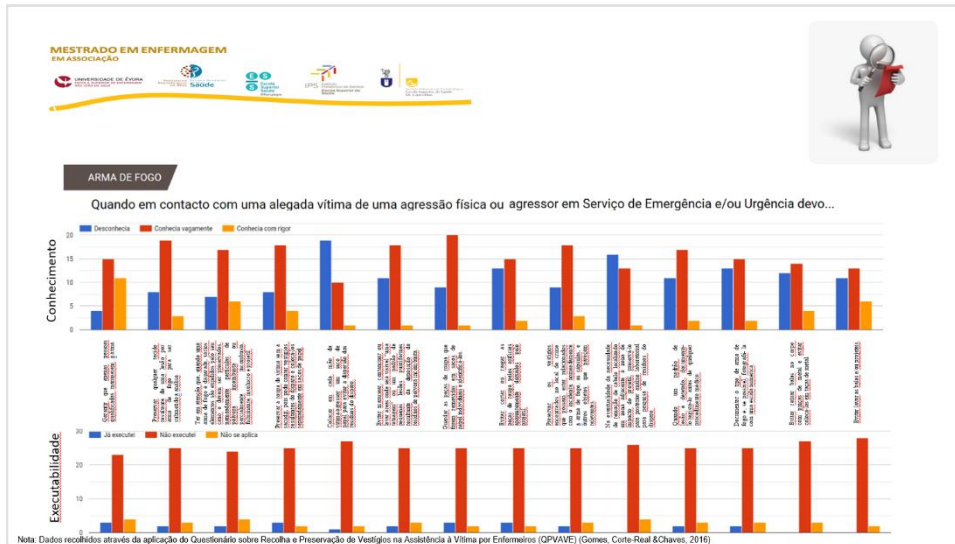
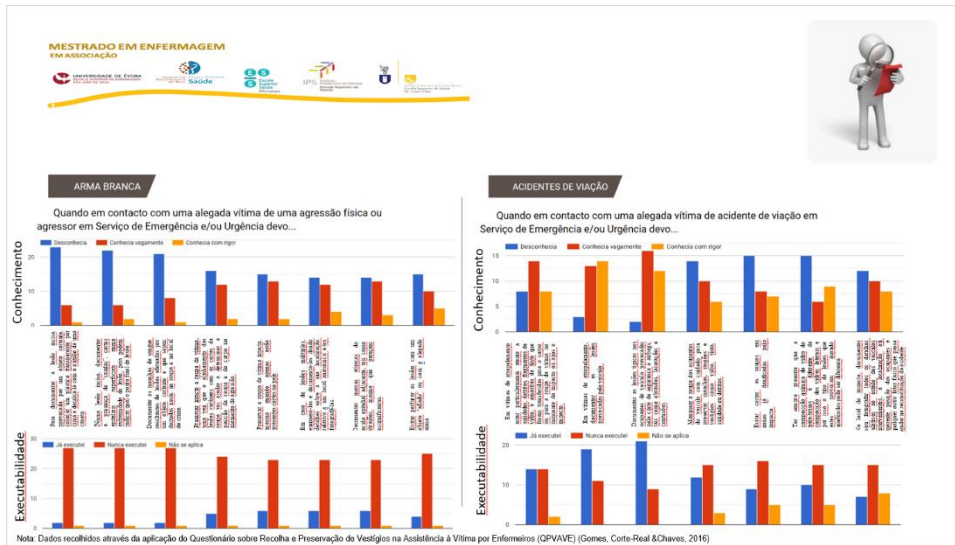


6. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (Anos)

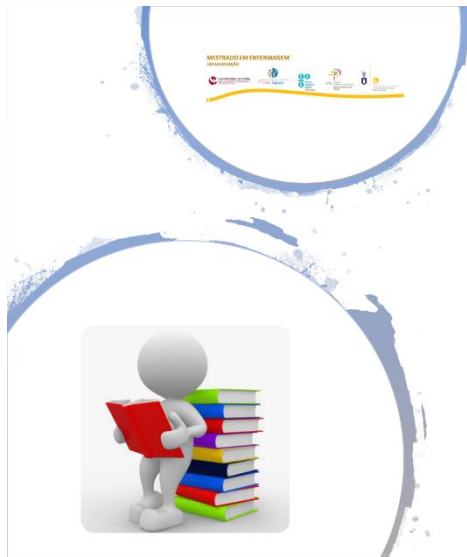
Tempo de exercício no SU/Emergência (anos)	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	> 20
Nº de enfermeiros	14	7	4	3	2

Nota: Dados recolhidos através da aplicação do Questionário sobre Recolha e Preservação de Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)









• **Enfermagem Forense** – “A Enfermagem Forense (EF) combina os conceitos e os princípios tradicionais das Ciências Forenses (CF) e da Enfermagem na investigação clínica e na recolha de evidências biomédicas.”

(Araújo, 2018: 67)

“Segundo a International Association of Forensic Nurses (IAFN) (2015), a EF é a prática global da Enfermagem, quando os cuidados de saúde intercedem o sistema legal. Combina os aspetos forenses inerentes aos cuidados de saúde com a investigação científica, o tratamento e a análise de alegados casos criminais ou outros ligados ao Sistema de Justiça.”

(Araújo, 2016: 97)

• **Vestígios** – “(...) qualquer coisa que possa ser presente em tribunal, para acusar ou inocentar uma pessoa. Os vestígios podem incluir: testemunho oral, documentação escrita, desenhos e fotografias, objetos físicos, depoimentos, o corpo da vítima (vivo ou morto), pastilha elástica, roupa, ervas, detritos, lixo dos rastros dos sapatos, piercings, cabelo, unhas, balas, etc.”

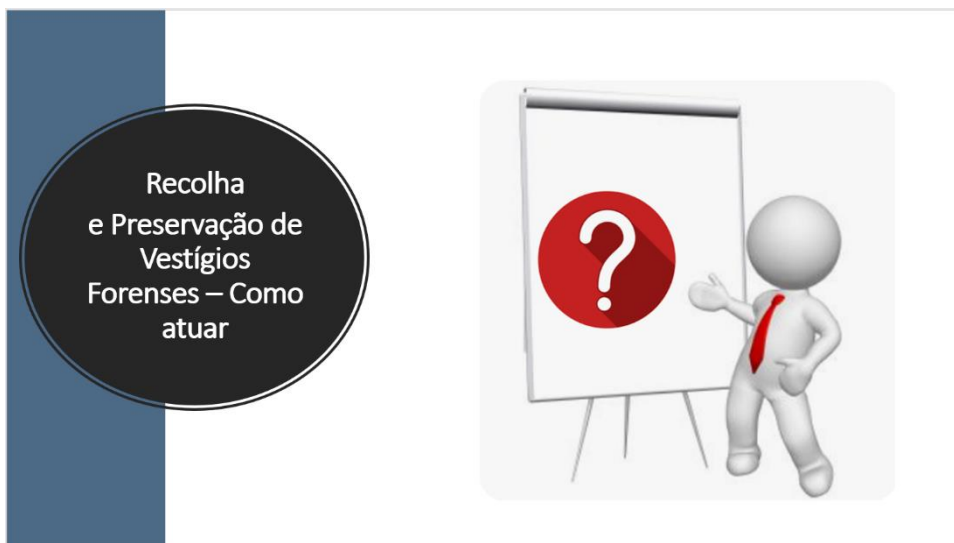
(Gomes, 2014: 125)

• **Cadeia de Custódia da Prova** – “A cadeia de custódia da prova é um procedimento para a validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, e tem como objetivo uma constante vigilância dos vestígios de forma que permaneçam inalterados.”

(Gomes, 2014:125)

“A cadeia de custódia da prova inicia-se com a pessoa que recolhe os vestígios e termina com a pessoa que protege e entrega os vestígios à autoridade.”

(Gomes, 2014:125)





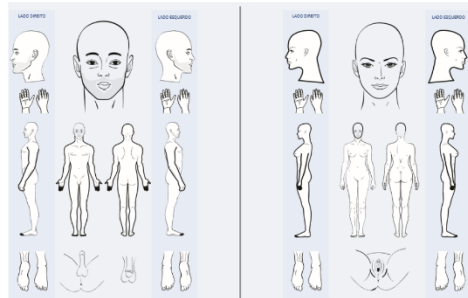


Aspetos a ter em conta na chegada da vítima ao Serviço de Urgência:

### Exame Físico

- Garantir a presença de dois profissionais de saúde;
- Verificar todo o material e equipamento necessário;
- Garantir a privacidade da vítima;
- Recolher vestígios e amostras;
- Realizar foto documentação;
- Proceder ao registo detalhado das evidências.
- O Exame físico deve ser realizado de forma sequencial, da cabeça aos pés.

(DGS, 2016)



Legenda: Diagrama Corporal DGS (2016:167)



### Preservação da roupa



Cada peça, incluindo os sapatos, deverá ser cuidadosamente guardada em sacos de papel limpos individuais, evitando a contaminação cruzada. (Lynch & Duval, 2011)

Colocar no chão um papel descartável/lençol branco e, por cima deste, outro papel descartável ou lençol (1º - prevenir a contaminação; 2º - recolher vestígios.)

Não sacudir as peças de roupa.

Peças molhadas ou húmidas devem ser colocadas a secar antes de serem embaladas.

Identificar as peças colocadas cada uma em saco individual.

Caso seja necessário cortar a roupa, preservar os cortes/rasgos provocados por agressão, na roupa da vítima.

(DGS, 2016)



### Preservação de vestígios biológicos para estudos de ADN



(Tempo médio aceitável entre contacto sexual e exame físico)

- 6 a 8 horas na cavidade oral
- 24 horas na região anorretal
- 72 horas na cavidade vaginal
- Até às 120h (5 dias) e até aos 14 dias, dependendo das circunstâncias do caso concreto (ex. no caso de vítima acamada em virtude de idade ou doença)

(DGS, 2016: 169)

Nota: As Zaragatoas realizadas, assim como os absorventes de higiene pessoal recolhidos só devem ser armazenados, depois de secos. (DGS, 2016)

Se possível, informar a vítima de comportamentos a evitar até realização do exame físico:

- Tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo mãos e boca
- Lavar os dentes
- Limpar ou cortar as unhas das mãos
- Pentear-se
- Mudar de roupa ou lavar a roupa que usava no momento da agressão
- Urinar ou defecar, sendo que, caso seja imperioso, o deverá fazer para um contentor limpo, com tampa
- Comer, beber, mascar ou fumar
- Alterar circunstâncias na zona de ocorrência do crime, incluindo esvaziar baldes do lixo ou puxar autoclismo

(DGS, 2016: 169)



### Zaragatoas da superfície corporal

Deverão ser realizadas antes de qualquer contato com a superfície corporal da vítima;

A 1ª zaragatoa a ser feita deverá ser sempre humedecida com água estéril, a segunda (caso seja feita) deverá ser seca (identificar qual a humedecida e qual a seca);

No caso de mordeduras, a recolha deve ser feita na área da impressão do arco dentário, por dentro, no meio e no perímetro por fora.

Em caso de luta ou se for observado material estranho ou manchas nas mãos ou espaços subungueais, deverá realizar-se uma zaragatoa subungueal em cada mão (passar na região subungueal de cada dedo). Se houver quebra de unha durante a agressão, esta deve ser cortada e acondicionada).

Em caso de cadáver, proteger as mãos com sacos de papel.

(DGS, 2016)

Evitar a transferência de material biológico durante o exame!!! (EP's e mudar de luvas a cada passo)



### Recolha de vestígios no cabelo /pelos púbicos

Após devida permissão, cortar madeixa de cabelo/pelo púbico que se encontre emaranhado, empastado ou manchado (suspeita de presença de fluidos) para envelope de papel.

Pentear suavemente o cabelo/pelos púbicos com pente descartável, com movimentos descendentes para envelope de papel.

(DGS, 2016)

### Recolha de outro material estranho (terra, vidro, bala, cabelos)

Secar cada amostra colhida (sem lavar), acondicionar as amostras colhidas em embalagens próprias, rubricar e colocar juntamente com o formulário da Cadeia de Custódia.

(DGS, 2016)



### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...

... asfixia:



- Deve-se tirar uma fotografia ou desenhar as características e documentar o lado onde o nó se encontra.
- Nunca desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó.
- Se o examinado estiver morto, não se deve retirar o nó. Se estiver vivo e a necessidade de remover o nó for premente, deve realizar-se o corte cerca de 15 cm do nó.

(Gomes, 2016)

... agressão:



- Todos os padrões de lesão devem ser identificados e descritos minuciosamente.

(DGS, 2016)



### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...



#### ... arma de fogo

- Preservar elementos expelidos pelo cano da arma de fogo (partículas de pólvora incombusta, invólucro, projétil).
- Preservar a roupa da vítima sem sacudir para preservar os vestígios nela contidos.
- Evitar contaminar ou lavar áreas com “tatuagem”.
- Evitar cortar ou rasgar peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.
- Documentar o tipo de arma de fogo (se possível fotografar em escala numérica).
- Evitar retirar balas do corpo com pinças de metal e colocá-las em taças de metal.

(Gomes, 2014)

#### ... arma branca

- Se a faca ainda estiver empalada no corpo, proteger o cabo com saco de papel e fixar a faca de modo a não sair.
- Numa lesão incisa, documentar a presença de “ caudas” e cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão.
- Preservar intacta a roupa da vítima (sempre que possível) de modo a ser possível determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.

(Gomes, 2014)



### Aspetos a ter em consideração na recolha de vestígios forenses em vítimas de...



#### ... acidentes de viação:

- Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.

(Gomes, 2016)

#### ... intoxicação:



- Preservar os vestígios eméticos.
- Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde foi administrado o fármaco, para posterior diferenciação, com a punção onde foi administrada a substância tóxica ou drogas de abuso.
- Antes de administrar qualquer fármaco, realizar sempre que possível, colheita de sangue para análise.
- Recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais.

(Gomes, 2016)



### Fotodocumentação

#### Requisitos Básicos



<b>EXATIDÃO</b>	Espelhar a realidade sem preocupação estética, mesmo que a realidade seja chocante.
<b>NITIDEZ</b>	Garantir a clareza dos detalhes da fotografia, mantendo a câmara o mais estável possível.
<b>FOCAGEM CORRETA</b>	Posicionar a área a fotografar no centro do visor, que normalmente é aquela que corresponde ao ponto de focagem para o qual a câmara se encontra parametrizada.
<b>EXPOSIÇÃO ADEQUADA</b>	Realçar em termos de luz e contraste a área a fotografar relativamente ao fundo, garantindo que não fica nem muito escura (subexposta) nem muito clara (sobre-exposta).
<b>UTILIZAÇÃO DE LUZ NATURAL</b>	Sempre que possível.
<b>USO DE TESTEMUNHO MÉTRICO</b>	Usar objetos – régua, moedas ou outro objeto do qual inequivocamente se conheça o tamanho – como escalas de tamanho de lesões. <ul style="list-style-type: none"> <li>• A escala tem de conter um elemento de referência do caso, o qual deve estar dentro do enquadramento da fotografia.</li> <li>• A escala tem de ser colocada no mesmo plano da evidência (ponto de focagem) para permitir a leitura da escala e precisão da medida.</li> <li>• Devem ser tiradas duas fotografias a todas as áreas de interesse, uma com testemunho métrico e outra sem, para garantir que o testemunho não esconde nenhum aspeto importante.</li> </ul>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Identificar as fotos apenas com o n.º do episódio/contato, sem outra identificação.

(UGS, 2016: 172-173)



**Apoio Emocional e encaminhamento**

Encaminhamento para profissionais e entidades competentes. (DGS, 2016)



- Apoio Psicológico;
- Sinalizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- Sinalizar ao Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco (NHACJR);
- Contatar Forças de Segurança (GNR,/PSP);
- Contatar linha de emergência social 144;
- ...

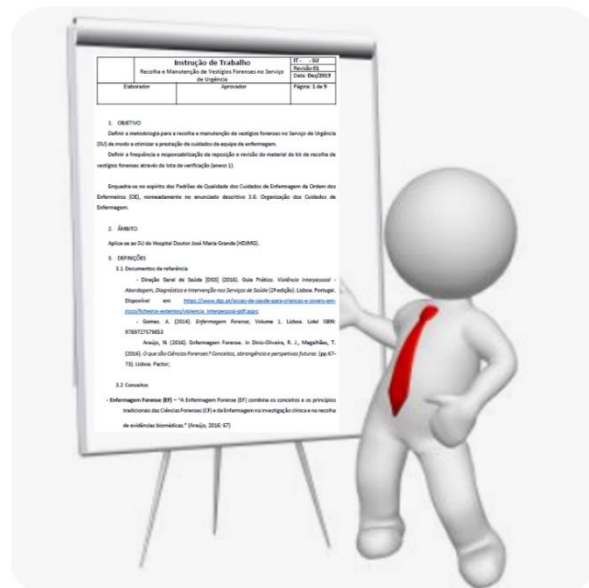
EPVA
Equipa de Prevenção de Violência no Adulto
Enf.º Luis Rodrigues (Serviço de Urgência)
Dr. Augusto Mendonça, Médico Internista
Dra. Lucilla Camoesas, TSS (Serviço de Urgência)
Dra. Ana Sofia Miguéns, Jurista

NHACJR
Núcleo de Apoio Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco
Enf.º Luis Rodrigues (Serviço de Urgência)
Dra. Felismina Calhau, Médica Pediatra
Dra. Ana Sofia Miguéns, Jurista
Enf. º Cristina Cardinho (Serviço de Pediatria)

Apresentação da Instrução de Trabalho e do Kit de Recolha de Vestígios Forenses



Instrução de Trabalho





MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Lista de Verificação do kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

Código/ Referência	Designação	Quantidade	Verificação dos Prazos de Validade					
			Data: Prazo de Validade	Data: Prazo de Validade	Data: Prazo de Validade	Data: Prazo de Validade	Data: Prazo de Validade	Data: Prazo de Validade
	Compressa gaze hidrófila esteril 7,5 x 7,5 cm							
	Compressa gaze hidrófila esteril 10 x 10 cm							
	Compressa gaze hidrófila esteril 20 x 15 cm							
	Frasco de colheita asséptica 120 ml							
	Água destilada (ampolas de 10 ml)							
	Tesoura esterilizada							
	Zaragatoa seca esteril							
	Pinça esterilizada							
	Régua de papel descartável							
	Saco de papel							
	Papel A4 branco - Multiuso							
	Etiqueta de papel autocolante branca							
	Envelope sem janela com fita silicone C4 (229 x 324 mm)							
	Envelope sem janela com fita silicone C5 (162x 229 mm)							
	Envelope sem janela com fita silicone DL (110 x 220)							
	Elastico							
	Caneta de acetato							
	Cartão de identificação de cadáver							
	Saco para transporte de cadáver com fecho							
	Pente tamanho médio (15 cm)							
	Máquina Fotográfica digital (se disponível)							
	Luvax esterilizadas 6,5							
	Luvax esterilizadas 7							
	Luvax esterilizadas 8							
	Máscara de proteção individual							
	Lâmina esterilizada							
	Avental descartável							
	Touca descartável							
	Lempol branco							





MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



M.A.S.D. do sexo masculino, caucasiano, de 67 anos de idade, deu entrada no SU do HDJMG trazido pelo vizinho, após o ter sido encontrado pelo mesmo, caído no chão do pátio da sua casa, ensanguentado, devido a agressão por um grupo de assaltantes encapuzados. Segundo o testemunho do vizinho, ao ouvir gritos correu ao local tendo-se deparado com o cenário descrito. A vítima, à chegada ao SU encontra-se consciente, aparentemente orientado, ansioso, com queixas algícas generalizadas.

Anamnese: A vítima refere ter sido abordado em sua casa por um grupo de indivíduos encapuzados que tentaram entrar na sua residência utilizando força física. Perante esta situação, havia resistido e tentado pedir auxílio, momento em que começou a ser agredido com violência pelos três elementos. Durante a agressão havia caído para o chão e quando se tentou levantar um deles continuou a agressão com uma arma branca que acabou por introduzir na sua perna esquerda. Após este facto conseguiu gritar novamente por auxílio, tendo o vizinho ido ao seu encontro. Os assaltantes acabaram por iniciar a fuga, com sucesso.

Exame físico:

Sinais vitais: FC: 115 bpm  
Temp. axilar: 36,9º C  
TA: 98/40 mmHg  
SaO2 – 98%  
FR: 29 ciclos por minuto  
BM teste: 98 mg/dl

Refere dor generalizada. Com hemorragia ativa ao nível da coxa esquerda.

Pele: Hematoma na região parietal direita e grelha costal à esquerda, equimoses na região orbital esquerda, antebraço direito e 1/3 inferior do MIE, escoriações em ambos os antebraços e dorso da mão direita. Com lesão penetrante ao nível da região anterior da coxa esquerda.



Caso 1

Grelha de Avaliação	V	F
É importante aplicar medidas de segurança para o doente		
É fundamental recorrer a equipamento de proteção individual		
As intervenções devem ser priorizadas		
Cada elemento da equipa deve atuar de acordo com o que lhe parecer mais oportuno, tendo em conta a sua localização, não seguindo um plano de prioridades		
Não recolher qualquer vestígio sem ter assinado o preenchimento do Consentimento declarado de forma livre e esclarecida		
Dada a situação, deve-se agir de imediato e só depois pedir o consentimento declarado de forma livre e esclarecida para as ações realizadas		
Deve sempre colocar-se um lençol branco debaixo da vítima para colheita de vestígios, ou sobre o chão quando esta tiver autonomia para retirar a roupa		
As peças de roupa rasgadas, devem ser colocadas no lixo, na medida em que estão inutilizadas		
As peças de roupa devem ser preservadas		
É indiferente o local onde se efetua o corte na roupa caso seja necessário		
A roupa da vítima deve ser preservada intacta no local do corte para posteriormente ser possível determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão		
Caso as peças de roupa estejam ensanguentadas ou com qualquer tipo de secreções corporais devem ser colocadas no lixo (saco branco) para proteção dos profissionais		
Embalar roupas e objetos pessoais de forma correta		
Todos os objetos recolhidos devem ser colocados juntos de modo a gerir os recursos materiais e garantir que não se perdem		
As lesões devem ser documentadas de forma detalhada		
Deve-se documentar os padrões das lesões: contusão, abrasão, lesão sangrante...		
Deve-se documentar localização das lesões		
Deve-se, caso seja possível, fotodocumentar os achados (fotografar com e sem escala)		
A documentação das lesões e sua localização não é prioridade, podendo ser realizada durante o internamento		
Deve realizar-se colheita de sangue para análise logo que possível		
Não se deve falar, espirrar ou tossir sobre as amostras		
Deve-se trocar de luvas a cada procedimento		
Caso existam, devem-se recolher vestígios presentes nos cabelos/pelos		
Devem embalar-se os vestígios separadamente		
O papel/lençol de captação deve ser acondicionado em saco próprio com devida identificação		
Deve-se imobilizar de imediato o objeto penetrante, preservando em simultâneo, eventuais impressões digitais		
É fundamental que todos os vestígios recolhidos estejam identificados corretamente		

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Caso 1

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



A.E.G.M. do sexo feminino, caucasiana, de 22 anos de idade, deu entrada no SU do HDJMG de forma autónoma, cerca das 6h. À chegada, consciente, aparentemente orientada, bastante ansiosa, com períodos de choro compulsivo.

Anamnese: Na noite anterior havia saído para jantar com as amigas. Após o jantar, ela e as amigas foram para o bar X em Portalegre, onde permaneceram até ter noção clara dos factos. Segundo a própria, consumiram bebidas alcoólicas e dançaram durante a permanência no local. Nega consumo de drogas ilícitas.

A.E.G.M. refere não possuir memória de qualquer facto, para além do relatado, até despertar na manhã do presente dia numa zona da periferia da cidade, com peças de roupa rasgadas, as calças desabotoadas, com diversas feridas no corpo, visão turva, sonolenta, com cefaleia intensa e dor generalizada a nível de todo o corpo. Refere especificamente desconforto na região inguinal.

**Exame físico:**  
Sinais vitais: FC: 130 bpm  
Temp. axilar: 35,8 °C  
TA: 148/68 mmHg  
FR: 26 ciclos por minuto  
SaO2: 99%  
BM teste: 110 mg/dl

Apresenta diaforese, tremores e atitude defensiva ao toque do profissional, aquando a tentativa de realização de exame físico.

Pele: equimoses no rosto (região frontal e região mandibular), ao nível da mama direita, escoriações em ambos os antebraços e dorso das mãos. Ferida sangrante no Joelho direito. Marca de mordedura na região antero lateral direita do pescoço.



Caso 2

Checklist de Banca Prática	✓	✗
Aplica medidas de segurança para o doente		
Assegura a privacidade do doente		
Utiliza equipamento de proteção individual		
Prioriza as intervenções de forma efetiva		
Aplica as intervenções de forma efetiva		
Solicita p preenchimento do Consentimento declarado de forma livre e esclarecida		
Realiza a inspeção inicial		
Utiliza lençol branco para colheita de vestígios		
Despe a vítima sobre lençol branco		
Preserva as peças de roupa e assinala vestígios		
Embala roupas e objetos pessoais de forma correta		
Documenta equimoses pela cor, forma e tamanho		
Documenta os padrões das lesões: contusão, abrasão, lesão sangrante...		
Documenta localização das lesões		
Fotodocumenta os achados (fotografa com escala)		
Fotodocumenta os achados (fotografa sem escala)		
Realiza colheita de sangue para análise		
Não fala, espirra ou tosse sobre as amostras		
Troca de luvas a cada procedimento		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (oral)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (anorretal)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (vaginal)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (sinais de mordedura)		
Seca as zaragatoas		
Recolhe vestígios de cabelos/pelos		
Embala vestígios separadamente		
Embala papel/lençol de captação		
Identifica todos os vestígios recolhidos corretamente		



Caso 2

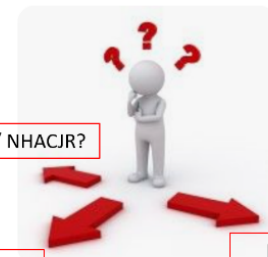


- Recolha de vestígios forenses
- Identificação de vestígios forenses
- Registos realizados
- Documentação preenchida
- Acondicionamento correto



E agora?... Qual o seguimento a dar...?

Fica a dúvida como sugestão de um trabalho complementar.



EPVA/ NHACJR?

Instituto de Medicina Legal?

Forças de Segurança?



**Mestrado em Enfermagem em Associação**



## Bibliografia

- Araújo, N. (2016). Enfermagem Forense. In Dinis-Oliveira, R. J., Magalhães, T. (2016). *O que são Ciências Forenses? Conceitos, abrangência e perspetivas futuras*. [pp.67-73]. Lisboa, Pactor;
- Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes (2017). *Relatório de Atividades – 2017*. Disponível em [https://cpvc.mj.pt/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio\\_CPVC-2017.pdf](https://cpvc.mj.pt/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio_CPVC-2017.pdf);
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2016). *Guia Prático. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa, Portugal. Disponível em [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia\\_interpessoal-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx);
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, Volume 1. Lisboa. Lidel ISBN: 9789727579853;
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, Volume 2. Lisboa. Lidel. ISBN: 9789897520600;
- Gomes, C. I. D. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência* (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em <https://estudogeral.sib.ucp.pt/handle/10316/36819>;
- Instituto Nacional de Estatística. (Dados de 2018). *Taxa de criminalidade (%) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=pi&selTab=tab0);
- Instituto Nacional de Estatística. (Dados de 2018). *Taxa de criminalidade (%) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_principindic](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_principindic);
- Lynch, V. A. & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science*. (2.ª edição). St. Louis: Elsevier Mosby;
- McGillivray, B. (2005). *The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature*. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 95-100;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série – N.º 135. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;

Apêndice 13 - Plano de Sessão do Momento Formativo

## Plano de Sessão de Formação

<b>Ação de Formação</b>	<b>Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência</b>	
<b>Serviço</b>	Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre	
<b>Data</b>	16/12/2019	
<b>Hora de início</b>	14 horas	
<b>Duração da sessão</b>	90 minutos.	
<b>Publico alvo/ Destinatários</b>	Enfermeiros, Médicos, Equipa da VMER e Assistentes Operacionais	
<b>Local de realização</b>	Sala de conferência do serviço de Psiquiatria	
<b>Formador</b>	Cláudia Isabel Velez Janeiro (sob orientação do orientador)	
<b>A ação de formação estava contemplada em plano de formação do serviço</b>	Não.	Justificação: Formação realizada no âmbito do Trabalho Projeto em Unidade Curricular de Estágio Final, inerente ao III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.
<b>Objetivos Gerais</b>	- Otimizar a prestação de cuidados da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses	
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o âmbito e o contexto do projeto de intervenção pessoal;</li> <li>- Justificar a aplicação do projeto ao contexto clínico;</li> <li>- Apresentar os resultados da aplicação das ferramentas de diagnóstico aplicas (análise <i>SWOT</i> e Questionário);</li> <li>- Capacitar a equipa de enfermagem do SU do HDJMG de conhecimentos baseados em evidência científica, relativamente à recolha e preservação de vestígios forenses;</li> <li>- Introduzir uma abordagem padronizada e estruturada no que respeita à recolha e preservação de vestígios forenses no serviço de urgência;</li> <li>- Melhorar os cuidados de enfermagem prestados às vítimas em casos de natureza forense;</li> </ul>	
<b>Metodologia</b>	Método Expositivo/Interrogativo/ Ativo	
<b>Meios Auxiliares de Ensino</b>	Computador/ Multimédia Manequim	
<b>Conteúdos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âmbito e Contexto</li> <li>- Justificação da Problemática</li> <li>- Diagnóstico da Situação</li> <li>- Objetivos</li> <li>- Conceitos</li> <li>- Recolha e Preservação de vestígios Forenses – Como atuar</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da Instrução de Trabalho e do Kit de Recolha/manutenção de Vestígios Forenses</li> <li>- Prática Simulada</li> <li>- Bibliografia</li> <li>- Avaliação dos conteúdos da Formação e do Formador</li> </ul>
<b>Programação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Âmbito e Contexto</li> <li>- Justificação da Problemática</li> <li>- Diagnóstico da Situação</li> <li>- Objetivos</li> <li>- Conceitos</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} 15 min.</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha e Preservação de Vestígios Forenses</li> <li style="padding-left: 20px;">– Como atuar</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} 15 min.</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da Instrução de Trabalho e do Kit de Recolha/manutenção de Vestígios Forenses</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} 10 min.</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prática Simulada</li> <li>- Bibliografia</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} 45 min.</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos conteúdos da Formação e do Formador</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} 5 min.</div>
<b>Realização de prática simulada</b>	- Apresentação de casos clínicos e discussão dos mesmos
<b>Avaliação da sessão de formação e do formador</b>	Questionário.
<b>Avaliação do Projeto</b>	Realização de prática simulada com discussão de casos clínicos.

Apêndice 14 - Documento informativo acerca do Tema, Data e Hora da Sessão Formativa

# Formação: Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência



**Data:** 16 de dezembro

**Hora:** 14 horas

**Duração:** 90 minutos

**Formador:** Cláudia Janeiro (sob orientação da Enf.<sup>a</sup> Liliana Ricardo)

**Destinatários:** Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência e  
Equipa da VMER

**Local:** Sala de Conferência do Serviço de Psiquiatria

Apêndice 15 - Grelha de Avaliação de casos clínicos em contexto de prática simulada

Grelha de Avaliação	V	F
É importante aplicar medidas de segurança para o doente		
É fundamental recorrer a equipamento de proteção individual		
As intervenções devem ser priorizadas		
Cada elemento da equipa deve atuar de acordo com o que lhe parecer mais oportuno, tendo em conta a sua localização, não seguindo um plano de prioridades		
Não recolher qualquer vestígio sem ter assinado o preenchimento do Consentimento declarado de forma livre e esclarecida		
Dada a situação, deve-se agir de imediato e só depois pedir o consentimento declarado de forma livre e esclarecida para as ações realizadas		
Deve sempre colocar-se um lençol branco debaixo da vítima para colheita de vestígios, ou sobre o chão quando esta tiver autonomia para retirar a roupa		
As peças de roupa rasgadas, devem ser colocadas no lixo, na medida em que estão inutilizadas		
As peças de roupa devem ser preservadas		
É indiferente o local onde se efetua o corte na roupa caso seja necessário		
A roupa da vítima deve ser preservada intacta no local do corte para posteriormente ser possível determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão		
Caso as peças de roupa estejam ensanguentadas ou com qualquer tipo de secreções corporais devem ser colocadas no lixo (saco branco) para proteção dos profissionais		
Embalar roupas e objetos pessoais de forma correta		
Todos os objetos recolhidos devem ser colocados juntos de modo a gerir os recursos materiais e garantir que não se perdem		
As lesões devem ser documentadas de forma detalhada		
Deve-se documentar os padrões das lesões: contusão, abrasão, lesão sangrante...		
Deve-se documentar localização das lesões		
Deve-se, caso seja possível, fotodocumentar os achados (fotografar com e sem escala)		
A documentação das lesões e sua localização não é prioridade, podendo ser realizada durante o internamento		
Deve realizar-se colheita de sangue para análise logo que possível		
Não se deve falar, espirrar ou tossir sobre as amostras		
Deve-se trocar de luvas a cada procedimento		
Caso existam, devem-se recolher vestígios presentes nos cabelos/pelos		
Devem embalar-se os vestígios separadamente		
O papel/lençol de captação deve ser acondicionado em saco próprio com devida identificação		
Deve-se imobilizar de imediato o objeto penetrante, preservando em simultâneo, eventuais impressões digitais		
É fundamental que todos os vestígios recolhidos estejam identificados corretamente		

Apêndice 16 - *Checklist* para avaliação de desempenho na banca prática

## Checklist de Banca Prática



Aplica medidas de segurança para o doente		
Assegura a privacidade do doente		
Utiliza equipamento de proteção individual		
Prioriza as intervenções de forma efetiva		
Aplica as intervenções de forma efetiva		
Solicita p preenchimento do Consentimento declarado de forma livre e esclarecida		
Realiza a inspeção inicial		
Utiliza lençol branco para colheita de vestígios		
Despe a vítima sobre lençol branco		
Preserva as peças de roupa e assinala vestígios		
Embala roupas e objetos pessoais de forma correta		
Documenta equimoses pela cor, forma e tamanho		
Documenta os padrões das lesões: contusão, abrasão, lesão sangrante...		
Documenta localização das lesões		
Fotodocumenta os achados (fotografa com escala)		
Fotodocumenta os achados (fotografa sem escala)		
Realiza colheita de sangue para análise		
Não fala, espirra ou tosse sobre as amostras		
Troca de luvas a cada procedimento		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (oral)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (anorretal)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (vaginal)		
Efetua 1 ou 2 zaragatoas (sígnais de mordedura)		
Seca as zaragatoas		
Recolhe vestígios de cabelos/pelos		
Embala vestígios separadamente		
Embala papel/lençol de captação		
Identifica todos os vestígios recolhidos corretamente		

Apêndice 17 - Lista de Verificação do KIT de RPVF

Lista de Verificação do kit “Material de Recolha/ Manutenção de Vestígios Forenses”

Código/ Referência	Designação	Quantidade	Verificação dos Prazos de Validade								
			Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /			
	Compressa gaze hidrófila estéril 7,5 x 7,5 cm										
	Compressa gaze hidrófila estéril 10 x 10 cm										
	Compressa gaze hidrófila estéril 20 x 15 cm										
	Frasco de colheita asséptica 120 ml										
	Água destilada (ampolas de 10 ml)										
	Tesoura esterilizada										
	Zaragatoa seca estéril										
	Pinça esterilizada										
	Régua de papel descartável										
	Saco de papel										
	Papel A4 branco - Multiuso										
	Etiqueta de papel autocolante branca										
	Envelope sem janela com fita silicone C4 (229 x 324 mm)										
	Envelope sem janela com fita silicone C5 (162x 229 mm)										
	Envelope sem janela com fita silicone DL (110 x 220)										
	Elastico										
	Caneta de acetato										
	Cartão de identificação de cadáver										
	Saco para transporte de cadáver com fecho										
	Pente tamanho médio (15 cm)										
	Máquina Fotográfica digital (se disponível)										
	Luvas esterilizadas 6,5										
	Luvas esterilizadas 7										
	Luvas esterilizadas 8										
	Máscara de proteção individual										
	Lâmina esterilizada										
	Avental descartável										
	Touca descartável										
	Lençol branco										

Apêndice 18 - Questionário para Avaliação da Sessão de Formação e do Formador

### Questionário de avaliação da sessão de formação e do formador

**Ação de formação:** Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência

**Data:** 16/12/2019

**Hora:** 14 horas

**Formador:** Cláudia Janeiro (aluna do III curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica).

Agradece-se desde já a sua colaboração no preenchimento do questionário. A sua opinião é importante para que possamos melhorar.

O questionário é **anónimo**, pelo que pedimos que não coloque a sua identificação em lado algum.

Selecione com um X o que lhe parece mais oportuno, utilizando a escala de: Discordo totalmente, Concordo, Concordo totalmente, Sem opinião.

Utilize o espaço “Sugestões” para informações complementares.

#### Avaliação da sessão de Formação

	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Sem opinião
Os objetivos da sessão foram cumpridos?				
Considera os conteúdos apresentados importantes?				
Considera que adquiriu novos conhecimentos sobre a Recolha e Preservação de Vestígios Forenses?				
Considera que os conhecimentos que adquiriu são importantes para a sua prática profissional?				
Considera que os conhecimentos que adquiriu lhe permitirão prestar melhores cuidados às vítimas de violência?				
Considera que a documentação de suporte utilizada foi pertinente?				
Considera que a metodologia foi adequada?				
Considera que a duração da sessão foi adequada?				

#### A Avaliação do Formador

	Discordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente	Sem opinião
Considera que o formador desenvolveu o tema com clareza?				
Considera que a linguagem utilizada foi acessível?				
Considera que o formador conseguiu motivar a equipa?				
Considera que o método utilizado potenciou a participação ativa?				
Considera que o formador estabeleceu um bom relacionamento com o grupo?				

Sugestões:

---

---

Apêndice 19 - Objetivos de Estágio (Estágio Final)



Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio  
Docente: Prof. Dr.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques

**ESTÁGIO DE ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**  
Estágio Final – Objetivos de estágio

Autor:

Cláudia Janeiro nº 10400

**Setembro  
2019**

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio  
Docente: Prof Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA

Estágio Final – Objetivos de Estágio

Autor:

Cláudia Janeiro nº 10400

Setembro  
2019

#### **ABREVIATURAS**

APA - American Psychological Association

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

HDJMG - Hospital Doutor José Maria Grande

HES – Hospital do Espírito Santo

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS</b> .....	<b>7</b>
1.1 – HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO [ULSNA], ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL [E.P.E.] - SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	7
1.2 – HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA E.P.E. – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	9
<b>2. - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> <b>11</b>	
2.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	11
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	19
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>24</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final inserida no III Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica foi proposta a elaboração de um projeto de estágio que integre o delineamento dos objetivos a alcançar, inerentes às competências previamente definidas e a desenvolver no decorrer do mesmo.

No âmbito do ensino em Enfermagem revela-se preponderante perspetivar o local de estágio como um local favorável ao desenvolvimento de competências, na medida em que permite realizar o paralelismo entre a consolidação de saberes adquiridos numa vertente teórica e conhecimentos adquiridos através das experiências vivenciadas em contexto prático. Na perspetiva de Martin (1991: 162) a formação em contexto clínico apresenta-se como “(...) um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho.”

O planeamento da metodologia do projeto de estágio bem como o delinear dos objetivos a alcançar possibilita desenvolver a capacidade de dar respostas adequadas perante as exigências dos cuidados a prestar, de modo a aprofundar os saberes previamente adquiridos e a consolidação dos mesmos. Para Vasconcelos (1992: 28) “... os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias.” Permitem “(...) a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho.” (Matos, 1997: 9)

A realização do estágio final viabiliza uma interação entre o indivíduo em formação, o processo formativo e o contexto de trabalho, fomentando o desenvolvimento de competências e o pensamento crítico. Conforme afirma D’Espiney (2003: 173)

“(...) a produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate. Refletir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início.”

Assim, o projeto de estágio como um suporte que permite delinear um conjunto de objetivos a alcançar e atividades a desenvolver que vão ao encontro das competências a alcançar

especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, perspetivando alcançar a máxima qualidade na assistência ao doente crítico e sua família.

Neste contexto, pretende-se criar um guia orientador que seja preciso, pertinente e detenha carácter objetivo, com uma vertente dinâmica, de modo a que seja possível adaptá-lo aos diferentes contextos e realidades, incidindo numa componente científica e técnica.

O Estágio Final apresenta-se assim como uma unidade curricular de carácter prático com 336 horas de contato direto, que serão repartidas por dois campos de estágio. O primeiro estágio será realizado no Serviço de Urgência [SU] do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] de 16 de setembro a 22 de dezembro de 2019, tendo a duração de 256 horas, sendo que o segundo terá lugar na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] do Hospital do Espírito Santo de Évora [HES], a decorrer entre 6 a 27 de janeiro de 2020, integrando 80 horas.

A escolha dos serviços para a realização do estágio final assenta no fato de ambos servirem de complemento à área onde atualmente desempenha funções (UCI), possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e sedimentação dos já adquiridos, de modo a prestar cuidados especializados de qualidade ao doente crítico e sua família. Esta escolha foi também impulsionada pela ambição de contactar com novas realidades, e no caso do HES, com um hospital com um maior número de valências, não excluindo o facto da proximidade à área de residência ter tido a sua influência.

A supervisão pedagógica do estágio será realizada pela docente, Professora Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Mendes Pinto Marques.

De acordo com o Planeamento da Unidade Curricular, de forma a envolver de modo significativo o estudante no processo de ensino aprendizagem, visando que este alcance a máxima qualidade assistencial na prestação de cuidados especializados, pretende-se que este:

- Integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colabore em articulação com o nível estratégico na conceção de planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

---

- Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Neste contexto, foi delineado o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas e de mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de SU e UCI;

Sendo os objetivos específicos:

- Mobilizar conhecimentos especializados na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de SU e UCI.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de urgência e cuidados intensivos;
- Desenvolver um projeto de intervenção na área da recolha e preservação de provas forenses no SU.

Relativamente à estrutura do presente trabalho, este tem início com uma breve introdução, seguindo-se uma alusão sucinta à caracterização dos hospitais e serviços onde decorrerão os estágios e posterior referência às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica, competências a desenvolver, atividades a realizar e indicadores de avaliação, finalizando-se o mesmo, com algumas Considerações Finais e Referências Bibliográficas.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association [APA] 6ª edição.

## 1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A caracterização dos locais de estágio revela-se imprescindível de modo a clarificar as competências que se pretendem atingir e o contexto onde este processo decorrerá.

### 1.1 – HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO [ULSNA], ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL [E.P.E.] - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O HDJMG de Portalegre, fica situado no Alto Alentejo, estando integrado na ULSNA, E.P.E., conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas e os centros de saúde de todo o distrito.

A ULSNA foi criada a 1 de março de 2007, pelo Decreto-lei nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro de 2007, apresentando-se como “(...) entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados, substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre.” (Acedido em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>) Garante a prestação de cuidados assistenciais de saúde à população aos níveis primário, secundário, continuados integrados, reabilitação e paliativos, fomentando o desenvolvimento de atividades de formação, investigação e ensino. (ULSNA, 2019)

O HDJMG viu a sua abertura ter lugar a 1 de janeiro de 1975, destinando-se a servir a população do distrito de Portalegre, prestando neste contexto cuidados a cerca de 92 mil habitantes (dados de 1999, acedido em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/> a 20/09/2019).

#### Apresenta como missão

“Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzem a morbilidade e permitem obter ganhos em saúde.”

*Instituto Politécnico de Portalegre – Mestrado em Enfermagem em Associação*

(acedido em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>)

Rege-se segundo o “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Acessibilidade e equidade dos cuidados; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e atuação pró-ativa; Melhoria contínua; Trabalho de equipa; Respeito pelas normas ambientais.” (Acedido em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>)

O SU do HDJMG encontra-se categorizado como Urgência Médico-Cirúrgica, integrando três sectores distintos no que reporta à prestação de cuidados: a Urgência Geral, direcionada à prestação de cuidados urgentes/emergentes ( composta por dois balcões : um azul/verde e um segundo amarelo/laranja, posto de triagem e a sala de emergência), o Serviço de Observação [SO], destinado à estabilização e vigilância do estado clínico dos doentes, em regime de internamento ( com a capacidade de 18 camas) e a Urgência Pediátrica, valência que se dedica à prestação de cuidados urgentes/emergentes a doentes com idade inferior a 18 anos (com funcionamento das 8 horas às 24 horas, sendo o período das 0 horas às 8 horas assegurado pelo SU geral). Após a primeira avaliação clínica realizada pelos médicos da triagem, os doentes, tendo em conta a especificidade da sua situação patológica, são encaminhados, caso se denote necessário, para um médico da especialidade (cirurgia geral, medicina interna, psiquiatria, ortopedia, obstetrícia, urologia, oftalmologia, pediatria ou otorrinolaringologia). Existindo necessidade de o doente ser observado por uma especialidade que não esteja disponível no referido hospital, será encaminhado para os hospitais de referência: HES de Évora ou Hospital de São José em Lisboa.

O SU situa-se no piso 2 do HDJMG, tendo acesso direto aos serviços de imagiologia, laboratório de patologia clínica e unidade de cuidados intensivos.

No que concerne à constituição da equipa do SU do HDJMG esta integra a equipa de enfermagem (constituída por um enfermeiro chefe e 46 enfermeiros distribuídos por cinco equipas), equipa médica (que inclui um diretor clínico, 22 médicos especialistas de medicina interna, 18 médicos de especialidade de cirurgia geral e 5 médicos com especialidade de ortopedia), equipa de assistentes operacionais (formada por 26 elementos) e um grupo de 7 administrativos em horário rotativo por turnos, responsáveis pela admissão/inscrição do doente, que prestam assistência ao balcão administrativo do SU, na medida em que este não possui de momento qualquer administrativo alocado ao serviço.

## 1.2 – HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE EVORA E.P.E. – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O HES é um hospital público geral, da região Alentejo, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde [SNS] e que disponibiliza serviços de saúde à população há mais de 500 anos. No decorrer do tempo, este hospital passou por diversas transformações evolutivas, tendo-lhe sido atribuídas diversas designações. Em 1996 retomou o nome de Hospital do Espírito Santo, assumindo a designação de E.P.E. desde 2007, sendo que em 2008, foi classificado como Hospital Central.

O HES desenvolve a “(...) sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.” Assume como valores orientadores o “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Cultura da melhor gestão; Respeito pelas normas ambientais; Promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; Motivação; Trabalho de equipa.” (Acedido em: <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>) A prestação de cuidados hospitalares que disponibiliza à população, centra-se na urgência, internamento, consultas externas, hospital dia (oncologia e pediatria) e meios complementares de diagnóstico, abrangendo as seguintes valências: neonatologia, cirurgia pediátrica, pneumologia, ~~imunologia~~, hematologia, ~~imunohemoterapia~~, patologia clínica, anatomia patológica, oncologia, radioterapia, hemodinâmica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, gastroenterologia, nefrologia e pedopsiquiatria.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] do HES, integrada no departamento de urgência/emergência do referido hospital, iniciou a sua atividade em fevereiro de 1994, sendo considerada uma unidade de nível III na medida em que detém capacidade para realizar monitorização invasiva e garantir suporte de funções vitais.

A UCIP encontra-se situada no piso 2 do HES, tendo acesso direto ao Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Patologia clínica e Imagiologia, tendo uma lotação de 5 camas, uma equipa médica constituída por três médicos a exercer funções a tempo inteiro e quatro a tempo parcial, uma equipa de enfermagem constituída por 21 elementos, 9 assistentes operacionais e um

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

---

administrativo (acedido em: <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/unidade-de-cuidados-intensivos/>).

## 2. - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019: 4744) o “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”.

A aquisição de competências no contexto do ensino clínico em Enfermagem no âmbito da especialização em enfermagem, assume-se como um momento diferenciado de formação, em que a obtenção das mesmas se apresenta como ponto chave para uma progressão constante e melhoria exponencial nos cuidados de saúde prestados. Segundo Carvalho (2003:15) a “(...) competência profissional será a capacidade de pôr em prática, numa determinada situação profissional, um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes que podem ser decomponíveis em saberes, saberes-fazer e saberes-ser ou estar (...)”. O desenvolvimento de competências insere-se assim num amplo processo de socialização profissional, numa perspetiva multidimensional quer de carácter individual como coletivo. As competências pressupõem assim, “(...) o agir em situações, mobilizando, nessa ação, de forma integrada e equilibrada, conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes (...)” (Peralta, 2002:29)

### 2.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tendo os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica como finalidade alcançar uma melhoria no que concerne à qualidade de vida da pessoa, estes, segundo a OE (2018: 19360)

“(...) exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação.”

Assim, é exigido ao enfermeiro especialista e de acordo com a OE (2018: 19360) que este

“(...) desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e

atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.”

Será de seguida apresentada uma tabela que engloba as unidades de competência comuns do enfermeiro especialista, em conjunto com as actividades delineadas em consonância com os objetivos pré estabelecidos e indicadores de avaliação definidos.

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

**A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A 1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A 2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A 1.1 - Demonstra capacidade de tomar decisões éticas em inúmeras situações no desempenho da prática especializada;</li> <li>➤ A 1.2 - Recorre a princípios, valores e normas deontológicas para suportar as decisões tomadas na área de especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica;</li> <li>➤ A 1.3 - Lídera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;</li> <li>➤ A 1.4 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;</li> <li>➤ A 2.1 – Promove a proteção dos Direitos Humanos;</li> <li>➤ A 2.2 - Gere de forma eficiente, na equipa, práticas de cuidados com vista a garantir a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desempenhar um exercício seguro, profissional e ético, baseando a tomada de decisão no Código Deontológico, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e Carta dos direitos e Deveres do Utente;</li> <li>➤ Planear as intervenções de enfermagem com base nos valores, crenças e desejos do doente/família;</li> <li>➤ Prestar cuidados envolvendo o doente/família na tomada de decisões, incorporando elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem;</li> <li>➤ Participar de forma ativa na tomada de decisão em equipa;</li> <li>➤ Demonstrar respeito pelo doente, pelas suas crenças e costumes;</li> <li>➤ Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</li> <li>➤ Desenvolver uma prática de cuidados assente na prevenção do risco, adotando uma conduta preventiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Demonstra capacidade de tomada de decisão ética, baseada em valores e normas deontológicas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e Carta dos direitos e Deveres do Utente;</li> <li>➤ Participa de forma ativa na tomada de decisão em equipa;</li> <li>➤ Promove o respeito pelo direito de acesso à informação por parte do doente;</li> <li>➤ Respeita valores, costumes e crenças do doente /família;</li> <li>➤ Respeita todas as regras na elaboração do documento orientador com base no Código Deontológico.</li> <li>➤ Avalia a cada situação, a tomada de decisão realizada.</li> </ul>

**B – Domínio da Melhoria Da Qualidade**

*Instituto Politécnico de Portalegre – Mestrado em Enfermagem em Associação*

- B 1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
- B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
B 1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Participar ativamente nas atividades de melhoria da qualidade propostas à equipa;</li> <li>➢ Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como base a evidência científica;</li> <li>➢ Realizar uma apreciação em conjunto com a Enfermeira chefe e Enfermeira orientadora sobre os recursos físicos, materiais e humanos existentes no serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Conhece os recursos existentes no serviço, adequando os mesmos às necessidades;</li> <li>➢ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;</li> <li>➢ Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>➢ Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade;</li> <li>➢ Identifica riscos reais ou potenciais existentes e que comprometam a segurança dos doentes /família;</li> </ul>
B 1.2 – Incorpora conhecimentos e diretivas na melhoria da qualidade da prestação de cuidados especializados;	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Identificar o doente através de pulseira de identificação;</li> <li>➢ Identificar/antecipar possíveis situações que poderão colocar em risco a segurança do doente;</li> <li>➢ Identificar medidas preventivas relacionadas com a segurança do doente, a fim de minimizar o risco;</li> <li>➢ Seguir os protocolos existentes na instituição, para que o ambiente do utente e família seja o mais seguro possível;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cria condições para que a prestação de cuidados, decorra num ambiente o mais seguro possível para o doente/família e profissionais;</li> <li>➢ Utiliza sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</li> </ul>
B 2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados;		
B 2.2 - Planeia programas de melhoria contínua;		
B 2.3 - Participa nos programas de melhoria contínua;		
B 3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo;		
B 3.2 - Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.		

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do utente e sua família;</li> <li>➤ Criar relação de ajuda, entre utente e família, para que a confiança e conforto sejam aumentados;</li> <li>➤ Ser assertiva nas minhas atividades e tomadas de decisão;</li> <li>➤ Reconhecer e alertar a necessidade de que sejam respeitadas as medidas de segurança em vigor, de modo, a serem reduzidos acidentes em serviço;</li> <li>➤ Utilizar de forma eficaz os instrumentos de registo existentes no serviço.</li> </ul>
--	--

### C – Domínio da Gestão dos Cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

<p>C 1.1 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p> <p>C 1.2 - Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar pesquisa e consultar os protocolos vigentes no serviço para encaminhamento do doente a outros profissionais;</li> <li>➤ Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar;</li> <li>➤ Reconhece quando é necessário referenciar o doente para outros prestadores de cuidados;</li> </ul>
---	---

*Instituto Politécnico de Portalegre – Mestrado em Enfermagem em Associação*

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

<p>C 2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p> <p>C 2.2 - Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comunicar de forma eficaz com a equipa multidisciplinar adicionando informações pertinentes de modo a melhorar os cuidados prestados ao doente;</li> <li>➤ Elaborar o processo de enfermagem, tendo em vista o seguimento dos cuidados;</li> <li>➤ Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança do doente;</li> <li>➤ Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utiliza recursos de forma eficiente, promovendo a qualidade dos cuidados.</li> </ul>
--	---	---

#### D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.

D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>D 1.1 – Detém uma consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p>D 1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de urgência e emergência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Possui consciência de si enquanto pessoa e enfermeira;</li> <li>➤ Detém autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir diretamente na prestação de cuidados;</li> </ul>

*Instituto Politécnico de Portalegre – Mestrado em Enfermagem em Associação*

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em Situação Crítica*

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>D 1.1 – Detém uma consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p>D 1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional;</p> <p>D 2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;</p> <p>D 2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica, assiste em investigação e desenvolvimento de conhecimento na área de especialização;</p> <p>D 2.3 - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de urgência e emergência;</li> <li>➤ Identificar dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica do doente emergente/família;</li> <li>➤ Gerir sentimentos e emoções em situações de maior pressão psicológica, prática e comunicação de más notícias;</li> <li>➤ Identificar limites pessoais e encaminhar para outros pares mais capacitados.</li> <li>➤ Diagnosticar necessidades formativas com a Enfermeira Chefe, Enfermeira orientadora e equipa de enfermagem consoante as lacunas que vão surgindo;</li> <li>➤ Realizar pesquisa em áreas identificadas como necessárias;</li> <li>➤ Demonstrar conhecimentos científicos e aplicá-los na prestação e cuidados especializados e seguros;</li> <li>➤ Elaborar um plano de formação em serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Possui consciência de si enquanto pessoa e enfermeira;</li> <li>➤ Detém autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir diretamente na prestação de cuidados;</li> <li>➤ Gere sentimentos e emoções de forma a favorecer uma resposta eficaz e eficiente;</li> <li>➤ Responde de forma eficaz a situações de adaptabilidade individual e organizacional;</li> <li>➤ Reconhece os seus limites pessoais e profissionais.</li> <li>➤ Discute informalmente com os pares novos conhecimentos e novas guidelines na abordagem do doente em situação crítica de forma a enriquecer a prática clínica;</li> <li>➤ Desenvolve a sua prática clínica baseada em conhecimentos científicos atuais;</li> <li>➤ Elabora um plano de formação em serviço</li> <li>➤ Desenvolve projeto de intervenção de acordo com as fases da metodologia de projeto;</li> <li>➤ Elaborou artigo científico solicitado como um dos elementos de avaliação do estágio;</li> <li>➤ Avalia o projeto implementado.</li> </ul>

*Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

***Tabela 1 – Atividades delineadas e indicadores de avaliação para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:  
A Pessoa em Situação Crítica***

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No que reporta às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica os cuidados de enfermagem prestados

“(…) são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (…)”

(OE, 2018: 19362) exigindo a

“(…) observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

(OE, 2018:19363)

Neste âmbito, prossegue-se à apresentação das unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, das atividades definidas para realizar durante o período de estágio assim como os indicadores de avaliação, em formato de tabela.

**K1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;</p> <p>1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;</p> <p>1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;</p> <p>1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;</p> <p>1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar o doente de forma holística;</li> <li>➤ Identificar os recursos materiais existentes no serviço e o modo de funcionamento dos mesmos;</li> <li>➤ Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica</li> <li>➤ Gerir a comunicação com o doente /família em situação crítica e/ou falência orgânica, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à situação clínica;</li> <li>➤ Estabelecer relação terapêutica com o doente/família;</li> <li>➤ Fazer a gestão da dor na pessoa em situação crítica, proporcionando bem-estar físico, psíquico e espiritual, numa perspetiva holística da pessoa;</li> <li>➤ Avaliar e identificar possíveis focos de instabilidade do doente crítico;</li> <li>➤ Planear atividades de modo a dar uma resposta eficaz e eficiente às necessidades da pessoa em situação crítica;</li> <li>➤ Sedimentar conhecimentos no âmbito de suporte avançado de vida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifica situações de possível instabilidade do doente;</li> <li>➤ Presta cuidados à pessoa em situação crítica no contexto da emergência hospitalar;</li> <li>➤ Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica;</li> <li>➤ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;</li> <li>➤ Garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>➤ Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades e atitudes a desenvolver na relação terapêutica com o doente /família</li> </ul>

crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sedimentar conhecimentos acerca da ventilação mecânica invasiva.</li> <li>➤ Consolidar capacidades na interpretação eletrocardiográfica.</li> </ul>	
---	--	--

**K2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.**

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
2.1 — Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; 2.2 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; 2.3 — Planeia resposta à situação de catástrofe; 2.4 — Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; 2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fazer pesquisa sobre o plano de emergência e catástrofe da instituição e do serviço;</li> <li>➤ Colaborar com a equipa no que concerne à implementação do plano de emergência caso ocorra uma situação de emergência;</li> <li>➤ Identificar o papel de cada elemento numa situação de catástrofe/emergência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Demonstra conhecimento sobre o plano de emergência interna e externa e atuação em caso de ativação;</li> <li>➤ Identifica e localiza o plano de emergência do serviço;</li> <li>➤ Sensibiliza os profissionais do serviço de urgência para a importância de salvaguardar a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia.</li> </ul>

**K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

Unidades de Competência	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>3.1 — Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar pesquisa sobre as principais indicações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos;</li> <li>➤ Fazer leitura pormenorizada dos documentos existentes no âmbito do controlo de infeção;</li> <li>➤ Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;</li> <li>➤ Adota medidas de prevenção e controlo na prestação de cuidados;</li> </ul>

**Tabla 2 – Atividades delineadas e indicadores de avaliação para aquisição Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica**

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica o delineamento das atividades a desenvolver e competências a adquirir, com base nos objetivos previamente definidos, permitiu projetar o percurso formativo e interventivo que será realizado, assumindo-se como documento norteador que contempla as metas e linhas orientadoras do percurso que se aspira percorrer de modo a que este período de aprendizagem seja efetivamente enriquecedor em termos pessoais e profissionais.

A elaboração deste documento potenciou a realização de uma reflexão sobre a prática clínica e conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante o percurso profissional, contribuindo para o desenvolvimento e treino da capacidade reflexiva e avaliação auto-crítica.

O planeamento do mesmo foi realizado de modo a ser realista e exequível, porém não se apresenta como algo estanque, sendo passível de alterações sempre que surjam motivos contextuais e oportunidades de aprendizagem que o justifique, sendo o objetivo principal a alcançar, a concretização com êxito de todas as atividades propostas.

### BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores Clínicos. Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência;
- D’Espiney, L. (2003). *Formação Inicial / Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho*. In Canário, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho* (2ª edição: 169-188). Porto: Porto Editora;
- HES E.PE. (2019). *Missão e Valores*. In HES de Évora E.P.E. Acedido em 20 de setembro em: <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>
- HES E.PE. (2019). *Unidade de Cuidados Intensivos*. In HES de Évora E.P.E. Acedido em 20 de setembro em: <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/unidade-de-cuidados-intensivos/>
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP;
- Matos, E. T. (1997). *A colaboração escola-serviços*. *Nursing*. Ano 10, n.º 114 (31-34)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 26. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). *Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 135. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Peralta, M. H. (2002). Como avaliar competências? Algumas considerações. In P. Abrantes e F. Araújo (Coords.), *Avaliação das aprendizagens* (pp. 25-33). Lisboa: Ministério da Educação.

ULSNA, EPE. (2019). Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>

ULSNA. Missão, Atribuições e Legislação. In Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE. Acedido a 22 de setembro de 2019 em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao-atribuicoes-legislacao/>

Vasconcelos, E. (1992, ago./set./out.). Receba bem o estagiário. *Formar*. Nº 7, 28-31.

Apêndice 20 - Poster " Incidentes com Feridos em Massa - Lições a aprender"

# Incidentes com Feridos em Massa - Lições a Aprender -

Alves, Juliana<sup>1,2</sup>; Janeiro, Cláudia<sup>1,2</sup>; Mendes, Edgar<sup>1,2</sup>; Ribeiro, Filipa<sup>1,2</sup>; Marques, Jorge<sup>1</sup> & Pereira, Mariana<sup>1</sup>

(1) Hospital Doutor José Maria Granja, Portugal; (2) Mestrado em Associação em Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Escola em Situação Crítica; (3) Professora na IS de P. Portugal; (4) Professora Adjunta na IS de P. Portugal

## Introdução

Os incidentes com feridos em massa (IFM) são cada vez mais comuns, tendo-se tornado mais frequentes nos últimos 20 anos<sup>1</sup>. Representam um desafio na que respeita à organização da prestação de socorro às vítimas. É fundamental uma situação sincronizada entre as equipas intervenientes e os meios mobilizados, baseada na organização, coordenação e perceção da situação, que assegure a segurança das equipas envolvidas e a assistência rápida e eficiente às vítimas. Existem três aspetos basilares na gestão pré-hospitalar de um IFM: o comando, a comunicação e o controlo, que resulta da consolidação dos dois pilares anteriores, abrangendo desde a segurança no cenário até à gestão do mesmo<sup>2</sup>. Pretende-se com este trabalho identificar quais os principais aspetos a considerar na gestão de um IFM.

## Resultados e Discussão

Evidenciou-se nos três artigos a necessidade de uma comunicação eficaz entre os intervenientes num IFM, o que pressupõe identificar e definir claramente o comando ou os vários comandos no local, bem como manter um fluxo contínuo de informação para o posto de comando. Verificou-se também a necessidade de utilizar a mesma nomenclatura e um sistema de comunicação comum a todas as forças operacionais que garanta a articulação entre todos, bem como a necessidade de preparação e treino contínuos.

## Materiais e Métodos

Revisão integrativa da literatura nas bases de dados indexadas na Base de Dados em Ciências da Saúde (BDS), BioMed Central e Academic Search Complete. Utilizando os descritores em ciências da saúde "Mass Casualty Incidents", "Mass Casualty Management" e "Emergency Medical Services", obtiveram-se 731 artigos. Limitando o intervalo temporal (2015-2019) e a pesquisa a artigos com texto integral, selecionaram-se 74 artigos. Destes, 57 foram eliminados pelo título, sendo incluídos para análise 17 artigos. Após a leitura do resumo foram excluídos 14 artigos, sendo escolhidos três para análise.

**Hardy et al., 2018<sup>3</sup>**

Identificar como a análise descritiva de relatórios submetidos numa base de dados de dados de acidentes rodoviários, pode ser usada para melhorar a resposta a IFM.

**Dados de oito relatórios mostraram que:**

**Aspectos positivos:**

- Triagem efetiva por indivíduos experientes;
- Utilização de voluntários para o transporte das vítimas;

**Aspectos negativos:**

- Recursos inadequados;
- Falta de um sistema de triagem comum;
- Confusão sobre o comando e controlo;
- Falhas de comunicação.

**Ciclo importante "Lições aprendidas"**

- É fundamental definir uma abordagem consensual para IFM;
- É vital a criação de uma rede de comunicação de elevada prioridade entre os diferentes centros de comando ("telefonia vermelha");
- A organização do teatro de operações deve ser articulada entre a polícia, os serviços de emergência e os bombeiros;
- É crucial um sistema de comunicação comum entre todas as forças operacionais;
- É obrigatório um treino prévio de todas as estratégias.

**Lições Aprendidas**

- É fundamental a realização de treino contínuo sobre IFM;
- Devem ser estabelecidos sistemas de comunicação robustos e coerentes;
- Melhorar a articulação entre os primeiros socorros, as forças de segurança e os hospitais, de forma a garantir uma triagem e distribuição de vítimas adequada;
- Incluir torçiquetes em todos os veículos de emergência e implementar a sua utilização nos casos de primeiros socorros;
- Melhorar a gestão de recursos durante os IFM e outros incidentes.

London  
March 22, 2017

## Materiais e Métodos

Revisão integrativa da literatura nas bases de dados indexadas na Base de Dados em Ciências da Saúde (BDS), BioMed Central e Academic Search Complete. Utilizando os descritores em ciências da saúde "Mass Casualty Incidents", "Mass Casualty Management" e "Emergency Medical Services", obtiveram-se 731 artigos. Limitando o intervalo temporal (2015-2019) e a pesquisa a artigos com texto integral, selecionaram-se 74 artigos. Destes, 57 foram eliminados pelo título, sendo incluídos para análise 17 artigos. Após a leitura do resumo foram excluídos 14 artigos, sendo escolhidos três para análise.

**Wurmb et al., 2018<sup>4</sup>**

Expor a avaliação sistemática e os conhecimentos aprendidos na resposta a um ataque terrorista ocorrido em Wessberg, na Alemanha, em 2011.

**Recursos de artigos analisados:**

- Recurso de artigos analisados.

Paris  
November 13, 2015  
137 dead  
413 injured



Figura 1 - Cena de emergência em França a 13 de novembro de 2015. Autor: John S. Berman. Fonte: Agência France 24. Disponível em: <https://www.france24.com/en/paris-attacks/20151113-paris-attacks-emergency-services>



Figura 2 - Cena de emergência em Wessberg a 11 de março de 2011. Autor: Hans-Joachim F. Fonte: Reuters. Disponível em: <https://www.reuters.com/archive/terrorism/2011/03/11/germany-terrorist-attack-wessberg-photos/>



Figura 3 - Cena de emergência em França a 14 de julho de 2016. Autor: John S. Berman. Fonte: Agência France 24. Disponível em: <https://www.france24.com/en/france/20160714-nice-truck-attack-emergency-services>

Nice  
July 14, 2016  
87 dead  
458 injured



Figura 4 - Cena de emergência em França a 14 de julho de 2016. Autor: John S. Berman. Fonte: Agência France 24. Disponível em: <https://www.france24.com/en/france/20160714-nice-truck-attack-emergency-services>

## Conclusão

É visível, no contexto mundial, o aumento do número de IFM, com consequentes prejuízos económicos e sociais, sendo necessário uma gestão pré-hospitalar eficiente de forma a minimizar a perda de vidas e maximizar a recuperação dos sobreviventes. É impressionável o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem os diferentes intervenientes na gestão de IFM (triagem, estabilização de vítima e transporte), e o treino e preparação contínuos que reflicam uma assistência mais rápida e eficaz.

## Referências Bibliográficas

1. Centre for Research in the Epidemiology of Disasters. The Human Cost of Natural Disasters 2015: A Global Perspective. 2015; 1-68. Disponível em: <https://www.emdat.be/report-human-cost-natural-disasters-global-perspective>
2. Santos JDS. Atendimento aos múltiplos vítimas. In: O Livro IFM. Porto: M3; 2016. 200p. Disponível em: [http://www.m3.pt/Portals/0/IFM\\_2016.pdf](http://www.m3.pt/Portals/0/IFM_2016.pdf)
3. Hardy J, Feltz S, Welling C, Rasmussen J, Smith T, Niles M. Systematic reporting to improve the emergency medical response to major incidents: a pilot study. BMC Emerg Med. 2018;18(1):1-7. DOI: 10.1186/s12874-018-0334-5
4. Wurmb T, Schmalzer H, Jochim T, Ober C, Schulz R, Jochims T, et al. Structured analysis, evaluation and report of the emergency response to a terrorist attack in Wessberg, Germany using a new template of standardized quality indicators. Scand J Trauma Emerg Med. 2018;24(1):1-15. DOI: 10.1186/s13049-018-0334-5
5. Mousa AS. Mass Casualty Incident Management. Medical Med. 2018; 11(10): 403-405. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2018.07.14.18011911v1>