

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Cuidado Especializado do Enfermeiro: preservação de
vestígios médico-legais, do pré-hospitalar ao serviço
de urgência**

Sofia Alexandra Nunes Vital

—

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Cuidado Especializado do Enfermeiro: preservação de
vestígios médico-legais, do pré-hospitalar ao serviço
de urgência**

Sofia Alexandra Nunes Vital



Orientador: Maria Cândida Rama da Costa Pinheiro Palmeiro Durão
Coorientador: João Manuel Braz Veiga

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

**Lisboa
2023**

Dedicatória

Dedico este Relatório...

À minha filha Sara, pelas minhas ausências e pelo pouco tempo disponível para “*estar presente*”;

Aos meus pais, por todo o apoio incondicional e sempre com uma palavra amiga de “reforço positivo” e motivação em continuar, principalmente nos poucos minutos que me ocorreu desistir...

Ao meu marido Marco, por toda a compreensão, apoio e pelo *stress* que me ajudou a controlar...

A todas as pessoas vítimas de violência, que sobrevivem a um turbilhão de sentimentos, e principalmente àquelas que tem a coragem de denunciar, avançar, sair da sua “bola de neve” e recomeçar uma nova história; a todas as senhoras J. que na sua vulnerabilidade de pessoa idosa toleram, o intolerável!

Agradecimentos

O meu sincero agradecimento...

Ao professor João Veiga pela disponibilidade, tolerância e palavra amiga no sentido de colaborar, orientar, ajudar a crescer tornando-me melhor enfermeira e por sempre ter acreditado neste trabalho;

À enfermeira orientadora no contexto clínico de SUMC, pelo apoio e pelos ensinamentos reflexivos que vivemos;

À enfermeira orientadora no contexto clínico de UCIP na ajuda incondicional em todos os momentos do estágio, sendo incansável e de uma tolerância extrema para com as minha dúvidas e receios;

Aos meus colegas de turma pela partilha, desabafos e as amizades constantes ao longo destes meses na ESEL;

Aos enfermeiros chefes dos contextos clínicos por terem aceitado a minha presença enquanto aluna, o que permitiu adquirir maior riqueza pessoal e profissional;

Aos meus colegas de trabalho, pelo espírito de equipa, permitindo percorrer o estágio de uma forma mais simples;

À enfermeira Ângela Medeiros e aos restantes elementos da equipa da Equipa da Prevenção da Violência no Adulto (da minha instituição profissional) pela orientação, disponibilidade e incentivo na escolha do tema, muitas vezes considerado “tabu” pelos enfermeiros.

Pensamento

*“A violência destrói o que ela pretende defender:
a dignidade da vida, a liberdade do ser humano”.*

Papa João Paulo II

*“Existem três tipos de violência: um, pelos nossos atos, dois
pelas nossas palavras e três, pelos nossos pensamentos.
A raiz de toda violência está no mundo dos pensamentos,
e é por isso que treinar a mente é tão importante”.*

Ekhnath Easwaran

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA- *American Psychological Association*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CE – Crânio-Encefálico

CF – Ciências Forenses

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EF – Enfermagem Forense

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IAFN – *International Association Forensing Nursing*

INMLCF.IP – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JA – Jornal de Aprendizagem

JCI – *Joint Commission International*

MEPSC – Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBE – Prática Baseada em Evidência

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura
SO – Sala de observação
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TSV – Taquicardia Supraventricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VAS – *Visual Analogic Scale*
VD - Violência Doméstica
VM – Ventilação Mecânica
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A violência fazendo esta parte das características dos seres humanos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se tornado um grave problema de saúde pública, devido ao seu evidente aumento em larga escala, nas suas diversas formas. Esta é da responsabilidade da equipa multidisciplinar, mas é o enfermeiro com as competências de especialista que assume um lugar de excelência para a sensibilização da equipa para esta problemática, promovendo intervenções autónomas, orientando os pares na prática de cuidados, refletindo para a necessidade de identificar clientes em situação de violência. Deste modo, a enfermagem forense (EF) tem um potencial muito vasto, pois a perda de vidas humanas e as consequências físicas e psicológicas da violência, nas suas mais diversas formas, afetam milhões de pessoas no mundo (Pereira, 2017).

É interpretada como uma catástrofe, revelando sérias inquietações nas nossas sociedades, principalmente por violar os princípios essenciais da civilização (Marques, 2017). Para a Organização Pan-Americana de Saúde, a violência atingiu um caráter endémico, convertendo-se num problema de saúde pública, pelo número de vítimas e pela incidência de sequelas orgânicas e emocionais que gera. Representa uma nova era na prática de enfermagem e inclui uma resposta direta às sequelas das pessoas que tenham sido vítimas de violência (Gomes, 2014). Neste sentido, a finalidade deste relatório é adquirir competências para que, de forma autónoma, sejam identificadas as pessoas vítimas de violência, através de factos ocultos, indícios, sinais ou indicadores. Pretende-se desenvolver atividades que vão no sentido de melhorar a qualidade na saúde, obtendo resultados que vão ao encontro das respostas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica (PSC) com base na teórica de enfermagem Betty Neuman, que defende que um *stressor* provoca desequilíbrio no sistema cliente, que se encontra em constante interação com o sistema ambiente.

Palavras-chave: violência, trauma intencional, serviço de urgência, enfermagem forense, vestígios médico-legais.

ABSTRACT

Violence being part of the characteristics of human beings, according to the World Health Organization (WHO), has become a serious public health problem due to its evident large-scale increase in its various forms. This is the responsibility of the multidisciplinary team, but it is the nurse with specialist skills who assumes a place of excellence in raising the team's awareness to this issue, promoting autonomous interventions, guiding peers in the practice of care, reflecting on the need to identify clients in situations of violence. Thus, forensic nursing has a very wide potential, since the loss of human lives and the physical and psychological consequences of violence, in its various forms, affect millions of people worldwide (Pereira, 2017).

It is interpreted as a catastrophe, revealing serious concerns in our societies, mainly because it violates the essential principles of civilization (Alexandra & Marques, 2017). For the Pan American Health Organization, violence has reached an endemic character, becoming a public health problem due to the number of victims and the incidence of organic and emotional sequelae that it generates. It represents a new era in nursing practice and includes a direct response to the sequelae of people who have been victims of violence (Gomes, 2014). Therefore, the purpose of this report is to acquire skills to autonomously identify victims of violence through hidden facts, clues, signs or indicators. The aim is to develop activities aimed at improving the quality of health care, obtaining results that meet the responses of the nurse specialist in the area of the person in critical condition based on the nursing theorist Betty Neuman, who argues that a stressor causes imbalance in the client system, which is in constant interaction with the environmental system.

Keywords: violence, injury trauma, emergency department, forensic nursing, medico-legal traces.

INDICE

INTRODUÇÃO	14
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 O fenómeno da violência	19
1.2 A violência no mundo.....	23
1.2.1 A Enfermagem Forense.....	26
1.2.2 Dados nacionais sobre a violência.....	25
1.3 Cuidados na preservação de vestígios médico-legais	29
1.3.1 A cadeia de custódia.....	34
1.4 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	36
2- PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	37
2.1 Competências desenvolvidas em contexto clínico de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	39
2.2 Competências desenvolvidas em contexto clínico de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	53
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS/SÍNTESE	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da violência.....	22
Figura 2 – Mapa conceitual entre a violência e a modelo dos sistemas de Betty Neuman.....	37

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Custos da violência em Portugal.....	28
---	----

INTRODUÇÃO

A frequência do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (MEPSC) resultou da necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na busca da excelência no cuidar em enfermagem. Foi elaborado este relatório de estágio, que vai dar a conhecer o meu percurso formativo ao longo do 2º ano, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A reflexão crítica sobre o caminho percorrido pretende analisar o que faço, o que fiz, o que pretendo fazer e o que desejo alcançar. A elaboração do documento foi sustentada nas competências do curso de MEPSC da ESEL, nos descritores de Dublin¹ para o 2º ciclo de estudos, bem como o quadro de competências legisladas na área da PSC definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em Diário da República (Regulamento nº124/2011, de 18 de fevereiro)².

De acordo com a OE, os enfermeiros especialistas possuem um conhecimento aprofundado e competências numa área específica da enfermagem, com base nas necessidades humanas, os problemas de saúde nas diferentes fases do ciclo (sendo que este documento se foca no adulto e idoso) e emitem julgamentos clínicos que permitem fundamentar as decisões na resolução de problemas, os quais se deparam diariamente na prática clínica (OE, 2011).

De modo a nortear a tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática de enfermagem especializada, considereirei o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001). O trabalho realizado ao longo do estágio teve como finalidade o desenvolvimento de competências para obtenção do nível de perito, no âmbito dos cuidados à PSC, nomeadamente à pessoa vítima de violência e/ou trauma intencional e à sua família, porque para Benner

¹ Referem as cinco dimensões seguintes: “conhecimento e capacidade de compreensão”, “aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão”, “realização de julgamento/ tomada de decisões”, “comunicação” e “aptidões para a aprendizagem”.

² Esse documento refere que *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica 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 recuperação total”* (OE, 2010)

um perito possui uma vasta experiência, compreendendo intuitivamente cada situação, de forma a decidir o melhor cuidado. A violência continua a ser uma problemática atual no nosso país, com números de mortalidade e morbidade acima da média europeia. Torna-se evidente quais as consequências que este problema de saúde tem na sociedade, com relevância no aumento da criminalidade, surgem problemas psicológicos graves e o impacto social que causa na vida diária dos cidadãos. Deste modo, tendo em consideração a definição da OE³ coloca a pessoa vítima de violência, em risco de vida sendo que a assistência deve ser realizada de forma imediata (OE, 2018). Posto isto, pretendo desenvolver um corpo de conhecimentos sobre a temática apresentada porque me deparo frequentemente, no meu contexto da prática clínica, com situações de violência, contudo estas encontram-se muitas vezes ocultas, relativamente à sua origem, o mecanismo da lesão e a intenção da mesma. O interesse neste tema surgiu também fruto das inquietações que me invadem constantemente a mente, pela gravidade das situações e pelas consequências que no futuro podem desencadear. Acresce a minha experiência profissional na área dos cuidados de urgência/emergência, confrontando-me diariamente com situações que nos remetem para uma suspeita ou confirmação de um ato violento. Durante estes últimos seis anos, observei um elevado número de situações de maus-tratos, violência doméstica, negligência, trauma, agressão e intoxicação, embora com desconhecimento nas questões direcionadas com o processo, registos, documentação e orientação na prestação direta de cuidados, com dúvidas e receios e uma não adequada execução das intervenções de enfermagem na área forense.

Deste modo os enfermeiros, devem ser proativos a reconhecer que, qualquer pessoa admitida no serviço de urgência (SU) com lesões violentas seja vítima ou agressor, é um potencial cliente forense (Ferreira, 2018). Acrescento que, de acordo com a realidade atual qualquer pessoa vítima de trauma é um caso forense, até prova em contrário. Esta inquietação vivenciada também é reconhecida nas conclusões do estudo da autora referida, que percebeu que há uma lacuna nos conhecimentos/prática dos enfermeiros do intra-hospitalar,

³ ... uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda da saúde de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais.

reconhecendo ser fulcral desenvolver e adotar protocolos forenses, sendo este um passo importante na prática baseada em evidência (PBE) da EF no SU. Dando foco à segurança da pessoa vítima de violência e as implicações que daí advém nos cuidados de enfermagem, estando o desenvolvimento de competências no cerne da aquisição de conhecimentos teórico-práticos na recolha e preservação de vestígios médico-legais, o que vai ao encontro do Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho – Competências do Enfermeiro Especialista na Área de Especialização PSC.

A sustentação desta problemática, justifica-se através da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), onde pude constatar uma preocupação constante com a violência/trauma intencional e o impacto que gera na saúde das pessoas. De forma a salientar a importância da identificação de *stressores* que desequilibram o sistema cliente, elegeu-se a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Uma vez que para atingir o objetivo geral deste percurso de desenvolvimento de competências, segundo Neuman ocorre uma abordagem dinâmica e aberta ao cuidar da pessoa, que fornece um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para uma melhor compreensão da pessoa que se encontra em constante interação com o ambiente. As pessoas (na teoria dos sistemas são definidas como os *clientes*) são consideradas como um todo cujas partes estão em interação dinâmica e afetam o seu sistema: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Estes são estímulos que produzem tensão e que ocorrem dentro das fronteiras do sistema da pessoa (cliente), estando forças intrapessoais, interpessoais e extrapessoais envolvidas. Alcançar o bem-estar é o objetivo, quando o sistema pessoa (*cliente*) interage em harmonia e as necessidades estão satisfeitas.

Importa salientar que neste relatório, para além de utilizar o conceito de PSC, definida pela OE⁴, será adotado o conceito de “cliente”, que terá o sinónimo de “pessoa” (não na sua definição filosófica), porque a teórica de enfermagem escolhida assim considera o termo cliente, mas em algumas narrativas do relatório o termo “pessoa” tem um sentido mais adequado, pelo que irei utilizar

⁴ Aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº124/2011 de 18 de fevereiro).

estes dois termos ao longo do relatório, para identificar a pessoa, sujeito dos cuidados. Ao referir-me à família incluo as “pessoas significativas” pela definição na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)⁵.

Para o desenvolvimento das competências de enfermagem na área da PSC, definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências como Enfermeiro Especialista, na pessoa em situação crítica, no serviço de urgência, com enfoque na pessoa vítima de violência e/ou trauma intencional, visando a promoção da segurança⁶;

- Desenvolver competências como Enfermeiro Especialista, na pessoa em situação crítica que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em contexto de unidade de cuidados intensivos, com especial ênfase na pessoa que vivencia situações de violência e/ou trauma intencional.

Foram delineados objetivos específicos para cada contexto de estágio, pelo que se encontram explicitados nos respetivos capítulos ao longo deste documento. Foi elencado um percurso de aquisição de competências em serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC) e em contexto clínico de unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP).

Este documento encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento teórico da temática da violência ancorada à disciplina de enfermagem pela teoria dos sistemas, em que o desenvolvimento de uma RIL justifica a pertinência do tema, estando as intervenções de enfermagem direcionadas na prevenção da violência e na promoção de estratégias e políticas de saúde capazes de controlar este flagelo na sociedade. O segundo capítulo caracteriza o percurso de desenvolvimento das competências em estágio com a apresentação das atividades realizadas paralelamente com a reflexão crítica sobre as mesmas e os respetivos resultados alcançados, que irão permitir englobar na minha prática profissional futura as novas aprendizagens.

O último capítulo apresenta as considerações finais com a análise das competências adquiridas, bem como as limitações vivenciadas e as respetivas propostas para trabalhos futuros. Acrescento que ao longo do relatório foram

⁵ é um grupo, unidade social ou um todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais (CIPE, 2016).

⁶ Mantendo a pessoa vítima de violência em local seguro, afastada do ambiente violento e/ou pessoas que provocam o desequilíbrio físico, psicológico e social; manutenção de um ambiente seguro envolvendo a equipa multidisciplinar.

utilizadas as orientações para elaboração de trabalhos escritos da norma de referências bibliográficas e citações da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, regra de utilização em trabalhos escritos na ESEL.

Relativamente aos anexos ao relatório identificados ao longo do trabalho, estarão disponíveis para consulta através do link [violência](#).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A violência⁷ e o trauma associado estão amplamente reconhecidos como um problema crítico de saúde a nível mundial, sendo que a OMS, identifica que mais de 1,3 milhões de pessoas morrem anualmente (Ferreira, 2018), em consequência da violência, em todas as suas formas (auto-direcionada, interpessoal e coletiva), o que corresponde a 2,5% da mortalidade global, sendo que todos os dias dezenas de milhares de indivíduos são vítimas de violência não fatal (OMS, 2014). Pode e deve ser evitada e as consequências reduzidas (Moreira e Silva, 2019), porque provoca um forte impacto na morbilidade e na mortalidade da população, sendo considerada um problema de saúde pública, pelo elevado número de vítimas que atinge ao nível social, económico e pessoal, sendo a quarta principal causa de morte entre os 15 e 44 anos (Aguiar, 2012). Contudo, identificar uma pessoa vítima de violência não é algo tão simples, deste modo, encontrar estratégias e intervenções de enfermagem capazes de ultrapassar estas dificuldades identificadas será uma mais valia no desenvolvimento de boas práticas. É neste ponto que é fulcral sensibilidade e disponibilidade para a escuta ativa, intervindo de forma adequada (Moreira e Silva, 2019).

1.1 O fenómeno da violência

Na história da humanidade a violência sempre tem acompanhado o comportamento e o pensamento humano (Servi et al, 2014) sendo que o século XX e o início do século XXI representam o período histórico em que, possivelmente a violência no geral fez-se sentir em larga escala. Nesta citação de Nelson Mandela em 2002 onde refere que *“o século XX será lembrado como um século marcado pela violência. Numa escala jamais vista e nunca antes possível na história da humanidade (...) oprime-nos com o seu legado de destruição em massa, de violência imposta (...) menos visível, mas ainda mais disseminado, é o legado do sofrimento individual diário. É a dor das crianças que sofrem abusos provenientes das pessoas que deveriam protegê-las, das*

⁷ É definida como, o uso intencional da força física ou do poder contra si próprio, contra outra pessoa, ou uma comunidade ou grupo, que resulte em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Gomes, 2014).

mulheres feridas ou humilhadas por parceiros violentos, das pessoas idosas maltratadas pelos cuidadores, dos jovens oprimidos por outros jovens e das pessoas de todas as idades que infligem violência contra si próprias” (Redondo, 2011), refletindo sobre a mesma considero que, a violência é algo evidente desde sempre, nas nossas culturas e civilizações, contudo antes nunca sentido em tempo real por ausência dos *media*, daí ser considerado um marco no século XX, mas pelo impacto sentido no mundo, onde se sabe que ocorreu um ato violento numa fração de minutos. Esta problemática é encarada nos dias de hoje como uma questão de direitos humanos e de cidadania, já reconhecida em instrumentos internacionais, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948, aprovado pelas Nações Unidas, na Convenção sobre todas as formas de Discriminação contra as Mulheres em 1979, na Declaração de Sevilha sobre a Violência, aprovado pela UNESCO em 1986, a Declaração das Nações Unidas sobre a Violência contra as Mulheres em 1993 e na Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Doméstica em 2011, conhecida como Convenção de Istambul (Servi et al., 2014). Neste contexto, a OMS, publicou em 2002, o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, dando ao problema maior visibilidade (Aguiar, 2012).

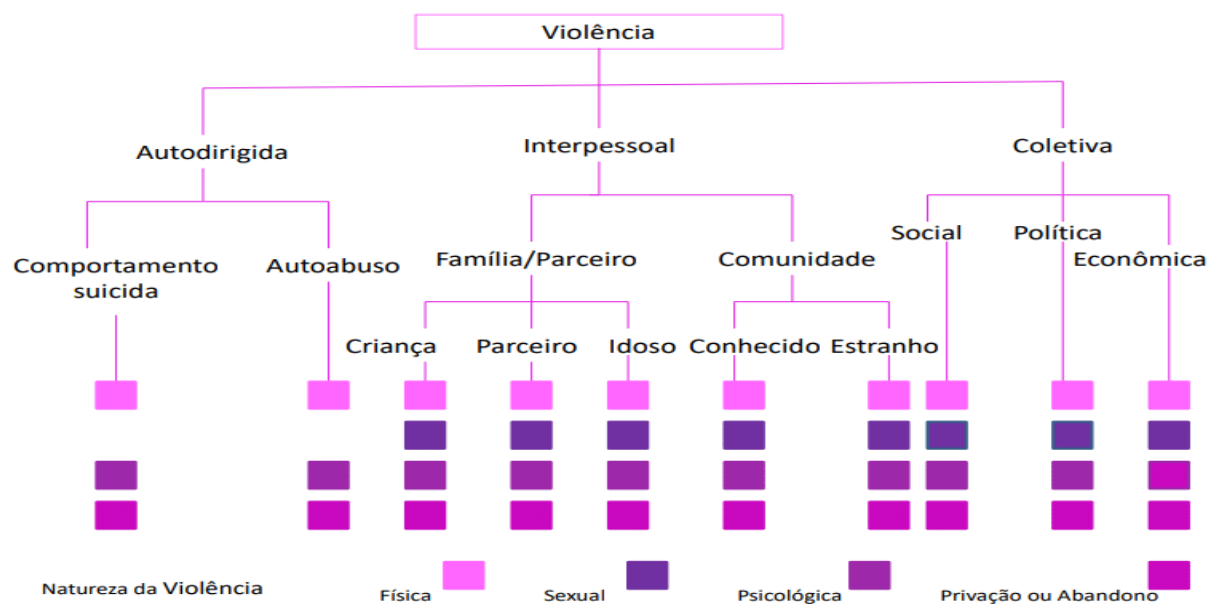
Também ao longo dos tempos e com a evolução das sociedades, o conceito de violência tem assumido um carácter dinâmico e não consensual, difere das diversas áreas científicas ou das posições assumidas por diferentes organizações, o que confere uma diferente classificação na abordagem (Servi et al., 2014). Segundo os mesmos autores existem outras formas de violência de menor visibilidade, que ocorrem numa esfera privada – familiar, meio laboral, escolar ou institucional. As causas deste fenómeno por vezes estão enraizadas em normativas culturais e sociais e nem sempre se tornam muito evidentes. Estudos recentes sugerem que fatores biológicos e psicológicos intrínsecos podem explicar a predisposição individual para a agressão, estes por sua vez interagem com fatores externos – ambientais, familiares, comunitários, culturais e sociais que podem predispor à ocorrência de uma situação de violência. O fenómeno engloba várias noções fundamentais, as de intencionalidade, poder, alvo, natureza e impacto. A **intencionalidade** encontra-se relacionada com o ato em si mesmo, independentemente do dano que cause, pelo que não se incluem

ações não intencionais como os acidentes de viação⁸. Contudo, há a realçar que se trata de um conceito jurídico, apenas atribuído pelo juiz na sua conclusão, em sede de julgamento. Para a OMS a inclusão da noção de **poder e controlo** alarga a natureza do ato violento, não somente a força física, mas a assimetria de poder nas relações violentas, caracterizada pela hierarquia estabelecida entre o agressor e a vítima. Para Redondo (2011) existe diferença entre violência e **conflito**, sendo que este último há “igualdade entre as partes” de tal forma que é possível a negociação, como forma de resolução. Mas se ocorre escalada de intensidade do mesmo, podem-se desencadear situações de violência (Servi et al., 2014).

Relativamente à **natureza** da violência, o conceito é bastante abrangente, envolvendo questões relacionadas com a negligência ou atos de omissão, para além de todos os tipos de ações violentas de natureza física, psicológica, sexual ou comportamentos suicidas e agressão autodirigida. **O impacto** ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte, resultando em danos psicológicos, morais e sociais que acompanham as pessoas vítimas de violência ao longo do seu ciclo de vida, com custos consideráveis para a sociedade. Ainda de acordo com a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) a violência é um fenómeno que se caracteriza pelo uso intencional da força, coação ou intimidação, colocando assim em risco a integridade, os direitos e/ou as necessidades da pessoa sobre a qual estes comportamentos são exercidos (Franco, 2021). Em 2002 a OMS desenvolveu um esquema relativamente à tipologia da violência, que permite compreender as múltiplas formas de expressão a nível mundial no quotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Na figura seguinte (figura 1), estão representados tanto a natureza dos atos violentos, a relevância do contexto, a relação entre o agressor e a vítima, contudo nem sempre a nível de investigação da prática é possível uma clara distinção das tipologias.

⁸ O apuramento das causas dos acidentes de viação suporta-se também em diversos tipos de perícias técnico-científicas relacionadas com os diferentes fatores intervenientes no sistema rodoviário (Lisboa, 2016). Raramente se deve a uma causa, assim considera-se vários fatores: a via, o ambiente, o veículo e o homem e a permanente interação entre eles, que produzem o resultado final. Considera-se três tipos de causas: principal, direta e indireta. A causa principal é aquela sem a qual o acidente não aconteceria; a causa direta deve-se aquela que provocou o acidente – falta de concentração, infração às normas da segurança rodoviária, falhas na via ou mecânicas e erros de decisão; as causas indiretas são as que facilitaram a ocorrência do acidente – as características da estrada, do veículo, do condutor e/ou do peão e também as condições atmosféricas/ambientais (Gomes, 2014, vol.2).

Figura 1 – Tipologia da violência



Adaptado do Relatório Mundial sobre Saúde e Violência (Krug *et al.* 2002)

Destaco também, pela vulnerabilidade e pela fragilidade humana, a violência contra pessoas idosas⁹ na Europa afeta cerca de 4 milhões de pessoas. Num tempo em que a esperança média de vida continua a aumentar, surge o aumento da probabilidade de surgir a doença ou a incapacidade, que em conjunto com uma reduzida capacidade económica, leva a uma maior dependência, aumentando o risco de maus tratos nesta fase do ciclo de vida. Há que prevenir, identificando as necessidades de proteção, assegurar respostas adequadas através de boas práticas profissionais (Servi *et al.*, 2014). A OE considerou as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem, baseadas em evidências científicas e na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do enfermeiro. Relativamente às práticas forenses, toma como foco de atenção as pessoas vítimas de violência interpessoal¹⁰, apresentando recomendações relativamente aos cuidados nas várias fases do ciclo vital

⁹ Qualquer forma de negligência ou de abuso físico, mental, sexual ou financeiro sofrido a partir dos 60 anos de idade (OMS, 2014).

¹⁰ É onde se incluem as subcategorias de violência familiar, violência entre parceiros e a violência na comunidade, estando incluído neste grupo as pessoas idosas. Relativamente à natureza da violência interpessoal, os atos estão sob a forma de violência física, psicológica, sexual ou sob a forma de negligência e privação. De acordo com o Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde (2014) a violência interpessoal apenas exceciona a violência autodirigida (suicídio) e a violência coletiva (social, política e económica). A violência interpessoal abrange um grande leque de pessoas que recorrem ao SU de acordo com a minha experiência/vivência.

(Pereira, 2017). Deste modo, a relevância neste relatório ser a violência interpessoal.

1.2 A violência no mundo

O flagelo da violência teve visibilidade ao longo dos anos a nível mundial, como uma grave violação aos direitos humanos (Fonseca, 2019). Na América do Norte e do Sul, na Europa, na Austrália, na Ásia e em África há uma crescente preocupação em perceber qual a eficácia dos programas de assistência à pessoa vítima de violência. Verifica-se também uma preocupação em sinalizar, aconselhar, *empoderar* e garantir a segurança da pessoa. Em alguns estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), há referência da importância dos rastreios a todos os clientes admitidos no SU, no sentido de identificar possíveis vítimas de violência, realizando uma triagem dirigida à temática (Marques, 2017). Em vários estudos realizados através de entrevistas semiestruturadas a mulheres vítimas de violência que recorreram ao SU, verificou-se a importância de informar as mesmas, contribuindo para a mudança de comportamento e desta forma, denunciar a situação de violência que eram vítimas¹¹. As conclusões de um estudo realizado na Turquia revelaram que, os enfermeiros têm uma competência fundamental na sinalização, intervenção e encaminhamento no SU, contudo não se sentem preparados para lidar com pessoas vítimas de violência, por falta de conhecimento nesta área. Em Itália um estudo reforça a necessidade de formação, no sentido da identificação dos sinais mais ténues, que possam indicar a presença de uma pessoa vítima de violência.

No Brasil, a violência é uma das principais causas de morbi-mortalidade, deixando de ser considerada um problema jurídico e social, para ser incluído na área da saúde pública (Moreira e Silva, 2019). Vários fatores estão associados a esta situação, como o alcoolismo, o desemprego, o baixo nível socioeconómico, falta de rede de apoio e uma dependência emocional em relação ao agressor. Os enfermeiros envolvidos no acolhimento das pessoas vítimas de violência, devem estar capacitados para reconhecer as situações e

¹¹ Este estudo é referente aos EUA. Em Portugal é considerado crime público, de acordo com o artigo 152 do Código Penal.

aptos a construir práticas reflexivas, promovendo a construção de autonomia, prevenindo novas situações (Batista, 2018).

Na Argentina, Chile e Uruguai cerca de 80% da violência é contra a mulher adulta, o que confirma o que é realçado pela ONU, que o índice de violência de gênero é alarmante. Hoje apesar de leis, dos *media* e de maior acesso à informação, a maior parte das situações está oculta (Batista, 2018). Este autor acrescenta ainda que, no Reino Unido, nos EUA e no Canadá, a EF tem sido alvo de estudo, o que veio favorecer o desenvolvimento, entre outros dos fatores que levaram ao seu progresso, como os direitos humanos, as reformas na saúde, a necessidade de uma perspectiva médico-legal na saúde, bem como os avanços da ciência, da tecnologia e da globalização (Machado, 2019).

Em 2013, a OMS apontava para 30% os índices de vitimização feminina a nível global, 25% na região da Europa e 23% nos países ricos. Os índices de maior probabilidade foram encontrados nas regiões do mediterrâneo oriental e do sudoeste asiático, onde ronda os 37% (Servi et.al, 2014). De modo a uniformizar a recolha dos dados e o tratamento da informação sobre a violência, a OMS e a ONU publicaram o relatório *Global Status Report on Violence Prevention* (2014), referente a dados de 2012 um número estimado de 475.000 mortes em resultado do homicídio a nível mundial¹². A OMS publicou a *European Facts and Global Status Report on Violence Prevention 2014*, através de dados de 41 de 53 países que integram a OMS na região da Europa¹³. Estes dados vão ao encontro dos resultados da RIL, onde se verificou que é frequente um histórico associado ao álcool prévio à lesão intencional. Em 78% das vítimas foi utilizado prévio à violência, o que nos indica que futuras estratégias de intervenção no SU devem ter em conta o consumo de álcool (Leeper et al., 2019); (Pino et al., 2021).

¹² Sendo que 60% refere-se a indivíduos do sexo masculino entre 15 e os 44 anos de idade, correspondendo a um terço do total das mortes dos homens nesta faixa etária (Servi et al., 2014). Este fenómeno entre 2000 e 2012 teve uma diminuição a nível global de 16%, sendo a queda mais acentuada nos países mais ricos (39%), passando de uma taxa de 6.2 para 3.8/100.000 habitantes.

¹³ por cada homicídio, 43 pessoas são admitidas nos hospitais e 262 recorrem aos serviços de urgência por necessidade de cuidados de saúde, recorrentes da violência; dezenas de milhões de indivíduos na Europa são afetados pela violência interpessoal não fatal; o consumo em doses nocivas de álcool encontra-se fortemente relacionados com a violência.

1.2.1 A Enfermagem Forense

A literatura salienta que as Ciências Forenses (CF) se revestem de uma importância crescente na atualidade, na articulação com os profissionais de saúde, na preservação de vestígios forenses e na simbiose com a justiça. As CF incorporam áreas disciplinares científicas variadas que atuam em sintonia, no apoio à justiça e no âmbito médico-legal (Gomes, 2014). A ciência da Enfermagem Forense (EF) é definida como, a combinação da aplicação de aspetos forenses aos cuidados de saúde, no tratamento das pessoas vítimas de trauma ou morte por trauma, perpetradores de violência, atividades criminais e acidentes traumáticos (Machado, 2019). De modo a regulamentar a EF em todo o mundo, a *International Association Forensing Nursing (IAFN)* criou um comité com 27 países, incluindo Portugal de modo a contactar com as organizações de saúde e entidades governamentais para: regulamentar formação, identificar as necessidades de cada país e a criação de um manual internacional (Gomes, 2014). Segundo a IAFN, a EF é uma ciência de enfermagem para o desenvolvimento de um processo público e legal, através da aplicação de aspetos forenses aos cuidados de saúde, combinado com educação biopsicossocial realizado por um enfermeiro na investigação e tratamento de trauma e/ou morte de vítimas de abuso, violência, atividade criminal e acidentes traumáticos. O desafio de cuidar de clientes emergentes forenses, vítimas, predadores ou das famílias adiciona uma nova e complexa dimensão aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2017). Assim, surge como uma nova prática da enfermagem, a qual alia o saber científico e técnico de enfermagem, com os princípios da CF, tornando o enfermeiro um elemento crucial no sistema judicial (Gomes, 2014). Deste modo, importa realçar que os fundamentos teóricos, têm o seu conceito base para desenvolver o atendimento às necessidades de uma população especial; a tomada de consciência do aumento da violência e os conceitos associados à violência, bem como garantir às pessoas vítimas de violência: avaliação e execução de cuidados, identificação de sinais de abuso e negligência e reconhecimento das necessidades de intervenção junto da vítima. Entre as várias disciplinas científicas, representa um distanciamento da base tradicional da prática de enfermagem e acrescenta uma nova dimensão às CF. Surge como resposta às necessidades de um mundo em crise, sendo a principal

área de prática e de pesquisa do enfermeiro forense o trauma, tanto na sua vertente física como psicológica. Há a necessidade de dotar os enfermeiros de competências na área da EF, que na sua teoria reúne os aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais e incorpora a dimensão jurídica, que é uma componente essencial na investigação do trauma (Gomes, 2014). A formação dirigida aos enfermeiros será um recurso valioso para melhorar o atendimento às pessoas vítimas de crimes, incrementando a ajuda aos serviços forenses e cuidados de enfermagem mais ajustados a cada pessoa (Camilo et al., 2017). Deste modo, a EF é uma área da enfermagem que tem sido desenvolvida e aplicada em diversas valências clínicas, nomeadamente na psiquiatria e em contexto extra-hospitalar e urgência (Machado, 2019). É uma área técnica que exige um esforço intelectual diferenciado dentro da sua base de conhecimento, de experiências, propósitos e valores, ou seja, as condições sociais e atuais, onde envolvem a violência humana e o abuso, delimitam a evolução do ensino da EF, fornecendo um quadro único para a investigação, relativamente à saúde e à lei (Gomes, 2014). Diferentes autores operacionalizaram o conceito de EF e elaboraram uma escala com diferentes dimensões: a) O conceito de EF, b) Situações forenses, c) Vestígios forenses, d) Comunicação e documentação, e) Cuidados de EF gerais e f) Preservação de vestígios. As situações forenses integram, essencialmente, situações de violência (contra idosos, crianças ou conjugal), homicídios e suicídios, traumatismos, acidentes de viação e agressão sexual. A comunicação e documentação está mais direcionada para a legislação existente, bem como para a importância dos registos hospitalares. Por fim, a preservação de vestígios explica como o enfermeiro deve proceder na recolha e preservação dos vestígios médico-legais (Pereira, 2017).

1.2.1 Dados nacionais sobre a violência

Em Portugal a violência contra as mulheres, seja doméstica ou de género, sendo que esta última abrange todos os tipos de violência contra as mulheres, com base no seu género, e que ultrapassa as fronteiras das relações familiares,

domésticas e emocionais¹⁴, têm sido das mais investigadas, no entanto está presente a percepção de que os dados recolhidos se encontram muito aquém da realidade, nomeadamente no que respeito a estatísticas oficiais no âmbito das forças de segurança de organismos públicos ou de outras organizações (Servi et al., 2014). Os mesmos autores destacam que a vitimização ocorre em espaço doméstico (casa-família), sendo seguido do espaço público e de local de trabalho. O agressor é na maioria do género masculino e partilha uma relação de conjugalidade com a vítima. A violência contra as mulheres, nomeadamente a VD, na sua vertente física e psicológica, permite esboçar dados do panorama nacional. A VD enquadra-se nas mudanças sociais ocorridas em relação à função social e familiar das mulheres e as desigualdades entre os géneros, que se mantêm fortemente enraizadas na sociedade. Dados estes que vão ao encontro dos resultados obtidos na RIL em que 90% eram mulheres, sendo que 79% não eram casadas; 44% utilizou o mecanismo de lesão através de arma de fogo e 34% utilizou objeto penetrante; 42% coabitavam e 18% eram namorados (determinantes sociais de risco); 4% foram readmitidos no SU com lesões de violência por parte do(a) parceiro(a) em 5 anos (Aboutanos et al., 2019). Numa investigação publicada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em 2014, foi dada a conhecer o “retrato social” das pessoas com mais de 60 anos, que recorreram a diversas entidades, em virtude de terem sido vítimas de violência no seio familiar. Foram maioritariamente mulheres entre os 60 e 69 anos, casadas, a residir em agregados de duas pessoas, com baixo grau de escolaridade, reformadas ou com profissões pouco qualificadas, a violência física representou 88%, a psicológica cerca de 70%, a financeira 48%, 8% de violência sexual e 7% de negligência (Gil e Santos, 2014).

A Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2018 refere que, Portugal é *Estado Parte* nos principais instrumentos internacionais vinculativos nestas matérias, a destacar a Convenção de Istambul (Fonseca, 2019). Isto porque a

¹⁴ É considerada uma violação dos direitos humanos. É também classificado como um grave problema de saúde física e psicológica que atingiu proporções epidémicas, afetando 30% das mulheres em todo o mundo. A definição mais amplamente aceite de violência baseada no género é a proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1995, afirmando que é qualquer ato de violência baseada no género que resulta em possíveis ou reais danos físicos, sexuais ou psicológicos. Inclui ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida privada ou pública, coerção física ou psicológica exercida sobre uma pessoa para limitar a sua vontade e forçá-la a realizar um ato específico. Esta violência pode assumir diferentes formas, incluindo física, verbal, psicológica, sexual, social e económica. (López-Hernández & Rubio-Amores, 2020)

taxa de criminalidade em Portugal, manteve-se elevada em 2016, nos 32,1%, apesar do Instituto Nacional de Estatística registar uma diminuição do número de crimes comparativamente a 2011 que era cerca de 39%, sendo que os crimes contra a integridade física ocupam 5,1% do total, resultando num aumento de procura de cuidados de saúde ao nível hospitalar (Ferreira, 2018). Cerca de 37% dos homicídios cometidos em Portugal, têm o ponto de partida na VD. Em 2018, morreram 20 mulheres vítimas de VD, são números bastante significativos, tendo em conta que representa cerca de 23% dos crimes por homicídio (Fonseca, 2019). Segundo o Relatório Anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2019) referente ao ano de 2018, foram identificados 20.589 crimes e outras formas de violência que se traduziram num total de 9.344 vítimas, tendo o crime contra pessoas representado cerca de 95% dos casos. Além disso, tem-se verificado também um aumento da complexidade e da multidimensionalidade dos fenómenos desencadeados, apresentando estes, as mais diversas tipologias no que se refere à causa do dano (APAV, 2019). Posto isto, de acordo com o quadro seguinte (quadro 1), explana-se os custos na saúde no nosso país devido à violência.

Quadro 1 – Custos da violência em Portugal

A violência de género custa aos países europeus mais de 366 mil milhões de euros anualmente, estima o Instituto Europeu para a Igualdade de Género, segundo o qual em **Portugal esse valor rondará os 8,4 mil milhões de euros;**

“A violência contra as mulheres representa 79% deste custo, chegando aos 289 mil milhões de euros”;

Especificamente no caso de Portugal, o *EIGE* calcula que **a violência de género custe todos os anos cerca de 8,4 mil milhões de euros**, 6,68 mil milhões dos quais referentes à violência de género contra as mulheres;

A análise do *EIGE* abrange também o custo da violência em contexto de relações de intimidade que, em Portugal, custa 4,04 mil milhões de euros por ano, sendo que dentro desse valor 3,49 mil milhões dizem respeito a casos de violência contra mulheres;

No global dos **27 países**, a **violência em contexto de relações de intimidade custa quase 175 mil milhões de euros por ano**, **86,8%** dos quais referentes a casos contra mulheres, ou seja, quase 152 mil milhões de euros.

“O novo estudo do *EIGE* desconstrói os diferentes custos da violência de género, **com o maior custo a ter origem no impacto físico e emocional (56%), seguido do custo nos serviços de justiça criminal (21%) e nas perdas ao nível da economia (14%)**”

(EIGE) - European Institute for Gender Equality

Fonte: Agência Lusa em 07 de julho de 2021

1.3 Cuidados na preservação de vestígios médico-legais

Neste capítulo darei relevância à recolha e manutenção de vestígios médico-legais, bem como o modo de garantir a sua veracidade, através da cadeia de custódia. De acordo com Camilo et al. (2017), quanto mais “puros” forem os vestígios, melhores informações trarão. Evitando-se assim o erro na colheita, que pode incorrer na nulidade da prova (decisão jurídica) por fragilidade da mesma, e conseqüente absolvição do culpado. Nesta linha de pensamento Susano (2019) descreve que, o vestígio é todo o objeto ou material bruto detetado e/ou recolhido no local do crime. Tendo em conta o acima mencionado, A EF tem a sua origem no Princípio de Locard que, defendeu que “*todo o contato deixa um traço*” (Ferreira, 2018). Os enfermeiros durante o cuidado à pessoa vítima de violência devem atender a este princípio de transferência de vestígios, sendo crucial tocar e mover só o estritamente necessário, utilizando luvas e trocando-as com frequência, no sentido da prevenção da contaminação cruzada (Gomes, 2010; Costa, 2010, citado por Pereira, 2017). De acordo com este princípio, no local do crime ficam inevitavelmente vestígios do agressor, que por sua vez transporta consigo voluntária ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato violento (Pereira, 2017). Tendo por base o princípio nuclear da teoria de *Locard*¹⁵ (formado em Medicina e Direito), pode afirmar-se que o vestígio é uma evidência, um indício que permite o restabelecimento da verdade. O vestígio pode ser figurado como uma prova, mais tarde em sede de julgamento, tendo um caráter jurídico, mas mais frágil e menos visível (Machado, 2019). Os vestígios são facilmente deterioráveis, pelo que podem ser modificados ou mesmo desperdiçados durante a intervenção de enfermagem no SU. Nesta ótica de pensamento, a preservação de vestígios forenses e a documentação da condição da pessoa principalmente à chegada ao SU, são essenciais para o uso numa futura investigação forense (Ferreira, 2018). A EF permite que o enfermeiro aja de forma consciente, com base em conhecimentos científicos forenses, em articulação com a humanização de cuidados. Muitas

¹⁵ todos os corpos em contato, pessoas ou objetos transferem partículas entre si (princípio da transferência), podendo estas estar visíveis ou com recurso a microscópio e/ou reagentes laboratoriais, como o uso de partículas de fibras ou impressões digitais (Pereira, 2017).

vezes, a investigação do crime não teve os resultados esperados, por erros que foram cometidos pelos enfermeiros, por falta de conhecimento/formação (Ribeiro, 2016). Contudo, aquando de uma abordagem à pessoa vítima de violência, em meio extra ou intra-hospitalar, a prioridade da equipa interdisciplinar é a prestação de cuidados de saúde. Nunca a preservação ou a recolha de vestígios pode atrasar ou inibir a prestação de cuidados de forma a garantir um atendimento adequado (Machado, 2019). Decidir sobre a recolha e preservação de vestígios é uma intervenção autónoma do enfermeiro e permite desenvolver autonomia (Pereira, 2017). A formação na área da EF, permite que o enfermeiro possuía a competência necessária para recolher e preservar vestígios, contribuindo de uma forma valiosa para a defesa da pessoa, vítima de violência e incriminar o agressor, porque colheitas mal-executadas ou amostras mal-acondicionadas de nada servirão aos laboratórios forenses. Sem vestígios não há provas e sem provas, o juiz não poderá analisar de forma correta, com base em factos científicos e reais para confirmar a ocorrência de um crime (Santos, 2013). Segundo Pereira (2017), o primeiro passo para uma adequada recolha de vestígios é a elaboração de registos de enfermagem de forma objetiva, sucinta e com uma metodologia organizada na descrição dos factos, porque a sensibilidade da equipa de saúde para identificar uma potencial investigação forense, pode prevenir a destruição de evidências. Posto isto, o enfermeiro deve desenvolver, promover, implementar e supervisionar a atuação de acordo com os protocolos e sistemas adequados perante as vítimas e agressores que incluem todas as formas de violência. Além disso, deve desenvolver-se na educação e formação dos pares, melhorando a prática da clínica forense (Ribeiro, 2016).

A tomada de consciência de que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros ficam muito longe daquilo que poderia ser realizado, colaborando num processo de investigação criminal, garantindo a preservação de vestígios, a avaliação da pessoa e os registos, podem oferecer contributos no sistema judicial. Considero pertinente sensibilizar os enfermeiros para a importância da EF e as consequências de um procedimento forense ser realizado de forma inadequado. No SU os enfermeiros ao cuidarem das pessoas vítimas de violência têm o dever de denunciar esse crime (Ferreira, 2018). Não podem prestar cuidados às vítimas ignorando o elo fundamental com quem devem colaborar, o Direito

(Santos, 2013; Ferreira, 2018). Nesta linha de pensamento, têm de estar sensibilizados como deverão abordar a pessoa, de modo a respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro, os princípios médico-legais e a preservação de vestígios¹⁶.

Pela abordagem referida, o enfermeiro ao aplicar a EF na tomada de decisão, deve fazê-la de acordo com os princípios éticos que se rege, permitindo assim decidir de forma apropriada (Ribeiro, 2016; Ferreira, 2018). Acrescento ainda que, o segredo profissional está também previsto no Código Deontológico dos Enfermeiros, devendo apenas divulgar informações sobre a pessoa e a família, em situações que são previstas pela lei. Mantendo-me na perspetiva do cumprimento ético e cívico em Portugal, o Código do Processo Penal determina que, o profissional de saúde ao tomar conhecimento da situação de um crime público, tem o dever de comunicar às entidades competentes, sendo um dever cívico e moral que cada pessoa (Ferreira, 2018), como exemplo de uma situação de maus tratos aos idosos e crianças ou perante o crime de VD entre cônjuges. Saliento, como ideia chave, a importância da formação na área, sensibilizando os profissionais para estratégias, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, bem como as implicações legais, tendo em vista a aquisição de conhecimentos necessários para o cuidado à pessoa vítima de violência, no que respeita à preservação de vestígios médico-legais, apoio psicológico e o encaminhamento para as entidades judicial e social (Gomes, 2014; Ferreira, 2018).

As intervenções devem ser no sentido de uma situação de crise ou de emergência, sendo crucial o enfermeiro identificar o grau de suspeita, risco ou perigo (anexo violência), detetar as situações mais insidiosas e conduzir a sua atuação de modo a proteger a pessoa a projetar apoio e a promover os procedimentos legais necessários. Oehme 2016 defende que, a atenção à violência no SU deve ser uma prioridade porque, este é o rosto da instituição hospitalar para a maior parte da população, recebe centenas de pessoas por dia,

¹⁶ “a prática de EF é consistente com o Código de Ética para Enfermeiros Forenses (IAFN), o Código Internacional de Ética para Enfermeiros (ICN), o Código Deontológico do Enfermeiro (OE) e o Código de Conduta do Enfermeiro Forense envolvendo o valor humano no fundamento filosófico”. (Gomes, 2014)

sendo considerada uma das áreas mais interessantes e motivacionais dos cuidados de saúde atuais (Marques, 2017). Tendo em conta o descrito, a equipa de enfermagem deve incluir profissionais com competências capazes de detetar possíveis causas de violência agindo de modo eficaz e eficiente para que, seja possível registar de forma detalhada, os dados obtidos na entrevista inicial, como o exame físico, os resultados de exames complementares de diagnóstico bem como, quando se justificar, incluir desenhos, fotografias das lesões, descrever sinais e sintomas apresentados. O enfermeiro deve ter a atenção dirigida para a realidade que a pessoa vítima de violência vive, as suas implicações sociais e a tomada de decisão, perante a situação vivenciada (Lima et al, 2014). Todos os elementos do processo clínico podem vir a ser utilizados como informação médico-legal, no caso de um futuro processo judicial, sendo fundamental para uma adequada recolha de evidências elaborar uma documentação completa sobre as observações o mais precoce possível, assim bem como as condições em que a pessoa chegou, como e quando foi admitida no SU (Lynch, 2006, citado por Pereira, 2017).

É essencial o conhecimento do enfermeiro e o seu desempenho acerca das competências na identificação de sinais de violência humana, na intervenção desses sinais de modo a colaborar na promoção da justiça (Soares, 2016). Importa salientar que está no cerne do tema uma avaliação das pessoas, com um índice de suspeição, de modo a descobrir “como” e o “porquê” dos mecanismos de lesão que os levaram ao SU e o registo dos mesmos. Contudo, quando se faz um exame a uma pessoa deve-se ter atenção à vitimização secundária, procurando minimizá-la, garantindo um acolhimento cordial e simpático, explicando pormenorizadamente o que se pretende avaliar, como e qual a finalidade, dando-lhe tempo para falar, expor as suas dúvidas e receios, pedindo o seu consentimento para as diversas fases do exame, agradecendo a colaboração, explicando os passos seguintes, nomeadamente os procedimentos legais e oferecendo ajuda ou indicações para o futuro (Mouraz & Magalhães, 2010). Ainda de acordo com estes autores, no final do exame o perito deve estar apto a elaborar um relatório pormenorizado que será enviado à entidade que solicitou a perícia. Este documento tem dois momentos fundamentais, o primeiro é a descrição das lesões (clara, objetiva e sistematizada), utilizando linguagem identificável por todos os profissionais, com indicação das fontes e identificação

de métodos de medida. O segundo momento é a interpretação das lesões, o que marca a diferença entre uma observação feita por um enfermeiro de cuidados gerais e por um perito médico-legal. Esta interpretação requer, para além de conhecimentos, também isenção e imparcialidade. O somatório desses dois momentos é que constitui, verdadeiramente, a perícia. Pode ainda existir um terceiro momento que é a colheita de evidências ou vestígios e sua preservação para posterior análise. Susano (2019) diz-nos que, os vestígios podem ser classificados de acordo com a sua natureza, apresentação ou valor, distinguindo-se os vestígios físicos e os psíquicos. Discriminam ainda os vestígios segundo a sua tipologia em: biológico ou orgânico (sangue, saliva, suor, cabelo, ossadas, pelos e secreções vaginais), microfscópicos ou morfológicos (dentes, escrita, marcas de objetos, pegadas, impressões digitais, palmares e plantares) e físico-químicos ou inorgânicos (rastros de pneus, solo, fragmentos de vidros, gases inorgânicos, projéteis, armas brancas e de fogo, objetos cortantes e perfurantes). Neste seguimento, os procedimentos gerais devem incluir medidas de proteção para evitar a contaminação e/ou a destruição de vestígios. O enfermeiro forense deve usar equipamento de proteção individual, lavar as mãos antes do procedimento, após e sempre que trocar de luvas, entre as recolhas de vestígios. Como forma de proteção, deve-se evitar abordar áreas do corpo onde possam existir fluidos e ter especial atenção aquando da presença de itens molhados e o seu especial armazenamento (secagem dos itens, antes do armazenamento). A roupa torna-se relevante, uma vez que pode conter diversos vestígios, que devem ser colocados em sacos de papel separadamente, e nunca em sacos de plástico. O contentor de papel não deve ser muito estreito, para permitir a circulação de ar em redor do vestígio recolhido, mas também não muito largo, para evitar a agitação frequente do mesmo (Gomes, 2014). Nesta linha de pensamento, será importante compreender os locais privilegiados para o desenvolvimento destes detalhes, que se encontram englobados nas competências¹⁷ do enfermeiro forense. Os serviços de saúde de urgência/emergência, tanto ao nível extra como intra-hospitalar são locais onde as pessoas recorrem por diversas formas de violência: situações de trauma, de

¹⁷ resultam de critérios científicos definidos pela IAFN e pela Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APEFORENSE) e pela OE (Gomes, 2014).

asfixia e intoxicação, de violência intrafamiliar, violência coletiva, psiquiatria e detecção e investigação de morte (Ferreira, 2018).

Embora a prioridade no atendimento seja o acolhimento, a avaliação das lesões e os cuidados na manutenção da vida, é nestes ambientes que estão as primeiras oportunidades para a recolha de vestígios forenses (Camilo et al., 2017).

1.3.1 A cadeia de custódia

A cadeia de custódia garante a credibilidade a todo o processo desenvolvido. Isto porque, toda e qualquer prova só tem valor em termos jurídicos independentemente do local onde foi encontrada, se esta não for colocada em causa (Ferreira, 2018) e durante todo o processo de investigação a mesma não foi contaminada ou adulterada (Gonçalves, 2011; Machado 2019). A cadeia de custódia dos vestígios inicia-se com o profissional que recolhe os vestígios, e termina com a pessoa que protege e entrega os mesmos às autoridades. A cadeia de custódia é um procedimento para validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, e tem como objetivo uma constante vigilância destes para que permaneçam inalterados, evitando assim a sua destruição, contaminação ou perda.

Uma cadeia de custódia adequada permite saber onde foram guardados os vestígios, por quem, e o que foi feito em cada momento, sendo necessária para identificar que os vestígios apresentados em tribunal são os que foram recolhidos no cenário do crime, estabelecendo que não foram substancialmente alterados - admissibilidade em tribunal. Desde o início até o fim do processo judicial, é fundamental ser capaz de demonstrar cada passo (todas as etapas) para assegurar o rastreamento e a continuidade da evidência dos vestígios desde o local de crime até a sala do tribunal. A cadeia de custódia de uma vez quebrada pode por em causa toda a prova material. Se executada corretamente preserva os itens com transparência em todo o percurso, desde a recolha dos vestígios até os mesmos produzirem prova (Ferreira, 2018). Assim, a cadeia de custódia pretende provar que não houve alterações nos vestígios, desde a sua colheita até ao momento que entrar no laboratório, ou seja, uma amostra viável e com valor probatório (Machado, 2019).

Nesta sequência, permite registrar e estabelecer uma ligação entre cada pessoa que manuseou o vestígio, desde o momento em que é colhido, até ao momento em que é apresentado em tribunal. De realçar que recolher e preservar os vestígios médico-legais obedece a determinadas regras, sendo esta (cadeia de custódia) uma das mais importantes. Deverá ser descrita e registada a condição em que a pessoa vítima de violência se encontrava, o ambiente envolvente, que tratamento foi realizado e o provável cenário em que tenha ocorrido o crime. A aplicabilidade da cadeia de custódia realça-se na medida em que, todos os procedimentos efetuados desde a identificação, a recolha, a análise e a interpretação, passando pela preservação e o transporte do vestígio que deve ser minuciosamente registado.

Inicia-se no momento em que o vestígio é encontrado, documentando a hora, a data, local e identificação de quem fez a recolha e garantir, se possível um registo fotográfico. O acondicionamento, armazenamento e transporte deve ser efetuado em condições que garantem o isolamento, inviolabilidade, utilizando contentores com sistema de fecho e etiquetas adequadas (Pereira, 2017). Contudo, em situação de emergência é fácil quebrar esta cadeia pelo que, deverão ser implementados protocolos de atuação (anexo violência) com orientações específicas porque a descontinuidade poderá colocar em causa as evidências e por consequência, todo o processo de investigação criminal (Santos, 2013 citado por Machado, 2019).

Como síntese, a *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)* afirma que a cadeia de custódia é muitas vezes o elo mais fraco da investigação criminal (Gomes, 2014), todavia de forma a facilitar estes procedimentos todas as instituições devem desenvolver protocolos de colheita de vestígios, de acordo com as especificidades e necessidades de cada contexto da prática clínica e os profissionais de saúde adquirirem competência específica para estarem despertos para acolher potenciais pessoas vítimas de violência, com interesse forense (Ferreira, 2018).

1.4 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Para a aquisição de competências nesta área, terei como referencial teórico de enfermagem o modelo dos sistemas de Betty Neuman. O modelo dos sistemas refere que, o *stress* aumenta a necessidade de reajustamento. Esta necessidade requer a adaptação ao problema, seja qual for a sua natureza. Considera todas as variáveis que afetam o sistema cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Quando o processo de estabilização falha nalgum ponto, ou quando o organismo permanece num estado de desequilíbrio por muito tempo, fica incapaz de satisfazer as suas necessidades.

Neste modelo, os *stressores* são considerados estímulos produtores de tensão, cujo enfoque neste relatório será a tensão gerada por uma situação de violência ou de trauma intencional, que podem ocorrer no limite de tolerância da pessoa, através de forças intrapessoais, que ocorrem no indivíduo, forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos e forças extrapessoais, que ocorrem fora do indivíduo. Este modelo teve aplicabilidade na enfermagem comunitária para avaliar as necessidades de saúde, identificando a violência contra as mulheres como uma principal preocupação, o que justifica a sua pertinência. Neste sentido, opto pelo modelo dos sistemas, porque contempla uma preocupação da enfermagem na manutenção da estabilidade do sistema cliente, analisando os efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* que, podem desequilibrar os vários aspetos biopsicossociais vivenciados por uma pessoa vítima de violência.

Manter o sistema cliente (pessoa vítima de violência) estável é a grande preocupação do modelo teórico de Betty Neuman, através de uma avaliação rigorosa dos efeitos e das consequências dos *stressores* ambientais, de modo a reajustar o planeamento das intervenções, garantindo um nível elevado de bem-estar. Darei enfoque aos objetivos delineados e às atividades planeadas com base no pensamento subjacente ao modelo dos sistemas.

Ao analisar um artigo que pretendia demonstrar a importância da teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência, os autores afirmam que este modelo garante uma resposta às necessidades potenciais e reais das

pessoas que sofreram um evento *stressor* caracterizado como estímulos que ameaçam o organismo, gerando como consequência um padrão de respostas físicas e psicossociais para evitar ou prevenir uma condição avaliada como adversa (Lima, 2014). De acordo com o mesmo autor, o enfermeiro enquanto profissional que educa, ajudará a pessoa a lidar com o ambiente que gera um *stressor*. Na sua abordagem holística, torna-se útil a pessoas que experienciam *stressores* complexos, que afetam variáveis múltiplas numa situação de violência, conforme o mapa concetual seguinte (figura 2) estando representado a interligação dos conceitos mencionados.

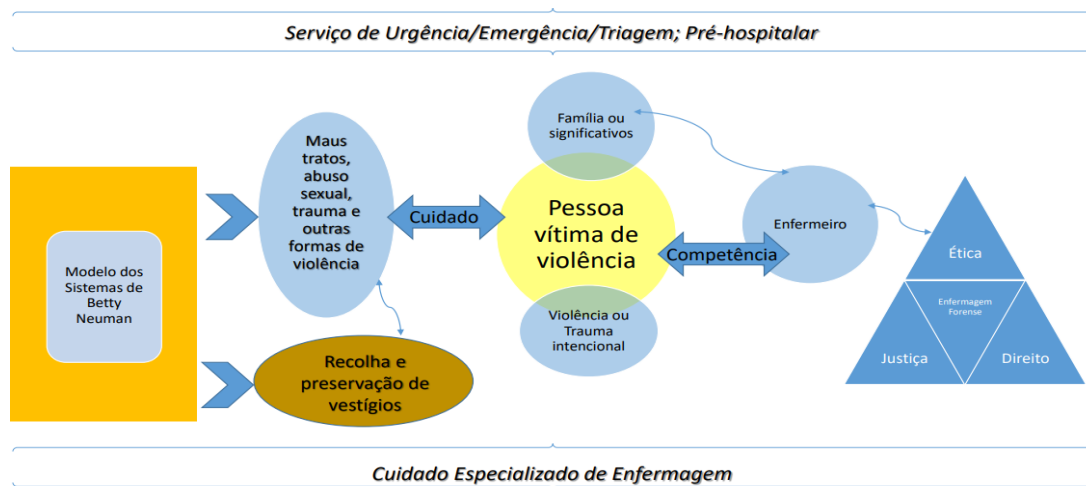


Figura 2 – Mapa concetual entre a Violência e a Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

2- PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

A competência do enfermeiro define-se como um conjunto de habilidades técnico-profissionais que na EF destaca a aquisição de conhecimentos necessários para a abordagem da pessoa vítima de violência ou trauma, bem como a preservação de vestígios, o apoio psicológico e o encaminhamento da vítima para as entidades judicial e social (Gomes, 2014). O enfermeiro deve deste modo, nas instituições de saúde realizar uma intervenção planeada, com base em conhecimento técnico-científico, promovendo competências que favoreçam a compreensão do ser humano nos seus aspetos biopsicosocioculturais e espirituais garantindo deste modo, um atendimento humanizado e seguro (Batista, 2018). A proximidade aos clientes, especificamente no SU permite desenvolver uma competência adequada para identificar, detetar e sinalizar as pessoas em situação de violência (Marques, 2017), o que evidencia uma metodologia de PBE para credibilizar os cuidados, obtendo ganhos em saúde, resolvendo problemas na prática clínica, com recurso ao raciocínio clínico, na procura da melhor evidencia disponível, combinada com o julgamento clínico e as preferências e os valores da pessoa (Fonseca, 2019).

O desenvolvimento de competências profissionais não resulta de uma aquisição intrínseca, isto é não resulta apenas de um conjunto de saberes acumulados (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Não basta ser detentor de um grande saber teórico, dado que as “práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (Benner, 2001). Tendo em conta a minha experiência profissional, considero que no período antecedente à realização do estágio possuía conhecimentos que me permitiam atuar como enfermeira competente, face à vigilância da pessoa que vivencia uma situação crítica. Contudo, com o desenvolvimento do estágio atingi o nível de competências necessárias para o reconhecimento da PSC. Reportando à mesma autora, considero encontrar-me

no nível de proficiente¹⁸. Para se tornar especialista, o enfermeiro deve adquirir competências ao nível da gestão e supervisão de cuidados, quer a nível da liderança, articulação de recursos humanos, materiais e tomada de decisão de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011b). Deste modo, pela tipologia de pessoas cuidadas no SU e tendo em conta o seu foco de intervenção/atuação, é um espaço privilegiado para a deteção de situações de violência, sendo os enfermeiros os primeiros a contactar com a pessoa no momento da triagem, focando-se em dados objetivos e subjetivos indiciadores de que aquele cliente pode ser vítima de violência (Marques, 2017).

Uma vez que, para uma prática direcionada às necessidades da pessoa vítima de violência é necessário que os enfermeiros identifiquem corretamente o diagnóstico de enfermagem, na *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2018-2020*, encontra-se identificado “risco de violência direcionada aos outros” (Fonseca, 2019). Posto isto, várias investigações têm revelado que existe de facto uma necessidade do enfermeiro que exerce funções num SU, conhecer sobre os métodos de sinalização e/ou identificação, avaliação e encaminhamento das pessoas em situação de violência.

2.1 Competências desenvolvidas em contexto clínico de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O desenvolvimento do estágio decorreu num hospital que está englobado num compromisso com a Qualidade Clínica e a Segurança do Doente e tem sido sistematicamente reconhecido como um dos melhores hospitais do país pelo SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, promovido pela Entidade Reguladora da Saúde e também pelo “TOP 5 – A Excelência dos Hospitais”, promovido pela multinacional de *benchmarking* clínico *IASIST*, que tem vindo a reconhecer este hospital como um dos três melhores do país no seu grupo de comparação. Encontra-se acreditado desde 2014 pela Joint Commission International (JCI), a mais prestigiada organização na acreditação na área da

¹⁸ O enfermeiro “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001), sendo que neste nível de competência, o enfermeiro aprende pela experiência quais os acontecimentos frequentes numa determinada situação específica, assim como possui a capacidade de reconhecer o que era previsto acontecer nessa mesma situação (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

saúde a nível mundial e é ainda certificado pela Entidade SGS em Gestão da Qualidade, Ambiente, Saúde e Segurança Ocupacional. As características estruturais e organizacionais aqui mencionadas e a diferenciação da equipa multidisciplinar em permanência e a panóplia de situações complexas e críticas que levam os clientes a recorrer ao SU torna-o num hospital rico em experiências.

Engloba o Sistema Integrado de Emergência Médica e dispõe de recursos humanos, materiais e físicos aptos a dar resposta às Vias Verde (acidente vascular cerebral (AVC), coronária e sépsis). Acoplado a ele funciona a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), com uma equipa preparada para a assistência no pré-hospitalar, ativada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (Despacho nº10319/2014, de 11 de agosto). Está organizado num segundo nível de acolhimento das situações de urgência, com valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imunohemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada (TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos durante as vinte e quatro horas), com apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com terapia de diálise para situações agudas) e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente), de acordo com o Despacho n.º 727/2007.

O estágio decorreu entre 18 de outubro e 17 de dezembro de 2021. A equipa de Enfermagem do SUMC é constituída por 78 enfermeiros, distribuídos por quatro equipas de 20 elementos aproximadamente, em turnos rotativos de 12h diariamente e dois elementos com funções de gestão. No turno da manhã estão 12 enfermeiros e no turno da noite 9 ou 10 elementos (se dia útil ou não útil), número que pode ser reestruturado consoante as necessidades e dinâmica do serviço. Estão em permanência em Sala de Observação (SO) duas equipas médicas, uma de cirurgia geral e outra de medicina interna que dão apoio à sala de reanimação e SO. Desempenham funções em permanência no SU profissionais de outras categorias, como técnicos de eletrocardiograma, análises e imagiologia, seguranças, polícias e equipa de limpeza. A distribuição da equipa

de enfermagem pelas várias áreas tem em conta a sua experiência e o tempo de permanência no serviço, é realizada 2 vezes por semana pelo segundo elemento do serviço: 2 postos de triagem, 1 sala de reanimação (engloba também o trauma) e 4 salas de observação (SO): SO1 – 10 doentes de cirurgia/ortopedia; SO2 – 10 doentes de cirurgia/ortopedia; SO3 – 20 doentes de medicina interna (cor laranja e amarela); SO4 – 26 doentes internados a aguardar transferência para a enfermaria; Sala de Tratamentos acoplada entre a triagem e o SO1 (doentes triados de cor verde).

De modo a responder ao objetivo maior, identificado na introdução delineei os seguintes objetivos específicos:

- Assegurar uma adequada prestação de cuidados, com base nos princípios éticos da profissão de Enfermagem;
- Cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe, dinamizando as respostas;
- Intervir na prevenção e controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, dando respostas adequadas em tempo útil;
- Cuidar da pessoa que vivencia situações de trauma intencional ou não intencional, de modo a garantir a estabilidade hemodinâmica;
- Assegurar a eficiência dos cuidados, preservando os vestígios de indícios de prática de crime;
- Sensibilizar os pares nos contextos da prática para a importância da enfermagem forense, na abordagem da pessoa vítima de violência, comunicando crimes públicos;
- Refletir sobre o contributo das ciências forenses, na prática de enfermagem na pessoa em situação violência/trauma intencional;

- Colaborar na coordenação/gestão da equipa de enfermagem, de modo a garantir a prestação de cuidados de qualidade, promovendo ganhos em saúde.

De forma a dar resposta aos objetivos delineados, no início de estágio tive a oportunidade de reunir com a enfermeira chefe do serviço, com o intuito de conhecer o contexto clínico e identificar possíveis áreas de intervenção. Dada a dimensão e a grande abrangência de clientes e tendo em conta o objetivo estabelecido para este campo de estágio, delimitei a minha área de intervenção direcionando-a para a prestação de cuidados ao cliente crítico, permanecendo exclusivamente no SO, sala de reanimação e triagem, este último local fulcral para a identificação de uma pessoa vítima de violência.

O enfermeiro no SU tem que estar apto a identificar rapidamente as necessidades das pessoas e intervir em conformidade, preocupando-se com a estabilização do cliente e a manutenção da vida, identificando os focos de instabilidade, os riscos de falência multiorgânica e ainda a prevenção da doença (Cole & Kleinpell, 2006). É-lhe exigido raciocínio clínico rápido e capacidade de liderança e tomada de decisão, tendo em conta os valores ético-deontológicos da profissão. Foi necessário evidenciar todo o meu conhecimento através das minhas intervenções, na abordagem à PSC e efetuar uma avaliação contínua dos resultados esperados (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), dado que cuidar implica *“reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências saúde-doença”* (Watson, 2002). Porque cuidar implica conhecer o outro, os seus poderes, limitações e necessidades bem como identificar os cuidados mais adequados que contribuem para o seu crescimento, tendo a teoria dos sistemas de Betty Neuman como fio condutor ao longo do estágio, permitiu identificar *stressores* na pessoa, promovendo o reequilíbrio do sistema cliente/ambiente. No decorrer da minha prestação de cuidados de enfermagem neste serviço, constatei que os clientes são tendencialmente mais exigentes, pois geralmente deparam-se com a doença de uma forma súbita, o que os torna mais vulneráveis, ansiosos e fragilizados (Alminhas, 2007), o que já era frequente no meu contexto clínico. Para além destes aspetos, a diversidade cultural e étnica dos clientes que deram entrada neste SU é muito mais acentuada, podendo criar alguma dificuldade acrescida no estabelecimento

da relação terapêutica. Perante estas circunstâncias, adotei uma postura capaz de criar um clima de confiança, escuta e respeito pela individualidade do cliente (Boykin, Bulfin, Baldwin, & Southern, 2004), tendo em conta a forma como este vivenciava o seu processo de saúde-doença, o que também está em evidência na teoria dos sistemas de Neuman.

No que diz respeito aos cuidados diferenciados ao cliente em situação crítica de médio e alto risco (paragem cardiorespiratória, choque, queimados, politraumatizados ou sépsis) devem desenvolver-se na sala de reanimação, onde o enfermeiro começa por acionar o sinal sonoro de modo a ativar a equipa e assegurar a prestação de cuidados no sentido da estabilização e tratamento do cliente, obedecendo a uma regra sistematizada de cuidados *ABCDE* (*Airway*/via aérea; *Breathing*/ventilação; *Circulation*/circulação; *Disability*/disfunção neurológica; *Exposure*/exposição com controlo de temperatura) enquanto metodologia de abordagem para a avaliação primária (American College of Surgeons, 2008; Conselho Português de Ressuscitação, 2011; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011; Society of Trauma Nurses, 2008). Tendo em conta a especificidade dos cuidados exigidos a estes clientes foi valorizada a formação realizada anteriormente direcionada à PSC, como o Curso de Suporte Avançado de Vida e o *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) que se evidenciaram como uma mais valia na melhoria da especificidade dos cuidados de enfermagem. Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à PSC vítima de trauma, pois é na sala de reanimação que são prestados os primeiros cuidados à maior parte das pessoas. O trauma acarreta consequências sociais e económicas significativas tanto para a pessoa como para a sociedade, dado que as lesões relacionadas com o trauma podem ocasionar incapacidades físicas ou mentais temporárias ou permanentes e podem levar à morte. Considero de relevo dar enfoque nesta sequência que a OMS define lesão como “toda a alteração do equilíbrio biopsicossocial”, e a definição clínica de lesão define-se como a “alteração funcional, orgânica ou psíquica consecutiva a fatores externos e internos”, daí a descrição detalhada das características das lesões ser fundamental (Gomes, 2014). A intervenção de uma equipa multidisciplinar, treinada e capacitada, fundamentando a sua intervenção em *guidelines* atuais, permite a padronização dos cuidados e

contribuí para a qualidade dos cuidados prestados a estes clientes (Miller, 2010), para a obtenção de melhores resultados. Contudo, verifiquei na prática clínica grandes lacunas na abordagem à pessoa vítima de trauma, relativamente à traumatologia forense, o que desencadeia erros na prática que poderiam ter sido evitados, se a equipa de enfermagem tivesse treinada na abordagem à pessoa com base nas competências da EF. Posso afirmar que, houve evidencia de más práticas com contexto de SU, relativamente à EF.

A sala de reanimação recebe frequentemente pessoas acompanhadas pelo INEM, tratando-se de um meio específico quer pela tripulação que o compõe, quer pelo equipamento que transporta, permitindo assegurar o suporte imediato de vida recorrendo a uma monitorização intensiva e suporte farmacológico específico, assim como abordagem avançada da via aérea nos casos em que são usados meios mais diferenciados como a VMER. Na sala todo o material é verificado como a sua operacionalidade, a cada início de turno pelo enfermeiro destacado para esta área. Durante a minha permanência pude também efetuar essa verificação e constatar a sua importância para uma prestação de cuidados mais eficaz e segura. Tratando-se de um local em que a PSC entra com necessidade de intervenção imediata, todo o material de emergência deverá encontra-se bem visível, de acesso fácil e operacional, pois favorece a atuação imediata, dá segurança à equipa e promove a qualidade dos cuidados.

Quando os clientes entram diretamente para esta sala, a triagem é realizada na sala de reanimação. Esta sala está equipada com um ventilador fixo e outro portátil, que simplifica o transporte inter e intra-hospitalar da PSC com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. A minha experiência neste contexto de estágio foi de transporte intra-hospitalar, entre a sala de reanimação e o serviço de imagiologia. A sala tem uma particularidade, com dois sinais sonoros, um para ativar a equipa de medicina interna e outro para ativar a equipa de trauma (cirurgia). Pude colaborar na prestação de cuidados diretos, mas também na observação e avaliação de uma forma global e metódica, por forma a “prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2010b). Identifico como exemplo do acima mencionado, a situação de um idoso

que deu entrada por queda e esteve cerca de 6 horas a aguardar observação médica. Quando abordei no sentido de avaliar os sinais vitais, estava hipotérmico (34°C) e com frequência cardíaca de 32 pulsações/minuto, mantendo Glasgow de 15 pontos. Foram executadas intervenções no sentido do aquecimento externo (aquecedor externo) a 40°C, mantive a monitorização cardíaca e vigilância contínua. A hipotermia foi revertida para 36,5°C e houve uma estabilização hemodinâmica da frequência cardíaca para 86 pulsações/minuto. A vigilância da PSC mesmo quando a situação parece estável é determinante para identificar alterações e antecipar o agravamento do seu estado (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005). Deveria ter sido analisada a causa da queda que levou a pessoa idosa a recorrer ao SU. Isto porque, o enfermeiro deve suspeitar de qualquer trauma que seja inexplicado ou que não tenha tido testemunha, principalmente em processo de envelhecimento surge algumas desvantagens ao idoso, apresentando necessidades especiais e de maior vulnerabilidade (Gomes, 2014). Associa-se a perda de mobilidade e as capacidades cognitivas estão reduzidas. Quando o idoso é lesado (queda), as lesões tendem a ser graves (fraturas e contusões) devido à fragilidade do corpo e da mente. Teria sido importante, identificar corretamente através de uma recolha de dados/entrevista se estava presente uma situação de maus tratos ao idoso.

Foi ainda vivenciada uma situação de entrada de dois clientes, quase em simultâneo, na sala de reanimação. A equipa que se encontrava na sala foi dividida pelo chefe de equipa para a prestação de cuidados. Em conjunto com a enfermeira orientadora, prestei cuidados ao primeiro cliente a ser admitido. Tratava-se de uma situação de taquicardia supraventricular (TSV) com frequência cardíaca de 183 pulsações/minuto e um outro cliente com edema agudo do pulmão. É uma área onde a equipa de reanimação tem acesso imediato a um conjunto de meios para avaliação, monitorização, correção de desequilíbrios fisiológicos e suporte de funções vitais da PSC (Ordem dos Médicos, 2008). A abordagem e intervenção foram orientadas pelo *ABCDE*, estando a pessoa consciente com pontuação de 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow. Fiquei responsável com a enfermeira orientadora pela atuação na

pessoa com TSV, foi de imediato iniciada manobra de valsava modificada¹⁹, mas sem sucesso, tendo de seguida administrada 6 mg de adenosina, com o cuidado de explicar à pessoa que iria sentir em segundos uma “sensação eminente de morte”, com reversão da frequência cardíaca após 4 segundos para 96 pulsações/minuto. Foi realizado eletrocardiograma e ecocardiograma. Após observação pelo médico dos resultados dos exames, os quais não revelaram alterações, e por se encontrar estável do ponto de vista hemodinâmico, a pessoa foi transferida para uma sala de SO, onde permaneceu cerca de 6 horas em vigilância. Nesta situação tive possibilidade de executar os procedimentos de enfermagem adequados, de colaborar na observação e avaliação sistemática da pessoa, procurando identificar e interpretar alterações do seu estado de saúde resultantes de alterações do foro cardíaco. Foi também realizado o contacto telefónico à filha (envolvimento da família nos cuidados), informando-a da situação e esclarecendo as suas dúvidas. As intervenções realizadas naquele momento, proporcionaram bem-estar à pessoa que vivencia uma situação de instabilidade hemodinâmica, o que foi ao encontro do objetivo específico delineado. O referencial teórico de Betty Neuman defende um equilíbrio após um *stressor*, quando se atinge o bem-estar, o que foi possível alcançar com uma intervenção rápida e adequada. Na prestação de cuidados à PSC é fundamental que o enfermeiro pense na evolução da sua situação clínica, procurando “antecipar os problemas” que podem daí surgir, equacionando o que faria para solucioná-los (Benner, 2001).

Ainda na sala de reanimação, senti inicialmente dificuldade na avaliação do cliente e na gestão dos cuidados atendendo às prioridades. Após refletir sobre o sucedido com a enfermeira orientadora, atribui esta dificuldade ao ambiente, que percecionei como confuso e no qual me era difícil concentrar, devido à presença e solicitações de vários profissionais em simultâneo (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, bombeiros, técnicos de análises e de imagiologia). Consegui ultrapassar esta dificuldade focando-me na observação dos clientes cujas situações tinham um grau de gravidade menor, estabelecendo as prioridades e elaborar um plano de cuidados de uma forma mais

¹⁹ consiste em proceder à expiração forçada por 15 segundos com a pessoa em posição semi-fowler (decúbito dorsal a 45°). Imediatamente após, deita-se o paciente a 0° e eleva-se os membros inferiores a 45°, mantendo-se essa posição também por 15 segundos.

sistemizada, antes de passar gradualmente, para as situações de maior complexidade. A estratégia que adotei para a transmissão oral e escrita da informação da pessoa, segundo a metodologia ISBAR²⁰ ajudou-me a melhorar a capacidade de concentração.

Relativamente aos cuidados especializados à PSC, após a admissão no SU o cliente é avaliado segundo o protocolo de Triagem de Manchester. Este protocolo incide sobre a queixa da pessoa e avalia sinais de gravidade, pelo que posteriormente é encaminhada para a área da especialidade médica ou cirúrgica que o irá observar. Os clientes com situações emergentes, com necessidade de uma intervenção imediata, entram diretamente para a sala de reanimação. O sistema de triagem é realizado pelo enfermeiro do SU, verificando uma correta prioridade clínica num espaço de tempo limitado, cerca de 3 minutos. O enfermeiro deve ter competência, experiência, conhecimento e intuição (Neves, 2010). A identificação precoce do problema (*stressor*), aspeto importante na admissão e encaminhamento da pessoa no SU tem paralelo com a atribuição do significado na teoria dos sistemas de Betty Neuman. Nesta perspetiva é fundamental que, o enfermeiro faça a apreciação do cliente de forma eficaz e eficiente, usando técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família, que permitam que a entrevista seja objetiva e clarifique rapidamente a situação de doença, para assim definir a sua prioridade clínica (Amaral, 2017). Durante o estágio foi possível acompanhar uma pessoa que na admissão foi ativada a VV AVC. Deu entrada diretamente para o serviço de Imagiologia para realização de TAC Crânio-encefálica (CE). Nesse serviço já se encontrava presente a equipa de neurocirurgia. A cliente foi de imediato observada e feita a avaliação *ABCDE* (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013), realizada a colheita de dados, puncionado acesso venoso periférico e colhido sangue para análises (hemograma, bioquímica, coagulação). Após a realização do exame imagiológico, a cliente foi rapidamente transferida para um hospital de referência em cerca de 30 minutos, para realização da

²⁰ De acordo com a norma da DGS nº001/2017, ISBAR significa: *Identificação*: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; *Situação atual*: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; *Antecedentes*: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; *Avaliação*: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; *Recomendações*: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente" (DGS, 2017).

intervenção terapêutica (fibrinólise). Esta experiência proporcionou-me aprendizagens significativas, reforçando o conhecimento que já tinha da norma da VV AVC e tratando-se de uma emergência, evidenciou a importância de uma intervenção célere (*golden hour*) de forma a minimizar o tempo de evolução do AVC e a implementação do tratamento necessário. Tendo em consideração que as doenças cerebrovasculares são um importante problema de saúde pública, a ativação das Vias Verdes promove o envolvimento dos profissionais de saúde e o reconhecimento precoce de sinais de alarme, proporcionando o tratamento adequado num curto intervalo de tempo (DGS, 2017). O posicionamento corporal com especial enfoque no hemitorço negligenciado em resultado do AVC e a comunicação demonstraram-se duas intervenções autónomas de enfermagem executáveis e úteis naquele contexto de cuidados, nesta situação complexa de doença crítica.

Na área da pequena cirurgia e ortopedia, tive possibilidade de colaborar nos cuidados a clientes admitidos por traumatismos com feridas, queimaduras, fratura da clavícula e do colo do fémur e ferida por isquemia dos membros inferiores. Da realização simples da limpeza e desinfeção da ferida e colocação de apósito apropriado à recolocação de trações cutâneas nos clientes com fraturas do colo do fémur foi possível otimizar o controlo da dor, com a deteção precoce de alterações neurocirculatórias e o correto posicionamento. Uma vez mais a traumatologia forense aqui deveria ter sido analisada. Contudo, na minha perspetiva por deficit de formação dos enfermeiros na prática, tornou-se uma “falha” nos cuidados. Seria relevante um conhecimento sobre a classificação médico-legal das lesões que consiste na estimativa das consequências somáticas, funcionais e estéticas, de apresentação imediata ou mediata numa pessoa viva ou num cadáver, de carácter provisório ou definitivo. A classificação mais utilizada depende do agente que produziu a lesão, que podem ser agentes mecânicos, físicos, químicos ou biológicos (Gomes, 2014).

Mantendo-me nesta linha de pensamento, a apreciação e reflexão foi dirigida à abordagem da PSC e sua família, dando especial enfoque à pessoa vítima de violência e/ou trauma intencional, conforme está em evidencia no jornal de aprendizagem (JA) neste contexto clínico (anexo violência). Neste JA pude analisar uma pessoa idosa em situação de maus tratos, por parte da filha e

genro. Esta preocupação no contexto clínico de estágio deve-se ao facto dos maus tratos aos idosos ser VD, onde decorre situações complexas, envolvendo fatores físicos, sociais e económicos. Assim, o enfermeiro deve analisar/identificar sinais de carência alimentar, higiene, cuidados de saúde, medicação e segurança (Gomes, 2014). A pessoa idosa apresentava vários hematomas e equimoses em diferentes estádios de cicatrização e se diversas lesões se encontram em vários estádios de cicatrização, com atraso na procura dos cuidados de saúde, são também inconsistentes com a história dada e se apresentam lesões padrão ou marcas evidentes de contensão, são fortes suspeitas de abuso (maus tratos aos idosos). A primeira etapa da abordagem é a entrevista com recolha da história. No JA essa abordagem está explícita, foi realizada por mim uma entrevista à pessoa idosa, contudo é necessária uma equipa multidisciplinar em articulação no sentido de garantir a segurança.

Saliento que o trabalho em equipa no SU é essencial, entre todos os elementos da equipa multidisciplinar que no local desempenham funções. Destaco o espírito de equipa e de entreaajuda que os enfermeiros e chefes de equipa desenvolviam entre si, bem como junto da equipa multidisciplinar, o que promovia um ambiente de harmonia e colaboração de todos os elementos. Numa fase inicial do estágio, observei o método de trabalho e quais as prioridades que a equipa estabelecia. No decorrer do estágio fui colaborando de forma mais efetiva no trabalho em equipa até sentir-me como elemento da equipa. Considerei bastante pertinente acompanhar a enfermeira orientadora com a função de chefe de equipa de enfermagem no SU durante os primeiros 15 dias do estágio, de modo a que também pudesse adquirir competências nesta área. O enfermeiro (chefe de equipa) não assume uma área, circula por todo o SU, dispondo assim de um conhecimento alargado acerca de tudo o que nele se passa, o que lhe permite a qualquer momento tomar decisões que otimizem a resposta da equipa de enfermagem, médica e de assistentes operacionais, garantindo desse modo a segurança e qualidade dos cuidados. A coordenação do SU durante o turno constitui uma experiência complexa, dadas as características deste serviço. Acompanhar a enfermeira orientadora na coordenação do turno foi facilitador para desenvolver as competências de gestão, área na qual não tinha experiência anterior. Neste serviço, o enfermeiro

(chefe de equipa) gere o número de vagas existentes nos diferentes setores, os recursos humanos e a coordenação de stocks de materiais. A gestão destas diferentes áreas exige do enfermeiro uma visão geral do serviço, bem como o conhecimento das necessidades de saúde dos diferentes clientes. As atividades que mencionei permitiram-me desenvolver o meu pensamento crítico e capacidade de decisão e liderança, gestão e organização de recursos, assim como técnicas de comunicação e gestão de conflito, o que vai ao encontro do objetivo específico que delineeii. Saliento a importância do contato com outras instituições e serviços, nomeadamente com as equipas de pré-hospitalar²¹ para gerir e coordenar o serviço, de forma a existir uma resposta eficaz e atempada às necessidades das pessoas. Cabe também ao chefe de equipa estabelecer prioridades de ação durante o decorrer do turno, reajustamento de recursos humanos em função das necessidades e identificação de situações problema conjuntamente com a restante equipa multidisciplinar, bem como em articulação com o CODU. Esta competência ainda pouco desenvolvida na minha realidade profissional, contribuiu para a aquisição desse conhecimento, enquanto líder de uma equipa de saúde.

Houve a possibilidade de vários momentos reflexivos com a enfermeira orientadora sobre a responsabilidade do enfermeiro especialista em desenvolver intervenções autónomas no contexto do SU. Deste modo, foi minha preocupação não descurar a avaliação da dor da PSC, através do uso de escalas e da observação de esgar facial, agitação ou taquicardia, assim como efetuar o seu controlo implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas, como a alternância de decúbitos, a elevação da cabeceira ou o levante para cadeirão, quando a situação do cliente o permitia, assim bem como o toque terapêutico e a massagem contribuíram para o seu bem-estar e evidenciam o campo de intervenção autónomo do enfermeiro no controlo da dor, o que está em evidencia na teoria dos sistemas de Betty Neuman, sendo o bem-estar considerado como o equilíbrio total do cliente.

²¹ Não foi possível uma abordagem mais efetiva do extra-hospitalar, pela falta de oportunidade de desenvolver competências neste contexto da prática clínica, pelo que a análise se foca na área teórica dos conceitos de cuidados forenses do pré-hospitalar, sem uma atenção na prática de cuidados, o que teria sido uma mais valia como complemento ao relatório apresentado.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista na área da PSC, um dos objetivos específicos delineados abrange a prevenção e o controlo de infeção e em contexto de SU é uma preocupação constante, devido às características da dinâmica funcional deste contexto clínico. Saliento a importância do seguimento das normas de controlo de infeção da instituição, regulamentadas pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e acreditadas pela *JCI*. Foi com base nestes conhecimentos, assim como nos que já tinha desenvolvido na minha prática profissional, que adotei medidas de prevenção e controlo de infeção. Apesar de muitas vezes existir sobrelotação no SU e a distância de segurança entre macas estar comprometida, foi possível implementar várias medidas de prevenção e controlo de infeção, de forma a minimizar os constrangimentos que o espaço físico e a dinâmica funcional impõem. Neste sentido foram utilizados equipamentos de proteção individual, de acordo com as novas orientações/recomendações da Direção Geral da Saúde, devido ao período pandémico de SARS-CoV2, assim bem como a higienização das mãos, o isolamento de clientes e o uso de técnica asséptica tendo também sido dadas indicações para a limpeza e desinfeção de espaços e equipamentos, assim como realizado sessões de educação para a saúde informais a outros profissionais e familiares de modo a adotarem comportamentos adequados (DGS, 2007 e 2013) principalmente aquando da cooperação com a enfermeira orientadora, como chefe de equipa.

No âmbito da dinâmica do SU, torna-se essencial destacar a importância de assegurar a privacidade, a confidencialidade e a dignidade dos clientes que aí são admitidos. Na minha perspetiva são os princípios éticos que destaco neste contexto, uma vez que existe muitos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de imagiologia e de análises clínicas), e de outras profissões (bombeiros, agentes da polícia, por exemplo) que devido à estrutura física existente proporciona pouca privacidade ao cliente, estando por vezes a exposição corporal em evidência. Estas experiências, fizeram-me refletir sobre as várias dimensões da prática profissional e sobre a importância da mesma se pautar pelos princípios éticos e os padrões de qualidade da OE (OE, 2011), promotores da melhoria da qualidade contínua dos cuidados de enfermagem,

assim bem como a forma de responder aos objetivos específicos delineados sobre a pessoa vítima de violência.

Com a preocupação de identificar necessidades formativas sobre os cuidados na preservação de vestígios médico-legais, realizei um levantamento das necessidades da equipa de enfermagem sobre este tema. Tendo em conta a entrada de elementos mais novos e com pouco conhecimento nesta área e depois de validar a sua pertinência com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, desenvolvi 1 poster em formato A2 (anexo violência) para afixação à posteriori na sala de triagem e na sala de reanimação (local mais privado, mais calmo para a recolha de vestígios médico-legais); tapetes para ratos de computador (anexo violência) para colocar nas áreas do SU de maior probabilidade de abordagem de uma pessoa vítima de violência (triagem, sala de reanimação, gabinete médico de cirurgia e SO1 e SO2); marcador de livro/régua para estojo dos enfermeiros (material de bolso com cábula mnemónica) para uniformizar a abordagem/cuidados às vítimas de violência e/ou trauma intencional (anexo violência), culminando com uma ação de sensibilização denominada “Cuidados na preservação de vestígios médico-legais no SU” (anexo violência). Tendo em consideração a dinâmica do serviço e após discussão com a enfermeira orientadora, optou-se por realizar a divulgação da mesma através de um cartaz informativo na sala de trabalho de enfermagem.

No decorrer do estágio verifiquei a forma como o SU se adaptou e se reajustou à presença de acompanhantes, nesta nova realidade pandémica. Foi permitido no SO4 a visita de um familiar por dia, cerca de 30 minutos. Ainda que o tempo de visita seja limitado, dependendo da avaliação das necessidades do momento, foi notória a importância destes momentos para a diminuição da ansiedade do cliente e do seu familiar. Segundo Sá et al. (2015) o contexto de urgência e emergência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família da PSC, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios emergentes da prática.

Foram também desenvolvidas atividades paralelas durante o período de estágio que contribuiriam para a reflexão e o desenvolvimento de competências

na área da PSC, mais propriamente em situação de violência, destaco a participação na reunião de trabalho da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) no local onde exerço funções como convidada e desde janeiro de 2022 fui nomeada como elemento efetivo da EPVA; o *webinar* da ESEL de Enfermagem Médico-Cirúrgica (anexo violência); o *webinar* de parceria entre a ESEL e o hospital onde decorreu o estágio e a participação no Seminário Internacional Virtual sobre Violência Sexual (anexo violência).

Considero que o percurso de aprendizagem no SU completou esta jornada de desenvolvimento e de aquisição de competências, promovendo a preparação para o próximo nível em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI). Este contexto de cuidados à PSC é caracterizado pela imprevisibilidade das situações, pelo desafio da gestão de prioridades, pela necessidade de uma atuação rápida e eficaz e pelo trabalho em equipa. Esta exigência promoveu a busca constante da melhor evidência científica para fundamentar a minha prática, de forma a prestar cuidados de qualidade e em segurança ao cliente e família tendo sempre na perspetiva do cuidar a teoria dos sistemas de Betty Neuman.

2.2 Competências desenvolvidas em contexto clínico de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

As UCI's são locais qualificados para assumir a responsabilidade pela PSC com disfunções multiorgânicas suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003). Como é conhecido uma UCI tem um ambiente muito próprio, onde se integram as mais sofisticadas e diferenciadas intervenções técnicas médicas e de enfermagem. De acordo com vários autores, este ambiente está concebido, equipado e provido de profissionais e tecnologias que visam a satisfação das necessidades que se prevê serem as do cliente em situação de risco de vida²².

Segundo Leach, Ward, & Sylvester (2009) a UCI fornece um nível de monitorização e tratamento às pessoas em condições graves potencialmente

²² Aquele cuja vida está ameaçada por complicações que podem surgir em resultado de uma afeção, levando à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados imediatos e diferenciados, além de observação contínua para detetar e prevenir precocemente as complicações e o conceito de cuidados de enfermagem intensiva, sendo cuidados minuciosos e qualificados prestados de forma contínua ao longo das 24 horas ao indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Collet & Oliveira, 2002).

reversíveis. Podem ser classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. As unidades nível I e nível II correspondem a unidades de cuidados intermédios e são locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de pessoas instáveis com disfunções de órgãos e em risco de falência de funções vitais. Nas unidades de nível I, a monitorização é não invasiva e pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior (DGS, 2003). As unidades de nível II têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, mas podem não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior (DGS, 2003). As unidades de nível III correspondem às UCI's e devem ter quadros próprios com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma formação aprofundada no campo dos cuidados críticos (Urden, Stacy, & Lough, 2008), em presença física nas 24 horas pressupondo a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, assim como dispõe de medidas de controlo da qualidade, programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003). A UCI de nível III escolhida para a realização do estágio, além de possuir as características definidas pela DGS, tem a particularidade de receber pessoas com necessidades do foro médico e do foro cirúrgico, incluindo a pessoa vítima de violência/trauma intencional grave.

Considero que numa UCI o desempenho do enfermeiro no cuidar da PSC é a chave do sucesso da sua recuperação, pois ocupa nestes serviços uma posição única na identificação de problemas, devendo estar em condições de controlar, intervir ou corrigir situações que constituam uma ameaça à vida de quem cuidam. Assim e como em qualquer outro contexto clínico, o objetivo é prestar cuidados de enfermagem contínuos e de excelência, tendo o foco nas necessidades das pessoas/famílias.

Tendo presente os cinco níveis de proficiência de Benner, considero que no início do estágio me encontrava no nível de principiante avançado²³ (não tinha

²³ Quando uma enfermeira com experiência é colocada num ambiente com atividades desconhecidas torna-se principiante, mas consegue rapidamente ultrapassar as dificuldades e adaptar-se à nova realidade demonstrando as suas competências (Benner, 2005).

experiência profissional nesta área e nunca ter realizado nenhum estágio em UCI no decorrer da minha licenciatura). A aquisição de competências segundo este modelo depende da situação, ou seja, depende do contexto onde as mesmas serão adquiridas. Deste modo, torna-se fulcral de acordo com a autora o conhecimento experiencial para que as competências profissionais culminam com o nível de perito. Como tal, senti alguma insegurança inicial, porém sentia-me bastante motivada e com foco nas minhas capacidades e competências profissionais. Ao ser responsável e autónoma no meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvi algumas estratégias que facilitaram a minha integração de forma a alcançar o meu objetivo geral de estágio, tais como: recolha, leitura e análise dos protocolos do serviço; pesquisa de artigos em livros e revistas científicas de temas pertinentes e relacionados com a prática profissional na UCI, assim como o esclarecimento de dúvidas com a enfermeira orientadora e com outros elementos da equipa de enfermagem. O estágio decorreu entre 4 de janeiro e 28 de fevereiro de 2022. A UCI é constituída por 3 alas, a ala 1 – sala de cuidados intensivos com 6 camas; ala 2 – sala de intermédios com capacidade para 4 camas e 2 camas de isolamento; ala 3 – ala covid (isolamento) com capacidade para 8 camas, contudo em 2020 esta ala teve capacidade para 30 camas. A ocupação na UCI é determinada pelo circuito da PSC que chega ao SU e que carece de tratamento intensivo e diferenciado, através do bloco operatório ou ainda, através de transferência intra ou inter-hospitalar, por necessidade de valências que a unidade pode oferecer. Cada vaga da unidade é composta pelo equipamento essencial para a monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais e suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Nesta UCI também é possível facultar à pessoa internada tratamento com técnicas dialíticas contínuas, nomeadamente hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). Esta técnica aparentemente complexa é na verdade mais simples e com menos complicações que a hemodiálise convencional e é um método de escolha para a PSC hemodinamicamente instável (Marcelino, et al., 2006). O rácio enfermeiro/cliente internado na unidade por turno é de 1:2 em cuidados intensivos e de 1:4 em cuidados intermédios, o que está em conformidade com os números preconizados pelo Conselho Internacional de

Enfermeiros (ICN, 2006). A carga de trabalho de enfermagem ²⁴ é calculada diariamente no fim do turno da noite, com base nos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas a cada cliente.

Neste sentido a finalidade era adquirir competências para que de forma autónoma sejam cuidadas as pessoas vítimas de violência, através de factos ocultos, indícios, sinais ou indicadores na PSC com falência orgânica, permitindo cuidar com tecnologia altamente diferenciada e complexa. Mas, no decorrer do estágio deparei-me com pessoas em situações de choque séptico, hemorrágico e cardiogénico com falência multiorgânica e em insuficiência respiratória global. Contudo, ao contrário do que foi perspetivado não houve casuística de pessoas vítimas de violência e/ou trauma intencional grave, com necessidade de cuidados diferenciados, todavia foi possível desenvolver competências do enfermeiro especializado em PSC nas outras áreas de abrangência.

Para desenvolver o percurso de estágio em contexto de UCI defini os seguintes objetivos específicos:

1. Assegurar uma adequada prestação de cuidados, com base nos princípios éticos da profissão de enfermagem;
2. Cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com ênfase na pessoa com necessidade de suporte ventilatório;
3. Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
4. Promover a prevenção e o controlo de infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, dando respostas adequadas em tempo útil;
5. Cuidar da pessoa em situação crítica com necessidade de técnicas de substituição da função renal;
6. Assegurar a eficácia dos cuidados à pessoa em situação crítica, preservando os vestígios de indícios de prática de crime garantindo apoio emocional à pessoa/família;

²⁴ É um conjunto de exigências físicas e psíquicas necessárias para a execução de uma tarefa, é calculada com base no *Nursing Activities System (NAS)* (Severino et al, 2010), adaptado para sistema informático *B- Simple* (aplicativo informático do contexto clínico).

7. Sensibilizar os pares no contexto da prática clínica para a importância do apoio emocional à pessoa em situação crítica vítima de violência/trauma intencional, após a consciencialização da situação;
8. Refletir sobre o contributo das ciências forenses nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de violência/trauma intencional.

Para tal, propôs desenvolver as seguintes atividades:

- A - Prestação de cuidados especializados à pessoa ventilada;
- B - Prestação de cuidados com base nos princípios de prevenção e controlo de infeção ao doente crítico, em ambiente de cuidados intensivos;
- C - Prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica em falência renal, com necessidade de técnica dialítica;
- D - Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação de cuidado;
- E - Elaboração de um estudo de caso, com ênfase na pessoa em situação crítica ventilada, após um trauma grave;
- F - Participação em *webinare's* sobre: “Cuidados ao doente ventilado”; “*Guidelines* atuais em Suporte Avançado de Vida”; *Webinar ESEL – “O cuidado centrado na pessoa pela voz dos autores”*;
- G - Realização de um Curso Avançado Jurídico sobre a Violência Doméstica: curso online realizado pela Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (3 horas);
- H - Sensibilização dos pares no contexto clínico sobre a importância da preservação dos vestígios médico-legais, em cuidados críticos: ação de formação informal à equipa de enfermagem sobre o tema (1ª parte); ação de formação sobre a avaliação e monitorização da dor na pessoa ventilada e sedada em UCI (2ª parte) e a sua relevância na literatura;

I - Elaboração de um poster A3 sobre a avaliação da dor através da Escala *BPS* – doente sedado e ventilado e a sua importância em UCI;

J - Proposta de parametrização da escala da avaliação da dor *BPS* no aplicativo informático *B-Simple* - *integração à posteriori no grupo de trabalho para proposta de parametrização.*

Tive a oportunidade de prestar de cuidados especializados à PSC com necessidade de cuidados de alta complexidade. Estas pessoas tiveram necessidade de suporte ventilatório invasivo (Ventilação Mecânica - VM), de monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais e em alguns casos, de técnicas dialíticas contínuas. Burns (2010) refere que este tipo de ventilação é um dos procedimentos mais usados na prestação de cuidados à PSC e que os conhecimentos que os enfermeiros possuem acerca da VM são essenciais para garantir uma manutenção segura da via aérea desde a fase inicial da ventilação até ao desmame ventilatório. Dada a escassa experiência profissional prévia na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas ventiladas, este estágio foi rico em oportunidades para prestar cuidados a pessoas com esta necessidade. Também tive oportunidade realizar intervenções relacionadas com a aspiração de secreções brônquicas com técnica asséptica e higiene oral com solução antisséptica à pessoa ventilada, uma vez que quer a aspiração de secreções brônquicas, quer uma higiene oral adequada diminuem a incidência de pneumonia associada à ventilação (Urden, Stacy, & Lough, 2008), o que corresponde ao objetivo específico relativo ao controlo de infeção.

Pela especificidade do contexto da UCI é frequente a decisão clínica da utilização de ventilação não invasiva (VNI) como atitude terapêutica, tratamento que é de conhecimento na minha experiência profissional, contudo deparei-me com aspetos mais diferenciados e alguns dados ventilatórios que desconhecia, o que se tornou uma mais-valia, aquando do desenvolvimento das competências em cuidados intermédios. Da literatura compreendi que a VNI tem sido provada como uma técnica de primeira linha no tratamento de pessoas com insuficiência respiratória uma vez que, permite a diminuição dos dias de VM e melhora a taxa de sobrevivência das pessoas (Keenan et al., 2011). A heterogeneidade de situações clínicas que implicam a utilização desta técnica condiciona níveis variados de sucesso obtendo-se melhores resultados em pessoas com exacerbações

infeciosas de doenças pulmonares crônicas e/ou com insuficiência cardíaca congestiva (Claudett et al., 2013). O sucesso da técnica de VNI depende do estado de consciência das pessoas da sua cooperação com a técnica, ausência de contraindicações para a mesma, respiração espontânea e com melhoria da doença subjacente (Lapinsky, 2011). Na prestação de cuidados a pessoas sob VNI tive a oportunidade de refletir com a enfermeira orientadora sobre as modalidades e parâmetros ventilatórios, limites de alarmes, os ventiladores e os interfaces mais utilizados e aplicar estas discussões na prática de cuidados. Destaco a utilização de ventiladores exclusivos para VNI em que a sua tecnologia autoadaptativa permite melhorar a sincronia e a adaptação da técnica à pessoa (Philips, 2016). A utilização do ventilador *Philipp's V60* foi uma nova realidade, sendo de uma tecnologia mais sofisticada, relativamente aos ventiladores que utilizo na minha prática profissional. As principais indicações para a utilização desta modalidade ventilatória são pessoas com história de insuficiência respiratória crónica, de apneia obstrutiva do sono e de síndrome de hipoventilação alveolar (Claudett et al., 2013), o que pude comprovar na casuística em cuidados intermédios.

No que respeita à monitorização hemodinâmica, esta pode ser definida como o estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, através da observação metódica de parâmetros clínicos e laboratoriais que permitirão a vigilância contínua do sistema cardiovascular de forma invasiva e não invasiva (Silva & Lage, 2010). Tendo em conta a minha escassa experiência neste campo, prestar cuidados à PSC com necessidade de monitorização invasiva, nomeadamente monitorização com linha arterial ou com cateter da artéria pulmonar constituiu um desafio, exigindo da minha parte uma panóplia de pesquisa bibliográfica com vista à atualização de conhecimentos e procedimentos relacionados com a leitura e interpretação dos valores. Para Jarmen (2007) a linha arterial fornece valores contínuos e fidedignos da pressão arterial de clientes críticos que necessitam de avaliações frequentes.

No que se refere à gestão da dor, esta pode e deve ser avaliada, atenuada e mitigada, pressupondo uma correta avaliação e uma supressão da mesma através de todos os meios disponíveis ao alcance do enfermeiro e passíveis de serem compreendidos e utilizados pela pessoa. Quando falamos em controlo de

dor, não podemos esquecer as duas grandes vertentes: farmacológica e não farmacológica. Estas duas vertentes quando combinadas, otimizam o processo de mitigação de dor (OE, 2008). A PSC pode experienciar dor devido a inúmeros fatores, como por exemplo a presença de lesões, a introdução de cateteres, o tubo orotraqueal, o posicionamento, mas dificilmente consegue verbalizar essa mesma dor, pelo que são os enfermeiros que devem avaliar a dor. Existem diversos instrumentos de avaliação, sejam eles escalas unidimensionais (escala numérica da dor), escalas pluridimensionais (escala doloplus) ou escalas comportamentais - behavioral pain scale (*BPS*) (OE 2008). Na UCI onde realizei o estágio, é utilizada uma escala de avaliação da dor adaptada para o sistema informático *B-Simple*, mas desadequada para a realidade da UCI, a escala VAS (*visual analogic scale*). Foi uma lacuna por mim identificada e também um aspeto refletido com a enfermeira orientadora que concordou em analisar este facto na literatura e apresenta-lo à equipa de enfermagem. Assim, após revisão da literatura e pesquisa a alguns artigos publicados em revistas eletrónicas, constatei que a escala comportamental *BPS* é a mais utilizada e mais adequada nas UCIs portuguesas, porque avalia a resposta comportamental da dor da pessoa que não pode comunicar. Esta escala baseia-se em indicadores comportamentais para detetar e medir a dor na PSC tendo um bom grau de fiabilidade e validade (anexo violência). Consiste na pontuação de três critérios nomeadamente a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adequação da pessoa à ventilação mecânica (Silva & Lage, 2010) pelo que o tratamento da dor é multidisciplinar e pode ser farmacológico e não farmacológico, com predomínio do tratamento farmacológico (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Nas medidas farmacológicas pode ser utilizado variados fármacos. Podemos mesmo combinar diferentes terapêuticas entre si para obter um efeito potenciador e complementar. Seja pela utilização de analgésicos não opióides como o paracetamol, os anti-inflamatórios não esteróides e os opióides mais fracos como o tramadol e a codeína ou mais fortes como a morfina e o fentanil. Como adjuvantes temos os antidepressivos, os anticonvulsivantes, os corticóides, os relaxantes musculares, os ansiolíticos e os antiespasmódicos (OE, 2008). No estágio na UCI foi importante aprofundar conhecimento sobre a terapêutica utilizada, nomeadamente os anestésicos (midazolam) e aminas simpaticomiméticas, nomeadamente a noradrenalina, permitindo-me

desenvolver competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos como enfermeiro especialista (OE, 2011b).

Na UCIP onde realizei o estágio, a avaliação da dor era efetuada e registada de 2/2 horas, tendo sido instituído a todas as pessoas internadas tratamento farmacológico. Tive a oportunidade de desenvolver com a enfermeira orientadora medidas não farmacológicas como o posicionamento, a massagem terapêutica e a crioterapia, com vista à promoção do conforto da pessoa, que complementaram as medidas farmacológicas. Como intervenções não farmacológicas podemos utilizar a nível físico o exercício, a aplicação de frio, a imobilização ou a massagem. Como suporte emocional podemos utilizar a técnica do toque terapêutico e o conforto (OE, 2008) que promoveu consequentemente o bem-estar levando a um equilíbrio cliente/ambiente, de acordo com o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

As competências específicas que os enfermeiros especialistas em enfermagem na PSC devem deter e ser altamente proficientes na sua implementação prática são o controlo eficaz da dor a ser vivenciado pela pessoa e família em situação crítica encontrando-se englobado no pilar da gestão de processos complexos de doença crítica. O enfermeiro especialista apresenta igualmente responsabilidade pela identificação de evidências fisiológicas e emocionais de dor por demonstrar conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual adequando as respostas às necessidades da PSC e garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor (OE, 2011). Daí a relevância dada à gestão da dor neste relatório, neste contexto da prática clínica.

A DGS (2007) recomenda a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Assim, os enfermeiros devem conhecer e compreender os métodos de controlo das infeções, nomeadamente a lavagem das mãos, o uso de máscara, luvas e bata quando indicado e utilizar material descartável e equipamento esterilizado²⁵. Os cuidados

²⁵ Segundo a OE (2011b), o enfermeiro especializado tem de desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção perante uma PSC. A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar são de extrema importância na prestação de cuidados à pessoa internada nesta unidade.

prestados foram realizados com medidas de proteção individual, que incluíram luvas e avental e máscara FP2. Existe em cada sala um lavatório e frascos de desinfetante para as mãos em cada unidade da pessoa, existem também frascos de solução alcoólica colocados ao longo do corredor da UCIP. Verifiquei uma preocupação bastante evidente em todos os profissionais de saúde em realizar os 5 momentos da desinfecção das mãos preconizados pela Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção Hospitalar.

Quando a PSC é admitida na UCI são efetuadas diversas intervenções invasivas como a entubação endotraqueal, a colocação de cateter central e/ou linha arterial. A pessoa encontra-se impossibilitada de falar e por vezes de se mobilizar, encontrando-se num local estranho onde os sons dos alarmes se ouvem 24 horas por dia, rodeada de pessoas estranhas e sem saber o que lhe está ou vai acontecer, o que nos indica que a comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa em contexto de cuidados intensivos é cada vez mais uma componente a valorizar pela sua importância no estabelecimento da relação entre o enfermeiro e a pessoa/família em situação crítica. A comunicação é também inibida pelo ambiente, como as luzes intensas, os ruídos, os sinais de agitação, que perturbam e intimidam a pessoa e família, causando-lhes um grau de ansiedade elevado (Hudak e Gallo, 1997). Em conformidade com a equipa de enfermagem, pude durante o estágio reduzir sempre que possível a utilização de luzes intensas, sobretudo no período noturno, utilizando para isso o modo noturno que reduz a luminosidade dos ecrãs dos ventiladores desta unidade e desligando as luzes do teto, surgia as luzes no chão. Notei que a equipa de enfermagem está desperta para o uso da linguagem não-verbal por parte da pessoa internada. Tive a oportunidade de utilizar algumas destas estratégias, nomeadamente a comunicação gestual ou a escrita, facultando à pessoa um bloco e caneta com o intuito de estabelecer e desenvolver a relação de ajuda entre o enfermeiro/pessoa e promover o bem-estar físico e emocional definido por Meleis como uma das condições pessoais facilitadoras de uma transição saudável (Schumacher e Meleis, 1994). Pude desenvolver esta competência principalmente com a pessoa selecionada para o estudo de caso (anexo violência) daí a sua relevância. Torna-se uma forma de reflexão do plano de cuidados a desenvolver perante a pessoa com traqueostomia, incapaz de

comunicar de forma verbal após um trauma grave. Novamente neste contexto clínico e como forma de realce da traumatologia forense, deveria ter sido analisado a causa do acidente de viação da PSC selecionada para o estudo de caso. Contudo, pela evidência neste campo de erros/má prática desta natureza essa situação não foi tida em conta.

No que diz respeito à família, é um elo bastante importante na tríade dos cuidados de saúde. Nesta perspetiva os enfermeiros são frequentemente o primeiro ponto de contato para os familiares, tanto nas UCI como nos SU e no internamento em geral, pelo que é primordial para eles reconhecerem e responderem às necessidades dos familiares (Ridley, 2004). Os enfermeiros podem ainda minimizar o stress associado à hospitalização neste tipo de unidades, por antecipação e resposta às necessidades da família na obtenção de informações (Jamerson, et al., 1996). Os profissionais de enfermagem para comunicarem eficazmente com as pessoas e suas famílias, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda. Aspeto esse que foquei aquando do desenvolvimento do jornal de aprendizagem²⁶ sobre a morte em UCI (anexo violência). Considero pertinente destacar que a morte, de acordo com a EF é classificada como natural, acidental, suicídio, homicídio ou morte por causas indeterminadas. Mas a causa da morte é a doença ou ferimento responsável pelo início da cadeia de eventos que resultam na morte, pode ser imediata em relação a um evento traumático ou mais prolongado em caso de uma doença (Gomes, 2014). Verificou-se na situação do JA um erro na certidão de óbito, porque deve ser o mecanismo de morte registado e não a causa da morte. A causa da morte foi registada como paragem cardiorrespiratória, mas essa causa de morte não nos revela sobre a forma como a pessoa morreu (Harris, 2012, citado por Gomes, 2014).

Na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman está presente uma preocupação de enfermagem com a manutenção da estabilidade do sistema cliente, mediante a avaliação dos efeitos ou prováveis efeitos dos *stressores*, sendo um foco central o planeamento do cuidado que visa intervir num provável

²⁶ Este instrumento faz-nos questionar as ações que realizamos e permite-nos descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Jasper 2003).

desequilíbrio (falência multiorgânica) (Lima, 2014). Deste modo, o enfermeiro deve identificar as necessidades (colheita de dados) o que permite definir o planeamento das intervenções de enfermagem, com objetivos a curto e médio prazo e as estratégias para manter e atingir a estabilidade no sistema cliente/ambiente (PSC/família). Ao avaliar as intervenções deve-se considerar se a mudança que ocorreu, foi a desejada ou se será necessário reformular algumas estratégias.

Neste contexto clínico de estágio, reiniciou na última semana do mesmo os períodos de visita, dois momentos diários distintos: um de manhã e outro à tarde. Os enfermeiros desta unidade têm o cuidado de informar a família do estado de saúde da pessoa. Nas situações vivenciadas a equipa de enfermagem foi consistente nas suas avaliações e honesta quanto às incertezas da evolução clínica das pessoas internadas, lidando com os familiares e demonstrando empatia com o objetivo de evitar conflitos e diminuir a ansiedade. Procurei ao longo do estágio demonstrar um comportamento semelhante para com os familiares tentando esclarece-los sempre que possível, da evolução da pessoa sob o ponto de vista da enfermagem, remetendo para a equipa médica o esclarecimento de dúvidas acerca da evolução clínica²⁷. A comunicação estabelecida ao longo do internamento na UCIP predispõe a família para uma melhor aceitação das notícias acerca da evolução, tanto positiva como negativa da pessoa, o que também está em evidência no jornal de aprendizagem elaborado (anexo violência). Sendo a gestão de cuidados uma área importante para os enfermeiros, torna-se necessário que um enfermeiro especialista adquira competências nesta área, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar, fomentando o trabalho em equipa e garantindo a qualidade dos cuidados. De forma a contribuir para alcançar estas competências, em alguns turnos a enfermeira orientadora assumiu a função de chefe de equipa, o que me permitiu acompanhá-la na tomada de decisões, gerir conflitos e promover uma coesão na equipa de trabalho, deste modo considero que se verificou o desenvolvimento de

²⁷ Foi possível desenvolver competências que me permitiram estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2011b).

competências na gestão dos cuidados como enfermeiro especialista (OE, 2011a; 2011b).

Após acordo com o enfermeiro chefe será desenvolvida a ação de sensibilização sobre “Cuidados na manutenção de vestígios médico-legais à PSC” e dar a conhecer a relevância científica da “Monitorização e avaliação da dor na pessoa ventilada e sedada”, de acordo com a escala comportamental *BPS* (anexo violência). Neste momento aguardo decisão superior para ser nomeada no grupo de trabalho institucional da avaliação da dor para validar e propor a parametrização da escala referida no parágrafo anterior. Tive ainda a oportunidade de participar em *webinars* enquadrados nas temáticas da PSC (“cuidados ao doente ventilado”, “novas *guidelines* em suporte avançado de vida” e o “cuidado centrado na pessoa – pela voz dos autores”), o que se revelou uma mais-valia na melhoria da qualidade da prestação de cuidados. Participei no curso jurídico avançado em VD (anexo violência) que promoveu na minha ótica uma outra visão dos aspetos a desenvolver aquando da abordagem de uma pessoa vítima de violência, como atividade paralela ao estágio em UCI.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS/SÍNTESE

O percurso de aquisição de competências realizado durante o estágio, desenvolveu-se em duas vertentes: a prestação de cuidados à PSC em contexto de UCIP, o que permitiu conhecer outras realidades até então desconhecidas e a prestação de cuidados à PSC, especialmente à pessoa vítima de violência em contexto de SUMC. De forma a nortear este percurso definiram-se dois objetivos gerais e os objetivos específicos posteriormente adaptados aos contextos da prática clínica. Considero que estes foram atingidos, permitindo o desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e as competências específicas na área da especialização em enfermagem à PSC, aqui em particular, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa vítima de violência em contexto de SU. Posso também afirmar que foram adquiridas competências especializadas em várias áreas, principalmente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, da promoção de ambiente seguro no cuidar da PSC e na prevenção e controlo de infeção, tendo em foco tanto as competências técnicas como as relacionais. Nos vários contextos clínicos dos estágios tive como base a revisão da literatura efetuada ao longo dos vários meses, uma construção sólida de saberes na relação com as equipas de enfermagem, permitiu compilar e aprofundar conhecimentos. Em cada contexto clínico foi possível promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional na abordagem à PSC e mais especificamente à pessoa vítima de violência.

Senti por vezes, a necessidade de reformular e adequar os objetivos inicialmente propostos e as respetivas atividades de acordo com as características dos contextos clínicos, adaptando-as às necessidades identificadas, o que não tornou o percurso menos estimulante ou interessante, conduziu à otimização dos conhecimentos, revelando capacidade de adaptação e análise crítica.

A elaboração do JA em UCIP, revelou-se um instrumento de reflexão na ação que permitiu desenvolver competências relativas à morte e ao processo de luto num ambiente altamente tecnológico e sofisticado, assim bem como a

importância da família neste processo de situação crítica de doença e/ou falência orgânica garantindo a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família. O JA elaborado em contexto de SUMC visou uma vertente mais específica do relatório, tendo sido refletido a abordagem da pessoa mais vulnerável, a pessoa idosa quando a própria família que seria a de proteção e segurança, é a responsável pela violência (instabilidade emocional e física) o que me permitiu “colocar outros óculos” e observar uma vertente de extrema relevância nos cuidados de enfermagem e na EF. As sessões de sensibilização foram realizadas como uma estratégia de partilha de experiências sobre a temática da violência no SUMC e na UCIP, permitiu sensibilizar os pares para a importância de garantir a preservação dos vestígios médico-legais, sendo um elo facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área e suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento dentro do tema da violência. Ter partilhado os resultados obtidos com as equipas de enfermagem nos contextos de estágio assumiu-se uma estratégia de sucesso com vista à garantia da segurança da pessoa.

Considero que a possibilidade de realizar alguns turnos em contexto de SUMC e UCIP, com a respetiva enfermeira orientadora como chefe de equipa, permitiu a aquisição de competências na área da gestão de cuidados, gestão de stress/conflitos no seio da equipa de trabalho, o que me ajudou a assumir alguns turnos como coordenadora de equipa no meu contexto clínico. A elaboração de um estudo de caso (anexo violência) permitiu-me adotar uma visão complexa da pessoa vítima de trauma grave em contexto de cuidados intensivos, refletindo sobre um conjunto de mudanças que a pessoa vivenciou, as respostas às mesmas e executar determinadas atividades de acordo com as necessidades identificadas, permitindo alcançar o bem-estar (equilíbrio cliente/ambiente), com base na teoria dos sistemas de Betty Neuman. Torna-se fulcral o enfermeiro compreender o processo de mudança, o que permite desenvolver novas competências, numa nova realidade clínica, com perspetivas diferentes, práticas diferentes e outra forma de resolução de problemas de enfermagem.

Foram muitas as pessoas com situações de potencial formativo ao nível técnico, científico, assistencial e relacional ao longo do estágio, mas transportá-las para este relatório tornou-se uma árdua atividade pela sua significância

particular. Deste modo destaco as intervenções de enfermagem à pessoa sob VNI em valência de nível II da UCIP, a pessoa submetida a técnicas dialíticas de substituição da função renal, a pessoa com necessidade de implementação de VV AVC. Nas intervenções de cariz técnico, foquei na minha ação o cariz relacional e reflexivo na prestação de cuidados à pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. No que se refere à gestão do conforto de modo particular no controlo da dor, destaco a avaliação da mesma através de diversas escalas, onde considerei e propôs na UCIP a mudança da escala VAS para BPS, que de acordo com a literatura é a mais adequada em cuidados intensivos. A realização de medidas não-farmacológicas revelaram resultados positivos nas intervenções aplicadas, em associação com as medidas farmacológicas.

Considero que com o *términus* deste relatório se dá início a uma nova etapa de continuidade do trabalho, onde tenciono desenvolver aspetos que ficaram apenas em fase embrionária, devido ao facto de que no *timing* de estágio não foi possível colocar em prática. Contudo, a abordagem da temática de modo sequencial e lógico, permite colocar-me no nível de perito de acordo com Benner, porque espelha o trabalho desenvolvido e os momentos de partilha de experiências face às pessoas que vivenciaram situações decorrentes da prática profissional, permitindo analisar as atividades desenvolvidas, promovendo as competências especializadas em enfermagem à PSC e na vertente da prestação de cuidados à pessoa vítima de violência. Espera-se que o contributo seja na melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas, contribuindo para a diminuição da elevada mortalidade e morbilidade do fenómeno no nosso país, através de programas/campanhas de sensibilização à população em geral e nos serviços de saúde em particular, aspeto este também em evidência nos resultados da RIL, tornando-se importante na minha perspetiva envolver as autarquias e o governo na sensibilização da temática. Acrescento a coerência e a experiência adquirida, o que permitiu refletir sobre os fenómenos observados e integrá-los na prática, estabelecendo relações interpessoais à luz da evidência científica na teoria dos sistemas de Betty Neuman, atingindo o nível de competência de enfermeiro especialista na área da PSC. A possibilidade de desenvolver este percurso, tornou o meu cuidar de maior exigência e de

excelência²⁸ desenvolvendo uma prática reflexiva como aspecto fundamental na intervenção especializada de enfermagem, assim como o curso avançado jurídico sobre VD, a participação no seminário sobre violência sexual e recentemente a nomeação pelo Conselho de Administração no local onde exerço funções para elemento da EPVA e também como elo dinamizador na área da prevenção da violência do meu contexto clínico.

Como perspectivas futuras, pretendo ser um elemento de referência no seio do meu contexto clínico na prestação de cuidados especializados à pessoa vítima de violência, irei propor ao enfermeiro chefe a realização de uma ação de formação aos pares sobre a recolha e manutenção dos vestígios médico-legais e a importância da segurança da pessoa. Pretendo desenvolver a elaboração de protocolos e/ou a revisão dos mesmos, de acordo com as *guidelines* recentes e com a DGS, assim bem como manter uma resiliência constante pelo desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados na área da violência, garantindo que a mesma se mantenha como fração dos padrões de qualidade definidos pela OE, sendo a enfermagem uma profissão responsável na sociedade atual. A minha perspectiva é que este relatório sirva de alavanca para o disseminar desta temática na profissão de enfermagem, permitindo que as escolas lecionem a mesma ou aspetos fulcrais dos cuidados de enfermagem perante uma pessoa vítima de violência, integrado no curso de licenciatura. Deste modo, espero que este seja o ponto de partida para que a EF se torne de relevância nos contextos clínicos. No culminar desta caminhada, considero-a árdua, mas gratificante e desafiadora constituindo-se numa verdadeira aprendizagem enquanto enfermeira na busca constante da excelência no cuidar.

²⁸ Reconheço que as limitações sentidas ao longo deste percurso foram múltiplas, mas todas visaram o meu processo de aprendizagem capacitando-me de conhecimentos e experiência para lidar com a incerteza e com o desconhecido promovendo um maior nível de proficiência no cuidar (Benner, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboutanos, M. B., Altonen, M., Vincent, A., Broering, B., Maher, K., & Thomson, N. D. (2019). Critical call for hospital-based domestic violence intervention: The Davis Challenge. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 87(5), 1197–1204. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002450>

Aguiar, R. S. (2012). Nursing Care Provided to Women Victims of Domestic Violence. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 3(2), 723–731.

Alexandra, P., & Marques, D. (2017). Curso de mestrado em enfermagem médico – cirúrgica. A Intervenção do Enfermeiro no Serviço de Urgência com a Pessoa Vítima de Violência Doméstica.

Alminhas, S. M. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 75, pp. 57-60.

Amaral, P. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e Fatores que a Influenciam. (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://web.esenfc.pt/?url=DnEolxiH>

American College of Surgeons. (2008). *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual (8ª Ed.)*. Chicago: ACS

American College of Surgeons. (2012). *Advanced trauma life support: student course manual (9a ed.)*. Chicago: Autor.

Associação Portuguesa de Apoio à vítima (2019). https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2019.pdf.

Batista, A., Divino, A., Martins, M. (2018). A sistematização da assistência de Enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. 113–122. *International Nursing Congress*.

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

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN:989-558-052-5.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: caring, clinical judgment & ethics (2ª Edition)*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach (2nd ed.)*. Springer Publishing Co.

Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming Care in the Emergency Department. *Topic in Emergency Medicine*, 20(4), pp. 331-336.

Burns, S. M. (2010). Mechanical Ventilation of Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome and patients requiring Weaning - The Evidence Guiding Practice. *Critical Care Nurse*. V. 25, nº 4. pp. 14-24.

Camilo, L. S. S., Dantas, T. O., Musse, J. de O., Silva, D. P., & Assis, E. S. (2017). Preservação da cena de crime pelo enfermeiro no Serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT*, 4(2), 184. <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4602/2503>

Claudett, K. H. B., Claudett, M.B., Wong, M.C.S., Martinez, A.N., Espinoza, R.S., Montalvo, M. Andrade, M. G. (2013). Noninvasive mechanical ventilation with average volume assured pressure support (AVAPS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease and hypercapnic encephalopathy. *BMC Pulmonary Medicine*, 13, 12. http://doi.org/10.1186/1471_2466_13_12

Collet, N., & Oliveira, B. R. G. (2002). *Manual de Enfermagem Pediátrica*.

Cole, F. L., & Kleinpell, R. (2006). Expanding acute care nurses' practitioner practice: focus on emergency department practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, pp. 187-189.

Conselho Português de Ressuscitação. (2008). Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Coimbra.

Despacho n.º 727/2007 do Gabinete do Ministro (2007). *Diário da República* n.º 10/2007, 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 10319/2014 (2014). Definição da estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário da República* n.º 153/2014, 2ª Série. Obtido de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn.

Direção Geral da Saúde (2003b). *Cuidados intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Orientação 029/2012 de 31/10/2013. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhmmaterial-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-dainfecao1.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde".

Direção-Geral de Saúde (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Orientação 015/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>.

Fonseca, V. (2019). A Pessoa Vítima de Violência Doméstica: Análise do Conceito. Contributos para a Enfermagem Forense. Mestrado em Medicina Legal. ICBAS. Porto.

Franco, Miguel (2021). O impacto da pandemia de COVID-19 no apoio a vítimas de violência doméstica: a perceção dos Técnicos de Apoio à Vítima. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.

Gil, A., & Santos, A. J. (2014). Envelhecimento e violência. Edição: fevereiro.

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense. Volume 1. Lisboa.Lidel.

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense. Volume 2. Lisboa.Lidel.

Gonçalves, S. I. F. (2011). Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência. 131. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>

Hudak, C.; Gallo, B. (1997). Cuidados Intensivos de Enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.

International Council of Nurses. (2006). Dotações Seguras Salvam Vidas. Genebra : International Council of Nurses.

International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE versão 1.0. Tradução: Dra. Hermínia Maria Costa Correia Cardoso de Castro. RE. Lisboa, 2006.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida (2ª Edição). Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Jarmen, H. (2007). Invasive Haemodynamic Monitoring: The role of Emergency Nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, vol 15, nº 1. pp. 20-23.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes. Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25 (6), pp. 467-474

Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25 (6), pp. 467-474

Keenan, S., Sinuff, T., Burns, K., Muscedere, J., Kutsogiannis, J., Mehta, S., Dodek, P. (2011). Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 183(3), E195 – E214. 70 <http://doi.org/10.1503/cmaj.100071>.

Krug, E.G., et al. (2002) *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, Geneva.

Lapinsky, S. E. (2011). NIV Overview: Indications and Interfaces. Disponível em: https://criticalcarecanada.com/presentations/2011/niv_overview_indications_and_interfaces.pdf

Richard Leach; Jeremy Ward, J. T. Sylvester (2009). *Critical Care Medicine at a Glance*. Instituto Piaget. - ISBN 978-989-659-002-4.

Leeper, S., Lahri, S., Myers, J., Patel, M., Reddy, P., Martin, I. B. K., & van Hoving, D. J. (2019). Assault-injured youth in the emergency centres of Khayelitsha, South Africa: Baseline characteristics & opportunities for intervention. *Injury*, 50(12), 2220–2227. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.10.014>

Lima, M. (2014). Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. *Betty Neuman Theory in Nursing practice the elderly victim of violence. Revista baiana de enfermagem*, 28(3), 219 – 224. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11989/9235>

Lisboa, Manuel; Carmo, Isabel; Vicente, Luísa; Nóvoa, António; Barros, Pedro P.; Roque, Ana; Silva, Sofia; Franco, Luísa & Amândio, Sofia (2016). *Prevenir ou Remediar – os custos sociais e económicos da violência contra as mulheres*. Lisboa: Ed. Colibri.

López-Hernández, E., & Rubio-Amores, D. (2020). Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 312–321. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i2.319>

Machado, B. (2019). *Conhecimento em enfermagem Forense dos Estudantes de Enfermagem: Um Estudo Exploratório*. Universidade do Porto.

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Ribeiro, J. (2006). Técnicas Dialíticas Meyer, G. & Lavin Ann, M. (2005). *Vigilance: the essence of nursing*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. Obtido de <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>.

Maria, C., & Ferreira, E. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar*. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5061/1/Cristina_Maria_Esteves_Ferreira_DM.pdf

Meyer, G. & Lavin Ann, M. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 10p. Obtido de <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>.

Miller, S. (2010). How Trauma Networks Can Improve Patient Care. *Emergency Nurse*, 18 (6), pp. 14-18. *Híbridas. Ata Médica*. nº 19. pp. 275-280.

Moreira, A. da C., & Silva, T. A. S. M. da. (2019). Cuidados de enfermagem as vítimas de violências interpessoais na atenção básica. *Revista Pró-UniverSUS*, 10(1), 42–46. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1650>

Rodrigues, S. (2016) – Mortes nas estradas - Causas e etiologias médico-legais. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.

Mouraz, M. J., & Magalhães, T. (2010). A perícia médico-legal em casos de violência nas relações de intimidade: contributo para a qualidade. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 21, 9–35. https://doi.org/10.14195/1647-8630_21_1.

Neves, L. M. (2010). Triage de Manchester a) Enquadramento Conceptual. In Rego, G. & Nunes, R. (Ed.). *Gestão da Saúde*. (1º ed., pp 263-273). Lisboa: Prata e Rodrigues. ISBN: 9789899684805.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor Guia Orientador de Boa Prática*. (1 No. 1) (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.

Ordem Dos Enfermeiros. (2011a). *Proposta do Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª Série, 8648-8653.

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos, Recomendações*. Lisboa: CELOM.

Organização Mundial da Saúde (2014). *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014*. Organização Mundial de Saúde. 1–288.

Pereira, J. de S. (2017). *Enfermagem Forense no Centro Hospitalar de Leiria, a realidade dos Serviços de Urgência*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Philips. *Cuidados Respiratórios Hospitalares (2016)*. V60 Philips Respironics.

Pino, E. C., Fontin, F., James, T. L., & Dugan, E. (2021). Boston Violence Intervention Advocacy Program: Challenges and Opportunities for Client Engagement and Goal Achievement. *Academic Emergency Medicine*, 28(3), 281–291. <https://doi.org/10.1111/acem.14162>

Redondo, J. (2011). Violência Familiar / Entre Parceiros Íntimos: da leitura e compreensão à Intervenção em Rede. *Investigação, Intervenção pelo Serviço de Violência Familiar do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra e pelo Grupo Violência e Escola*.

Redondo, J.; Pimentel, I. & Correia, A. (2012). Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/siic/wpcontent/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>.

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatório. *Ordem dos Enfermeiros: Diário da República*, 2ª série. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

Ribeiro, G. (2016). Eficácia de uma Intervenção Estruturada de Enfermagem Forense realizada a Estudantes de Enfermagem. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria.

Ridley, S. (2004). Loved ones of seriously ill patients need information. *British Journal of Nursing*, 13 (17), 1010.

Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf.

Santos, C. (2013). Contributos dos enfermeiros na implementação da Enfermagem Forense em Portugal. Faculdade de Medicina. Coimbra.

Schumacher, K. L., Meleis, A. I. (1994) Transitions: A Central Concept in Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Vol 26, nº 2. pp. 119-127.

Servi, N. O. S., Sa, O. S. D. E., & Dezembro, D. E. (2014). Violência Interpessoal.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., Nunes, L. (2010). *Nursing Activities Score*; Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*. V. 16, pp. 3-13.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau.

Soares, A. de O. (2016). Conhecimento Académico de Enfermagem sobre a Enfermagem Forense. 1–18.

Society of Trauma Nurses. (2008). *Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual*. Lexington: STN.

Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced trauma care for nurses: student manual*. Lexington.

Susano, J. (2019). *Práticas Forenses dos Enfermeiros em contexto Pré-hospitalar*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. <http://hdl.handle.net/10400.8/4712>.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's - Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

Watson, J. (2002). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

(Acesso através do link [violência](#))