



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cristiana da Silva Ferreira de Oliveira

O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS DO EXTRA-
HOSPITALAR SOBRE
PRESERVAÇÃO DE
PROVAS FORENSES

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO EXTRA- HOSPITALAR SOBRE PRESERVAÇÃO DE PROVAS FORENSES

Relatório Final de Estágio

Cristiana da Silva Ferreira de Oliveira

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica, sob orientação do Professor Especialista Bráulio João Nunes
Sousa

Oliveira de Azeméis | 2023

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.

Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

A realização desta caminhada, muitas vezes solitária, não seria possível sem a colaboração e compreensão de muitas pessoas. Pessoas essas a quem devo todo o meu agradecimento.

Primeiramente, não poderia deixar de dar uma palavra ao Professor Bráulio que entrou comigo nesta aventura mesmo sem saber onde iríamos ter.

Os colegas de curso têm um papel essencial na minha conclusão do Mestrado, sem eles eu nunca teria chegado ao fim, e por essa razão, só obrigada não chega.

A todos os tutores que tive a sorte de encontrar, que se tornaram mais do que colegas, amigos.

Aos meus pais, restante família e amigos (que são a família que escolhemos), que aceitaram e compreenderam toda a minha ausência.

Ao meu marido, que apesar de todas as dificuldades nunca me abandonou, e fez de Pai e de Mãe durante todo este percurso.

Aos meus FILHOS, que estiveram sempre lá, e nunca cobraram mais do que eu conseguia dar.

Obrigada a todos, de coração.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APEFORENSE- Associação Portuguesa de Enfermeiros Forenses

ANOVA- Teste de análise de variância

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral de Saúde

DP- Desvio padrão

EF- Enfermagem Forense

EMC- Enfermagem Médico Cirúrgica

EPE- Entidade Público - Empresarial

EPI- Equipamento de Proteção Individual

EUA- Estados Unidos da América

EVA- Escala Visual Analógica

h- Horas

HUC- Hospitais da Universidade de Coimbra

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IAFN- *International Association Of Forensic Nurses*

INE- Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação atual/ causa, Antecedentes / anamnese, Avaliação, Recomendações

M- Média aritmética

n- Frequência absoluta

OE- Ordem dos Enfermeiros

PCR- Paragem Cardio- respiratória

PEI- Plano de Emergência Interno

PPCIRA- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências a Antimicrobianos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

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

R²- Coeficiente de determinação

REPE- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SARS – Cov – Síndrome Respiratória Aguda Grave, por coronavírus

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM- Serviço Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

vs.- versus

% - Frequência relativa

α - *Alpha*

<- Inferior

= igual

RESUMO

O saber que fundamenta o objetivo principal da enfermagem, que é o “cuidar”, tem as suas raízes alicerçadas num passado muito longínquo. Desde sempre o Enfermeiro é visto como um cuidador, alguém que está presente. No entanto, a complexidade dos cuidados de enfermagem tem vindo a aumentar e a saúde passou a ser vista de forma holística, levando por isso à necessidade por parte dos Enfermeiros de se capacitarem de competências, quer técnico-científicas, quer relacionais e éticas que lhes atribui a responsabilidade de contribuir com a produção de conhecimento científico que norteie os cuidados de saúde na preservação da vida humana.

É baseado nesta premissa que este relatório surge, de modo a conseguir espelhar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Este trabalho está organizado em duas partes distintas, em que na primeira foi explanado o percurso de aquisição de competências comuns e específicas de Enfermagem Médico-cirúrgica, obtidas em dois momentos de estágio (Emergência extra-hospitalar e Urgência Geral), e na segunda parte deste relatório é abordada a vertente de investigação, em que é feito um estudo quantitativo acerca do Conhecimento dos Enfermeiros extra-hospitalares sobre preservação de provas forenses.

Os momentos formativos serviram para melhorar, desenvolver e adquirir competências diversas de Enfermagem Médico-cirúrgica de forma a solidificar e complementar todos os conhecimentos e práticas desenvolvidos anteriormente, fosse no curso base, durante a Pós-graduação em emergência ou durante a prática clínica, colmatando a falha que existia acerca do pensamento crítico-reflexivo. Por sua vez, a parte da investigação veio permitir a aquisição de conhecimentos nunca adquiridos.

A obtenção de novas competências, sejam comuns ou específicas, teve impacto imediato na prestação de cuidados e no pensamento crítico-reflexivo baseado na melhor evidência científica.

Com este estudo foi possível verificar que existe um deficit de conhecimentos acerca de enfermagem forense e até mesmo acerca da preservação das provas forenses, podendo pôr em risco por isso, a melhor atuação perante um cenário de violência. Urge a necessidade de formação, treino e investigação para que se consiga garantir uma melhor prática clínica. A identificação de lacunas e o desenvolvimento de estratégias para as colmatar deve ser o

primeiro passo a dar para que o conhecimento e a executabilidade destes procedimentos possam andar lado a lado.

Palavras Chave: Enfermeiro; Conhecimento; Serviço de Urgência; Enfermagem Forense; Práticas.

ABSTRACT

The Knowledge that underlies the main purpose of nursing, which is “caring”, has its roots in a very distant past. The Nurse has always been seen as a caregiver, someone who is present. However, the complexity of nursing care has increased, and health has come to be seen in a holistic way, thus leading to the need for Nurses to be equipped with technical-scientific, relational, and ethical skills, which gives them the responsibility to contribute to the production of scientific knowledge that guides health care in the preservation of human life.

It is based on the premise that this report emerges, to mirror the process of acquisition and development of skills in Medical- Surgical Nursing.

This study is organized into two distinct parts. The first one explains the path of acquisition of common and specific skills in Medical- Surgical Nursing, which were obtained during two periods (Prehospital Emergency and General Emergency).

The formative moments served to improve, develop, and acquire various Medical-Surgical Nursing skills so as to solidify and complement all previously developed knowledge and practices, whether in the basic course, during the postgraduate course in emergency or during clinical practice, thus bridging the gap of critical-reflective thinking. In turn, the research part allowed for the acquisition of knowledge that had never been acquired before. Obtaining new skills, whether common or specific, had an immediate impact on care delivery and critical-reflective thinking based on the best scientific evidence.

This study allowed us to verify that there is a lack of knowledge about forensic nursing and even about the preservation of forensic evidence, which may jeopardise the best performance in a scenario of violence. There is an urgent need for education, training and research to ensure a better clinical practice. The identification of gaps and the development of strategies to fill them in should be the first step to be taken, so that the knowledge and executability of these procedures may go step by step.

Key words: Nurse; Knowledge; Emergency Department; Forensic Nursing; Practices.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica	61
Tabela 2. Análise da confiabilidade de cada constructo pertencente ao questionário utilizado	63
Tabela 3. Análise descritiva dos scores obtidos quer na executabilidade quer na percepção do conhecimento pelos diferentes domínios	65
Tabela 4. Análise da relação entre o Conhecimento sobre determinado domínio e a sua respetiva Executabilidade	67
Tabela 5. Avaliação das médias entre Formação académica em medicina Legal e/ou Ciências Forenses com os diferentes domínios em análise	68
Tabela 6. Avaliação das médias entre Formação académica- Pós-graduação em Ciências Forenses com os diferentes domínios em análise	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos Enfermeiros consoante a idade.....	60
--	----

ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO	19
2	ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	23
2.1	Estágio em contexto extra-hospitalar	24
2.2	Estágio em contexto de serviço de urgência	25
3	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	29
3.1	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	29
3.2	Domínio da melhoria contínua da qualidade	31
3.3	Domínio da gestão de cuidados	33
3.4	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
4	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	37
4.1	Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	37
4.2	Dinamiza a resposta a situações em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	40
4.3	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a situação crítica ou falência orgânica	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
6	ENFERMAGEM FORENSE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	51
7	FINALIDADE E OBJETIVOS	55
8	METODOLOGIA	57
8.1	Desenho do estudo	58
8.2	Considerações éticas	58
8.3	População e amostra	59

8.4	Instrumento	62
9	RESULTADOS	65
10	DISCUSSÃO	71
11	CONCLUSÃO	75
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
13	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um relatório de estágio que surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A Enfermagem Forense (EF) é considerada um desafio atual, algo recente, desconhecida e de rápido crescimento no campo da Enfermagem em Portugal, ao contrário de outros países, nomeadamente os Estados Unidos da América (EUA), em que a EF é uma área de conhecimento antigo, sendo reconhecida desde os anos 1990, a partir da criação da *International Association of Forensic Nurses* (IAFN), onde 72 enfermeiras norte americanas realizavam exames de perícia em vítimas de abuso e violação (IAFN, 2004). Apesar dos enfermeiros serem confrontados cada vez mais com cenários e vítimas de violência, muitas delas com desfechos fatais, a formação na área ainda não é uma prioridade. Como já refletia Machado (2019), há que repensar o papel do enfermeiro em cenários de crime e perante vítimas de violência.

Apesar da prioridade das equipas do extra-hospitalar consistir na prestação de assistência à vítima e suas famílias, salvaguardando a vida dos mesmos, a preservação de vestígios deve constituir também para essas equipas um papel relevante, uma vez que muitas vezes são as primeiras a chegar ao local.

O objetivo principal da preservação de um local onde há a suspeita de ter ocorrido um crime é manter o ambiente o mais inalterado quanto possível. Mas, apesar de na última década as ciências forenses terem ganho protagonismo através, principalmente de séries televisivas, levando a uma busca maior por formação académica (Santos 2013), essa não se revela suficiente.

Este estudo surge, no seguimento desta problemática, enquanto enfermeira do extra-hospitalar, com o objetivo de perceber o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar acerca da preservação de provas forenses e sua executabilidade.

O relatório apresenta-se dividido em duas partes principais. A primeira é relativa à componente de estágio, descrevendo o percurso efetuado, recorrendo a uma análise crítico-reflexiva e fundamentada, de maneira a atingir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, que decorreram em dois locais distintos: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da zona

centro e no Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Central da região centro. A segunda parte do relatório é dirigida para a componente da investigação, onde será feito um estudo quantitativo tipo descritivo- exploratório com uma amostra constituída por enfermeiros que exercem funções no extra-hospitalar, através de um questionário on-line, para perceber os seus conhecimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade, terminando com a apresentação dos resultados e a conclusão.

Ser enfermeiro forense é cuidar bem, sem olhar a quem, para que se faça justiça (Gomes, 2014).

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Estágio em Extra-Hospitalar e Serviço de Urgência

2 ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

No âmbito do ensino e da aquisição de competências na área da Enfermagem é fundamental o estágio de natureza profissional, onde será fornecida uma formação clínica orientada por objetivos de nível avançado. Para Negreiros & Lima (2018):

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

É no decorrer do estágio que surge a oportunidade de pensamento crítico fomentando assim a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista.

É nesta realidade que é feita a ponte para a consolidação de conhecimentos adquiridos durante a componente teórica e os conhecimentos adquiridos ou reforçados no contexto prático. Segundo Mota (2021) é permitido ao aluno não só a compreensão das teorias estudadas em contexto de sala de aula, mas também, e principalmente, a sua aplicabilidade e a reflexão sobre as mesmas, no contexto da prática clínica, desenvolvendo assim as habilidades necessárias.

Posto isto, é de extrema relevância a caracterização dos locais de estágio, uma vez que é neles, que está também intrínseco a sua importância para o desenvolvimento das competências desejadas.

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) II decorreu no período de 03 de dezembro de 2021 a 30 de junho de 2022, num total de 810 horas (h), das quais 540h foram de contato e 270h de trabalho autónomo. Foram realizadas 440h de contato na tipologia de estágio (220h em cada um dos momentos da prática clínica, extra-hospitalar e Serviço de urgência), 20h em tipologia de seminário e as restantes 80h sob orientação tutorial.

O primeiro momento de estágio decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) de 03 de janeiro a 11 de março de 2022, e o segundo momento de estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU), de 14 de março a 31 de maio de 2022.

A escolha dos serviços para a realização do estágio final, prendeu-se com o fato de ser primeiramente a área com a qual a investigadora principal se identifica, na qual trabalha há muitos anos, e a razão mais relevante foi o fato de ser sobre a área do extra-hospitalar que

iria decorrer o seu trabalho de investigação, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos e sedimentação dos já adquiridos.

2.1 Estágio em contexto extra-hospitalar

“O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no Território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do SIEM, são as principais tarefas do INEM. Através do número europeu de emergência – 112, o INEM dispõe de múltiplos meios para responder com eficácia a situações de emergência médica”. (INEM).

O INEM tem como missão garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM, visando ser uma organização inovadora e de referência na prestação de cuidados de emergência médica, assumindo-se como uma marca de excelência na prestação de cuidados extra-hospitalares. São valores assumidos do INEM a ambição, o humanismo, a inovação, a ética, a competência, a eficiência e a responsabilidade (inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/).

O estágio decorreu em dois meios ao serviço do INEM: uma ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambos da zona centro.

Citando o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014), a VMER integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concedida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, e tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítima de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de suporte avançado de vida.

Ainda referindo o despacho supracitado, a ambulância SIV integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tendo os mesmos objetivos que a VMER, só que apenas disponibiliza material de suporte imediato de vida, atuando segundo protocolos validados pelo INEM.

Na prática clínica de contexto extra-hospitalar, as oportunidades de aperfeiçoamento são imensas, as equipas são confrontadas com as mais variadas situações e algumas delas da maior complexidade, exigindo da equipa ser capaz de reagir e agir com prontidão, organização, cooperação, profissionalismo e responsabilidade. O enfermeiro SIV

trabalha com protocolos, de maneira diferente da existente na VMER, que apesar da sua ação também ser protocolada o enfermeiro tem autonomia de decisão juntamente com o médico. O enfermeiro SIV tem de agir segundo o seu juízo crítico-reflexivo para sustentar a tomada de decisão.

Ambos os estágios estiveram sob orientação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.2 Estágio em contexto de serviço de urgência

O Hospital onde decorreu o momento formativo surge em 2011 como resultado da fusão de três, com o Decreto-Lei 30/2011, de 2 de março (2011), no decorrer da reestruturação do parque hospitalar a nível nacional. Essa reestruturação segundo o mesmo Decreto surge com uma lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos financeiros, humanos e tecnológicos, e de compatibilização de desígnios estratégicos, após um período de maior instabilidade e crise económica tanto a nível nacional como europeia.

Todos os benefícios pretendidos com esta fusão, entre os quais a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, a garantia da qualidade e diversificação da oferta, a universalização do acesso e o aumento da eficácia dos serviços, bem como a redução da estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas com o objetivo de tornar mais eficiente a gestão hospitalar e o realçar da importância do ensino universitário e da investigação científica desenvolvida em unidades de saúde (Decreto-Lei 30/2011, de 2 de março), fizeram com que os conselhos de administração destas instituições tivessem a enorme tarefa de planear, reorganizar e executar as medidas decorrentes dos pressupostos do mesmo decreto-lei (Mensagem do Presidente do Conselho de Administração, Relatório de Contas 2013, do Hospital) (citado na página web do mesmo).

O Hospital tem como Missão (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2021):

- a) “a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, aos utentes da sua área de influência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- b) a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referência europeias;
- c) a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica;

- d) integrar redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais.”

Tem como Visão ser:

“uma instituição de referência a nível nacional e internacional, pautando-se por elevados padrões de diferenciação clínica, técnica e científica, e de qualidade e segurança, e pelo compromisso para com a criação de conhecimento e a inovação, e para com os doentes, os profissionais, os acionistas e a sociedade.” (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2021):

São valores de referência do Hospital a dignidade humana, o respeito pela pessoa humana e pelos princípios bioéticos e de deontologia profissional e a honestidade, a integridade, o humanismo, a equidade e a justiça (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2021).

O Hospital incorpora dois SU de adultos, um no polo A, Edifício Central, outro no polo B, no Hospital Geral, tendo vindo ao longo dos últimos anos a serem redefinidas características, tanto a nível assistencial, área de abrangência, bem como horários de atendimento.

O SU do polo A, local onde foi realizado o estágio, situa-se num centro hospitalar de nível III, sendo um Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área segundo o Despacho nº10319/2014, 11 agosto (2014). Dispõe de equipas médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequadas ao atendimento da população da sua área de influência. Garante a articulação com bloco operatório e medicina intensiva, imagiologia e patologia clínica e dispõe de equipamento obrigatório para ser SU de referência para Vias Verdes (Trauma, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária e Sepsis), englobando várias especialidades.

O SU do polo A, após reformulação dos vários hospitais limítrofes passou a ter uma área de abrangência de 460 mil habitantes, o que tem causado algum transtorno uma vez que o serviço mostra dificuldade em gerir esse aumento de afluência de doentes, situação essa que pode pôr em causa a condição clínica e não clínica do doente, assim como a satisfação dos profissionais que ali exercem funções.

O SU é um serviço de grandes dimensões composto por várias áreas, distinguindo os doentes consoante a triagem de Manchester, podendo estes ser encaminhados para a área básica (por norma triados de cor azul ou verde), onde serão atendidos por um médico de formação geral, área cirúrgica (cirurgia ou ortopedia) independentemente da cor da pulseira, área médica (que se situa no meio do corredor como *open space*, tentando separar Homens e Mulheres), e os doentes emergentes que entram diretamente para a sala de emergência ou são identificados com prioridade vermelha num dos três balcões de triagem. Existe

também no exterior do SU uns contentores onde são avaliados e observados os doentes com patologia respiratória suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, por coronavírus (SARS- Cov). Logo na entrada do SU existe um balcão de informações que funciona das 8h às 24h, que tem um enfermeiro alocado para poder responder aos familiares num sistema de atendimento por senhas.

No Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), recomenda-se que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos SU sejam especialistas em EMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas, garantido assim as dotações seguras.

A equipa de enfermagem do SU é liderada por uma Sra. Enfermeira Gestora, sendo constituída por 171 enfermeiros, dos quais 62 são especialistas em EMC, 11 especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2 especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Existem neste momento vários elementos da equipa de enfermagem em formação nas várias especialidades de enfermagem, principalmente para serem enfermeiros especialistas em EMC, o que aproximará brevemente os números preconizados pela OE.

3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo Benner et al. (2009), o enfermeiro exercendo a sua prática de enfermagem, necessita de aperfeiçoamento através de aprendizagens e bases alicerçadas de modo a adquirir competências que lhe permita obter ferramentas para dar resposta às mudanças exigidas nos cuidados de saúde. Desta maneira, a prática, de modo a ser fundamentada assimila conhecimentos que não se verificam na teoria. Com isto, o enfermeiro especialista seguindo o avanço científico e baseado na evidência científica deverá ser capacitado de um amplo domínio de enfermagem com vista a dar resposta aos problemas de saúde e humanos, usando o seu juízo crítico (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018).

A aquisição de competências fez-se através da junção de fatores, tais como pesquisa bibliográfica, partilha de experiências com os pares e capacidade crítico-reflexiva sobre cuidados prestados.

Enquanto detentores de conhecimento não chega para satisfazer a maneira como se executa a prática. Necessita-se de corroborar isso com o pensamento reflexivo e o juízo crítico, indo de encontro à perspetiva de Chicória (2013), que refere que a prática baseada na evidência surge como potenciadora de decisão segura e da qualidade e autonomia dos cuidados de enfermagem.

Segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional a quem são atribuídas diversas competências que lhe permite prestar cuidados de enfermagem especializados baseados no seu conhecimento técnico, relacional, humano e científico. Competências essas que são orientadas através dos seus domínios: da melhoria da qualidade, da responsabilidade ética, legal e profissional, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e do domínio da gestão de cuidados.

3.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade ética o enfermeiro deve basear-se sempre no Código Deontológico da profissão, seguindo os valores, princípios e deveres por ele

enunciado. No contexto da prática profissional, os enfermeiros devem certificar e proteger os direitos das pessoas de modo a promover qualidade nos cuidados. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define no artigo 8º que os “enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.121).

Cotidianamente o enfermeiro, tanto no SU como na emergência extra-hospitalar, lida com momentos de tomada de decisão que em tudo têm que ver com a privacidade dos doentes, nunca colocando em risco a excelência e prontidão dos cuidados prestados. Durante o estágio no INEM tornou-se mais difícil garantir a total privacidade das vítimas de trauma ou de doença súbita, no entanto, houve sempre a tentativa de minorar a exposição, usando por exemplo a ambulância como “escudo”, ou solicitando a autoridade no local. No SU o problema de hiperlotação devido à grande afluência de doentes é colossal, deixando para segundo plano a privacidade e segurança do doente. Diariamente o enfermeiro é confrontado com doentes no SU com problemas pouco graves que prontamente seriam resolvidos nos cuidados de saúde primários (CSP) sem haver necessidade de ser dirigidos ao SU, criando um aumento das listas de espera e consequentemente da insatisfação dos doentes (Pereira, et al. 2001). Segundo a OE (2015) o enfermeiro apesar de ser o profissional que mais responsabilidade tem na invasão da privacidade e intimidade dos doentes, deveria ter a capacidade de não expor o doente mais do que o necessário para prestar cuidados de qualidade. Apesar de todas as dificuldades no SU, seja de espaço físico ou de recursos materiais, houve sempre a tentativa de recorrer aos biombos e quando não era possível, colocar os doentes em sítios menos movimentados na tentativa de preservar a privacidade e intimidade.

A obstinação terapêutica surge na urgência e emergência como um aspeto ético e legal de extrema importância para os profissionais de saúde, uma vez que as suas tomadas de decisão deverão ir de encontro à sua deontologia profissional. Até onde se deve ir, o que se deve ou não fazer, quando saber parar, são pensamentos e atos fulcrais para quem trabalha em urgência e emergência. Estas situações posicionam a equipa multidisciplinar numa situação de vulnerabilidade a vários níveis, sendo eles, legais, culturais e emocionais (Darco, Ferrari & Carvalho, 2016). Na prática, o contato com a PSC e a sua família, torna a atuação muito mais difícil, inflamando facilmente os cuidados para além do necessário levando à realização de medidas, e atos exagerados que de outro modo não se realizariam, e à consequente obstinação terapêutica. Parafraseando o mesmo autor, sendo o enfermeiro o principal elo de ligação entre a família e a pessoa, e posteriormente com a equipa, deverá ser o agente promotor de humanização dos cuidados, tentando distanciar-se

emocionalmente da situação, evitando a obstinação terapêutica e garantir a dignidade durante a prestação de cuidados. A reflexão constante e a luta interior acerca desta temática permitem concluir que é sempre mais fácil basear a ação nos aspetos éticos regendo a nossa prática diária de acordo com a princípio da beneficência ou não maleficência. Contudo, e por experiência, nem sempre é o suficiente e deve-se então complementar com as componentes da família e da pessoa.

3.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Prevê-se que o grau de Mestre seja atribuído a quem demonstrar (Decreto de Lei nº65/2018 de 16 de agosto, 2018. pp.4162):

“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”.

E no domínio da melhoria contínua da qualidade o enfermeiro especialista deve garantir um papel (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745):

“dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e que desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro”.

Segundo Machado (2013), fazendo uma análise retrospectiva da enfermagem e da sua evolução enquanto ciência, é notório a ligação entre os conceitos de melhoria contínua e os da qualidade. Os padrões de qualidade indicam à sociedade o que podem esperar em termos de cuidados de enfermagem e aos enfermeiros o que se espera que cada um execute em prol de uma prática clínica de qualidade, sendo cada vez mais visível a preocupação de todos em contribuir para essa efetividade (Ribeiro, et al. 2017).

A excelência da prática exigida cada vez mais aos enfermeiros só se coaduna com a dedicação, tempo e empenho dos mesmos, assim como com o compromisso das instituições em auxiliarem na mudança de paradigmas e de procedimentos, garantindo tempo para a promoção, colaboração e elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. É necessário tempo para se fazer acontecer Enfermagem, para melhorar o acesso à literacia em Enfermagem e promover a execução de protocolos, normas e formas de atuar baseadas em evidência científica.

Sendo a área de urgência e emergência, uma área de grande procura pelos doentes, de escassez de recursos humanos e materiais, e por norma de grande aumento de carga de

trabalho e de stress, torna-se um serviço propício à ocorrência de episódios indesejáveis, por vezes nocivas para a saúde (Filho, et al., 2012).

Todos os enfermeiros, especialistas ou não, que exercem funções no SU e no extra-hospitalar, devem ter formação adequada às especificidades destes serviços. Existe formação na área de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica como o Suporte Avançado de Vida (SAV), Triagem de Manchester por prioridades para poder exercer funções no posto de trabalho da triagem, e outras formações adequadas à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Existem também áreas de formação geral, nomeadamente na gestão da qualidade, gestão do risco, avaliação da dor, avaliação do risco de úlcera de pressão, controlo de infeção, sistemas de informação, entre outras, que fazem parte do plano de formação do CHUC e do INEM.

Durante o período de estágio decorrido nos meios extra-hospitalares e no SU existiram várias situações em proporções diferentes para as quais se exige sentido reflexivo para minorar o risco do erro. Seria fácil no meio extra-hospitalar devido à imensidão de barulhos e fatores extrínsecos ao exercício profissional, ser executado um erro, de fármaco, de protocolo, não identificar um sinal de gravidade do doente, pondo em risco a sua própria vida. Contudo, a formação e preparação garante uma tomada de decisão mais acertada.

Cada vez mais existe violência, abusos e situações dúbias em relação à sua criminalidade, e as equipas do extra-hospitalar são por norma as que primeiro chegam ao teatro das operações, cabendo-lhes a elas manter o cenário o mais inalterado possível prevenindo eventuais provas forenses. Durante este período de aprendizagem e indo de encontro à pesquisa bibliográfica efetuada, foi proposto fazer uma formação em modo de proposta de melhoria de trabalho na preservação de provas forenses no local da ocorrência (Apêndice I).

No SU (o outro momento formativo) há uma rotatividade de doentes e de camas que exigem do enfermeiro uma atenção mais auspiciosa. Procede-se sempre à dupla verificação do nome do doente e do número da maca que lhe foi atribuída através da pulseira que lhe é colocada na triagem.

No que confere à passagem de turno, segundo Schorr et al. (2020) é uma ferramenta importante uma vez que permite a passagem, da informação, sendo ela pertinente para a continuidade de cuidados tendo como objetivo perpetuar de forma sucinta e clara os acontecimentos ou evento indesejáveis durante a período da prestação de cuidados promovendo a transferência da responsabilidade de uma equipa ou profissional para outro. Já existia uma folha apropriada para a passagem de turno, mas foi feita a proposta para a reformularem segundo a comunicação ISBAR (identificação, situação atual/causa,

antecedentes/ anamnese, avaliação, recomendações), uma vez que a DGS (2017) normaliza essa passagem de informação através de uma comunicação eficaz, aumentando assim a qualidade de cuidados e a segurança do doente diminuindo a probabilidade de eventos adversos. Contudo, esse documento não foi efetuado durante o período formativo.

Enquanto decorria o período de estágio no SU foi planeado com a Enfermeira Gestora a necessidade de se elaborar um protocolo de atuação para primeira abordagem ao doente vítima de maus tratos e abusos sexuais de modo a se preservarem provas forenses, criando um espaço para se fazer a análise e colheita de espécimes, no entanto, devido ao excesso de trabalho por parte dos enfermeiros do SU e por estarem a preparar o 1º Congresso de Enfermagem de Urgência e Emergência do CHUC no qual a investigadora principal também foi congressista (Apêndice II), não foi possível realizar esse projeto.

Conclui-se que a utilização de procedimentos protocolados e instituídos são um contributo importante para as boas práticas, contribuindo para a diminuição do erro, levando a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que todos os profissionais se regeriam de igual forma garantindo a segurança do doente.

3.3 Domínio da gestão de cuidados

O grau de Mestre é atribuído a quem demonstrar “ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº 63/2018, de 16 de agosto, 2018, p.4162).

O enfermeiro especialista deve saber apresentar a comunicação como uma importante ferramenta para a melhorar a eficiência da gestão dos cuidados.

As competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados são, a gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Algo que é transversal aos dois estágios é que a gestão de material, recursos, farmácia e equipamentos faz parte das funções do enfermeiro coordenador. Na SIV e na VMER só havendo um enfermeiro por turno são eles que fazem chegar os pedidos ao enfermeiro coordenador. No SU o coordenador de turno encarrega-se dessa função, sendo por vezes um trabalho inglório e não tão célere quanto o desejável.

Ao terem sido efetuados alguns turnos com o enfermeiro coordenador do SU, foi inequívoco que todos os elementos com esta responsabilidade são elementos da equipa tidos como modelo orientador devido à sua experiência e amplo conhecimento científico e técnico no que diz respeito à PSC. É-lhe exigido também que tenha competências a nível humano e relacional que lhe permita de forma antecipatória identificar, agir e gerir situações de conflito e causadoras de stress. A verificação, validação e reposição dos carros de emergência assim como das malas de transporte é efetuada pelo enfermeiro responsável da sala onde se encontram as malas ou os carros (na VMER e SIV são os enfermeiros de serviço que o fazem), libertando assim o coordenador para outras funções. A capacidade de conseguir delegar funções noutro elemento a quem também lhe é conferida essa competência é juntamente com outras, também ela uma função do enfermeiro coordenador.

3.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para ser conferido o grau de Mestre devem-se desenvolver e aprofundar conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo de estudos e ter a capacidade de desenvolvê-los para que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação. Deve também ser reconhecida a competência que permita continuar a aprender ao longo da vida, de forma autónoma e auto-orientada (Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, 2018).

Uma vez que é reconhecido ao enfermeiro especialista a competência do conhecimento científico de maneira a dar resposta e oferecer auxílio nos processos de saúde e doença, deverá este sustentar a sua prática no julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº 429/ 2018 de 16 de julho, 2018).

A reflexão e consolidação de conhecimentos foram feitos através da discussão de casos clínicos e do debriefing após cada ocorrência no extra-hospitalar. A partilha exige pensamento crítico-reflexivo e ponderação sobre as tomadas de decisão e isso foi essencial ao longo dos estágios. Como refere Holley (2022), essa reflexão crítica proporciona o aumento do conhecimento e das competências, conduzindo a uma maior segurança na tomada de decisão, tendo por base a melhor evidência científica, levando ao avanço do seu autoconhecimento.

A aquisição de competências foi conseguida através de pesquisa bibliográfica e partilha de experiências, o que permitiu a aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos já existentes. O fato de terem sido realizados os estágios em dois meios que são idênticos à atual prática profissional, permitiu cimentar atuações e adquirir novos comportamentos que foram observados e que se conclui serem uma mais valia na melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Houve proveito de todas as situações para melhorar a prática clínica e para melhor identificar situações e limitações na assistência à PSC.

Durante a caminhada no estágio do extra-hospitalar deu para perceber que para os enfermeiros ainda há um fosso gigante em relação às situações de morte violenta, ou trauma violentos. A temática da EF por ser uma realidade muito recente carece de muita atenção por parte dos meios de emergência médica, na tentativa de diminuir o erro e a probabilidade de contaminação de provas.

4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas que garantem que o enfermeiro especialista possui determinadas capacidades, conhecimentos e aptidões utilizando-os nos diferentes contextos de vida e durante o seu exercício profissional, surgem do decorrer da prática e da investigação em enfermagem baseada na evidência.

Segundo o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho 2018 são as competências do enfermeiro especialista à PSC são as seguintes:

“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequados”.

Baseada nisto foi feita uma análise das competências adquiridas enquanto futura enfermeira especialista.

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

Tanto no SU (principalmente na sala de emergência) como na emergência extra-hospitalar lida-se com a falência orgânica e a doença crítica. A aquisição desta competência foi de encontro ao trabalho diário e à noção de que se precisa ter um conhecimento avançado e diferenciado, e dever-se-á ser um perito com capacidade de raciocínio rápido e juízo crítico-reflexivo de modo a antecipar situações que poderiam ser fatais.

Ajudará a esta clarificação o que se entende por perito. No âmbito da enfermagem a abordagem de perito tipificada por Benner (2001) é colocada nos seguintes termos: “... As enfermeiras peritas sabem que em todos os casos, uma avaliação definitiva do estado do doente não pode ser satisfeita por pressentimentos vagos, mas aprenderam com a experiência a deixar as suas perceções guiá-las à evidência confirmatória” (p. 22). Onde “... a consciência percetiva é o elemento central de um bom raciocínio de enfermagem, e por isso

começa por breves intuições e avaliações globais, que escapam no início, à análise crítica...” (p. 22). Assim, e ainda citando a mesma autora “a experiência é por isso necessária para a perícia” (p.32).

Durante estes períodos formativos a procura do saber ser, do saber fazer, do saber-saber, envolveu um grande investimento uma vez que em emergência (no SU ou na SIV/VMER), espera-se que o enfermeiro seja detentor de uma panóplia de conhecimentos, práticas e habilidades (Vilelas, 2020). Apesar da realidade de estágio ser semelhante à vida profissional da investigadora principal, tudo serviu para ser momento de aprendizagem e de treino, baseados inicialmente na observação que em muito contribuíram para se poder elaborar mentalmente um caminho a seguir e perceber as lacunas tanto pessoais como dos serviços por onde se passou, uma vez que a partilha é um meio de aprendizagem muito importante.

A existência de protocolos todos eles instituídos torna-se fundamental na atuação de um enfermeiro numa situação de emergência. Essa necessidade de protocolar atuações e procedimentos é manifestamente mais notável quando se trabalha em meio SIV, em, que o enfermeiro é o líder e toma decisões *per si*. Na sala de emergência do SU pode-se detetar que por vezes existia um fosso temporal entre o início da deteção de uma Paragem cardiorrespiratória (PCR) e a distribuição de tarefas, o que poderia pôr em causa o sucesso do Suporte Avançado de Vida (SAV). A eficácia da reanimação numa PCR está diretamente relacionada com a distribuição de tarefas e com a existência de um líder durante o procedimento (Mellick & Adams, 2009). Após reflexão sobre essa situação foi implementada a distribuição de lugares a ocupar aquando de uma PCR logo no início de cada turno.

Relativamente aos protocolos implementados no SU são, a Via verde Trauma, uma vez que este hospital é o centro de trauma de referência da região centro, via verde AVC, via verde coronária e via verde sépsis. Estando esta última em reformulação e por isso muito pouco utilizada. No congresso de emergência do CHUC foi apresentado uma proposta de uma nova via verde, a Via Verde Psiquiátrica, projeto esse que pareceu muito pertinente uma vez que recorre ao SU um grande número de doentes com ideações suicidas. Nos meios INEM, como referenciado anteriormente tudo está protocolado para orientar uma prestação idêntica para os diferentes enfermeiros.

A dor é um dos fatores que mais traz os doentes ao Hospital, e apesar de subjetiva e de difícil avaliação, causa um grande impacto no doente e até mesmo na família ou cuidador. Por essa razão, a sua avaliação (feita inicialmente no primeiro contato com o doente) deve ser executada por um enfermeiro com perícia e treino, para que a natureza da urgência não seja de forma alguma prejudicada por essa avaliação. Segundo o Grupo Português de Triagem

(2010), a inclusão da avaliação da dor na triagem deve ser executada por enfermeiros treinados, de maneira a serem prestados cuidados de qualidade inerentes à necessidade do doente. O enfermeiro triador que avalia a dor deve ter presente, não apenas a verbalização, mas também todas as manifestações fisiológicas que advém de um processo de dor, como palidez, taquipneia, hipertensão arterial, dilatação das pupilas que poderão agravar o estado clínico do doente e que não foram tidas em consideração pelo doente (Estilita, 2016).

No SU a dor é avaliada segundo várias escalas que existem à disposição, aquando da triagem e sempre que assim se justificar. As escalas são adequadas consoante o doente, mas maioritariamente usa-se a escala visual analógica (EVA), em que o doente classifica a sua dor de 0 a 10 sendo que 10 é a maior dor que alguma vez imaginou.

O enfermeiro especialista tem competência para perceber a veracidade da dor classificada pelo doente e agir em conformidade. No INEM existe o protocolo da dor e pode-se recorrer a determinados fármacos para o alívio da sintomatologia, no entanto no SU apenas se consegue recorrer a medidas não farmacológicas, como crioterapia e posicionamento para alívio da dor, uma vez que a medicação tem que ser prescrita pelo médico.

A comunicação é outra competência relacionada com este domínio. A comunicação de forma holística entre enfermeiro/ doente/ cuidador/ família. A comunicação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem. Ela apresenta-se em todas as tarefas realizadas com o doente, seja para formar, elucidar, informar, ajudar ou atender as suas necessidades básicas. Será o instrumento mais usado pelo enfermeiro para aprimorar o saber-fazer profissional. Segundo a ideologia da autora Campos (2017) a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, ultrapassando a simples conversação, permitindo mudanças que influenciam de forma positiva a saúde levando a ganhos, para que esta possa garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Ainda sobre a comunicação, Torre (2020) considera-a como uma das componentes centrais da área da saúde, referindo que a comunicação, a saúde e a enfermagem são três pilares que se entepõem, de tal forma que não se pode falar de enfermagem e saúde sem nos reportarmos à comunicação. Esta autora vai mais longe, dizendo, ainda que a comunicação é o elo de ligação entre os cuidados, o ensino e a pesquisa de enfermagem, sendo que auxilia o enfermeiro a exercer a profissão como ciência e arte de forma integrada. Para colmatar a ausência de comunicação com os familiares no SU do referido Hospital, existe

um gabinete de informações que esclarece sobre o estado clínico do doente, garantindo sempre a sua privacidade e o sigilo profissional.

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

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 27/2006, de 03 de julho, 2006), catástrofe é “o acidente grave, ou a série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Os danos causados por uma catástrofe são sempre imprevisíveis, pelo que a atuação dos profissionais e sua abordagem deve ser sempre única e adaptativa. É possível fazer treinamento e simulacros para que os intervenientes se sintam mais capacitados para atuar. Para uma gestão eficaz das dificuldades que surgem perante uma catástrofe ou cenário multivítimas é crucial o desenvolvimento de pensamento crítico e de competências na resolução de situações complexas, usando flexibilidade e adaptabilidade (Powers,2010).

O exercício profissional de Enfermagem assenta numa prática avançada, baseada na evidência científica, sendo esse um dos pilares major na excelência dos cuidados de saúde à população. Com este propósito a OE no regulamento de competências do enfermeiro especialista, caracteriza-o como tendo um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. (Dec. lei nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A preparação dos serviços de urgência e emergência, bem como dos profissionais que neles trabalham é, sem dúvida, a pedra basilar na resposta a todas as situações de emergência multivítimas. Logo, é essencial o desenvolvimento de conhecimento e competência de todos os intervenientes (Doctors For You, 2013).

É consensual a opinião de que “estar preparado para agir” é o principal instrumento para reduzir a morbilidade e mortalidade resultantes das situações de catástrofe, devendo existir uma organização interna clara e objetiva, com uma estrutura de comando e controlo,

que permitirá uma melhor coordenação durante os incidentes (Wachira, Abdalla, & Wallis, 2014).

No INEM os enfermeiros têm exercícios de simulacro muitas vezes e são instruídos para estarem preparados para uma situação de catástrofe ou multivítimas. Durante o estágio houve a oportunidade de participar numa dessas ações de formação.

No SU constatou-se que nem todos os enfermeiros sabiam da existência do plano de emergência interna (PEI) que a instituição tem, uma vez que já não tinham formação há algum tempo. Apesar de haver grupos adstritos à formação interna, nem sempre é possível atualizá-la. Existe uma equipa de um médico e um enfermeiro que está de chamada para responder às emergências internas que ocorram no edifício do Hospital. Foi alertada a enfermeira gestora de que as situações de catástrofes não têm hora marcada para acontecer e que deveria ser uma prioridade a curto prazo.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 julho (2018), em resposta às situações de catástrofe, emergência e exceção, o enfermeiro especialista tem o dever de fazer parte da conceção e planeamento de planos de emergência interna, sendo o seu papel de extrema importância. É por esta razão e corroborado por Hammad, et al. (2012), que os enfermeiros especialistas têm como função saber pormenorizadamente o PEI, assim como participar em simulacros e formação seja concedida pela instituição ou proposta pelo próprio.

4.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a situação crítica ou falência orgânica

Considera-se ter sido adquirida esta competência ao longo dos estágios. A investigadora principal acabou por ser beneficiada pelo fato de estarmos em plena pandemia do SARS-Cov em que todas as pessoas tentam cumprir medidas de higienização, e usam equipamento de proteção individual (EPI). A pandemia veio demonstrar que pequenos gestos como a etiqueta respiratória, a higiene das mãos e locais e os EPI podem diminuir a transmissão de doença. Durante o estágio no INEM a tarefa era facilitada, uma vez que o uso da máscara e EPI era obrigatório, a desinfecção dos materiais e ambulância também se tornou um ato automático, já no SU o controlo de infeção tornou-se um pouco mais difícil de se fazer cumprir. Tendo sempre como linha de orientação as bundles para evitar as Infeções

Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), o aglomerado de doentes no corredor e nos balcões de atendimento, tornavam muitas vezes essa atitude mais dificultada.

Segundo a DGS (2007) as IACS constituem uma importante causa de morbilidade e mortalidade nos hospitais, sendo por isso uma preocupação para os gestores de saúde pública, causando grande impacto na economia. Sendo por isso consideradas um dos indicadores de qualidade em saúde mais significativo.

A abordagem à pessoa em situação crítica, feita sempre com a premência de salvar uma vida, é responsável por existirem práticas menos seguras por parte dos profissionais de saúde, levando ao aumento das IACS.

Chaves & Quadrado, (2009) referem que as infeções hospitalares poderiam ser evitadas, uma vez que um terço decorre da prestação direta de cuidados de saúde, havendo para isso a necessidade emergente de mudar comportamentos e adotar medidas de proteção e controle de infeção. Para Ferreira et, al. (2021) os profissionais de saúde devem ser chamados à responsabilidade, dado que fazendo uso de técnicas básicas de lavagem das mãos e escolha correta dos EPI poderá contribuir para a diminuição dos números de IACS. A existência do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA), nos Hospitais é fundamental, mas insuficiente. Durante a pandemia a PPCIRA teve um papel de extrema importância e de maior notoriedade, fazendo formação aos profissionais de saúde e atualizando todas as medidas precisas. São eles os responsáveis por tentar isolar os doentes consoante a sua infeção, mas mais uma vez, o controlo da IACS é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, assim como das visitas e dos próprios doentes.

Segundo a DGS (2017) as mãos dos profissionais são o veículo de maior transmissão de microrganismos nocivos, sendo que o procedimento básico de lavagem e higienização das mãos deve ser cumprido, de maneira a prevenir e reduzir a sua propagação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dignificação da profissão de enfermagem é sustentada cada vez mais numa complexa prática clínica exigindo uma maior responsabilidade por parte dos enfermeiros, não bastando a formação base e havendo uma necessidade de formação e aprendizagem contínua baseada na evidência científica, que permita um aperfeiçoamento dos cuidados prestados, tendo como objetivo a segurança e qualidade dos mesmos.

A experiência profissional, bem como o percurso hospitalar e extra-hospitalar aliados ao sentimento de realização pessoal e profissional, assim como a necessidade incessante de busca por mais conhecimento, foram os aspetos decisivos na escolha tanto da área de especialização como dos locais de estágio, para a realização de um mestrado.

Pretende-se com este relatório evidenciar e refletir sobre as competências adquiridas. Competências essas que permitem, doravante, o aperfeiçoamento da prática ética, profissional e legal, a melhoria da gestão da comunicação com os doentes, familiares ou cuidadores, e da relação terapêutica. Permite também o desenvolvimento de competências de gestão de equipas e o aprimoramento do pensamento crítico-reflexivo.

Os aspetos facilitadores da realização destes estágios, foram sem dúvida a mestria daqueles que se cruzaram e a partilha de ideias com as equipas, troca de vivências em que todos estavam disponíveis para ensinar e aprender.

Ao longo deste caminho, nem sempre fácil, destaca-se o desenvolvimento e a aquisição de novas competências do cuidar, mas essencialmente a necessidade e o sentimento de procura baseada nas orientações científicas para uma prática segura e de qualidade. Um percurso para ser gratificante no final também contém as suas dificuldades, que foram sentidas, das quais se ressalva, o esforço físico, profissional, mas acima de tudo familiar.

Fica apenas o sentimento que o conhecimento sobre enfermagem forense apresenta lacunas significativas, e que ainda há um longo caminho para se percorrer. Caminho esse para o qual se tentou despertar o interesse nos locais de estágio por onde se passou, e onde se deixou a marca da necessidade iminente de formação acerca de recolha e preservação de provas forenses. É assim fundamental que exista um investimento e sensibilização por parte das equipas nessa área para se fazer face aos fenómenos de violência e assegurar que seja feita justiça.

Após a realização do estágio e com a elaboração deste relatório, fazendo uma análise crítico-reflexiva, as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à PSC, bem como, toda a experiência

vivenciada, sublinha-se que foi possível construir um referencial teórico que, dotado de conhecimentos e atitudes, permitirão enquanto futura Mestre em Enfermagem da PSC, prestar cuidados melhorados à PSC. A conclusão deste mestrado encerra um ciclo de estudos, mas reforça a necessidade de prosseguir um caminho alicerçado nos quatro pilares da enfermagem – prática, ensino, investigação e gestão.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Enfermagem forense em contexto extra-hospitalar

RESUMO

A Enfermagem Forense é considerada um desafio atual, algo recente, desconhecida e de rápido crescimento no campo da Enfermagem. O crime violento e as sequelas físicas e psicológicas que dele advém são fatores que necessitam da intervenção multidisciplinar, incluindo dos Enfermeiros. Estes têm como objetivo principal da sua atuação promover cuidados de saúde e assistência à(s) vítima(s). Nunca descorando esse objetivo de vital importância, é premente que consigam proceder à recolha de vestígios forenses encontrados no local, no agressor e/ou na vítima, que seguidamente serão tidos em conta como prova pericial e de extrema importância Médico-legal.

Este estudo é assente na certeza de que todos os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis podendo ser alterados, danificados ou extraviados durante a intervenção médica/enfermagem.

Este trabalho tem como objetivos descrever o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar relativamente à prática /executabilidade na manutenção e recolha de provas forenses; verificar se existe relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade; perceber se alguns fatores académicos/profissionais dos enfermeiros extra-hospitalares estão associados à perceção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação de provas forenses.

É um estudo quantitativo tipo descritivo-exploratório, com uma amostra não probabilística accidental, constituída pelos enfermeiros que exercem funções no extra-hospitalar quer seja numa SIV, na VMER, no Helicóptero ou outro meio.

Os dados foram colhidos através da aplicação online do Questionário sobre Preservação de Vestígios, na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) através do Google Forms, e a sua análise descritiva com recurso a uma base de dados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Prevê-se com este estudo perceber se os enfermeiros apesar de terem o conhecimento sobre preservação de provas forenses, os aplicam na sua prática diária, assim como, perceber o conhecimento dos próprios na manutenção e recolha das provas, necessitando por isso de mais formação, treino, elaboração de protocolos/checklists e folhas de registos apropriadas para poderem fazer evidência de provas colhidas.

Palavras chave: Enfermeiros; Enfermagem Forense; Conhecimento; Vítimas de Crime.

ABSTRACT

Forensic Nursing is considered a current, somewhat recent, unknown, and rapidly growing challenge in the Nursing field. Violent crime and the physical and the psychological sequelae resulting from it, are factors that require multidisciplinary intervention, including nurses. The main purpose of their work is to promote health care and assistance to the victim(s). To achieve this vitally important goal, they should collect forensic traces found at the scene, on the aggressor and/or the victim, which will then be considered as a expert evidence of extreme importance for Forensic Medicine.

This study is based on the certainty that all traces are fragile and easily deteriorated, and may be altered, damaged or lost during the medical/nursing intervention.

This investigation aims to describe the knowledge of prehospital nurses about the practice/executability in the preservation and collection of forensic evidence; to verify whether there is a relationship between the perception of the knowlegde of procedures on the preservation of forensic evidence and their executability; and to understand whether some academic/professional factors of prehospital nurses are associated with the perception of knowledge and eexecutability of procedures on the preservation of forensic evidence.

This is a quantitative descriptive-exploratory study, whith a non-probability accidental sample, composed of nurses working in the prehospitalar, whether in a SIV, in the VMER, in a helicopter or in another environment.

Data where collected using the online application of the QPVAVE using Google Forms, and analyzed descriptively using a Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) database.

This study aims to understand whether Nurses, despite having knwoledge about the preservation of forensic evidence, do aply them in their daily practice, as well as understand their own knowledge in evidence maintenance and collection, thus requiring further training, training, and the development of protocols/checklists and appropriate record sheets to be able to provide evidence of collected evidence.

Key words: Nurses; Forensic Nursing; Knowledge; Crime Victims.

6 ENFERMAGEM FORENSE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde a antiguidade que as comunidades mais evoluídas se deparavam com problemas de violência e criminalidade, e a sua tentativa de erradicação tem sido estudado por várias ciências, inclusive as ciências forenses (Silva, 2010).

O início das Ciências Forenses remonta para o Antigo Egipto, que já na altura criou um modelo legal e judicial, que posteriormente foi adotado e adaptado pelos Gregos e Romanos, que se baseava nas leis do “certo” e do “errado”, estando todos os indivíduos sob a alçada deste sistema de leis, em igualdade de direito (Bader & Gabriel, 2010).

No início do Século XX, Edmund Locard, um médico e jurista francês, criou um laboratório forense, uma vez que era fascinado em tentar resolver crimes usando vestígios, o que ele denominava como “problem of dust” (Oliveira, 2010). Foi devido a este médico que se começou a falar do Princípio de Locard, ou princípio das trocas, que afirma que todo o contato deixa vestígios, e por isso sempre que o autor ou alegado autor de um crime entra em contato com a vítima, com a cena do crime ou com um objeto, ele irá deixar rasto de vestígios assim como trará alguns consigo (Hammer et al., 2006).

Apenas no século XX é que se dá a emergência oficialmente das Ciências Forenses (Gomes, 2014).

A EF deriva do amplo campo da Medicina Forense uma vez que os avanços da enfermagem se desenvolvem em paralelo com os da medicina (Lynch, 2006).

O conceito de EF foi oficialmente reconhecido nos EUA em 1992 e deve-se à enfermeira Virgínia Lynch, que foi a fundadora e primeira presidente da IAFN (constituída na altura por 72 enfermeiros) que verificou durante a sua prática de prestação de cuidados, que os profissionais de saúde destruíam evidências e provas de forma não intencional, mas que constituíam uma obstrução à Justiça e à resolução de crimes (Sheridan et al., 2011).

A EF é a ciência e a arte da Enfermagem aplicada aos fins da ciência jurídica e é definida por Gomes (2014), como a utilização dos conhecimentos técnico e científico da Enfermagem aplicados aos interesses das investigações nos fóruns civil, criminal, administrativo e até trabalhista. No mesmo sentido, Lynch (2006) define-a como uma aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos da Enfermagem a casos clínicos considerados forenses, acrescentando ainda que esse conhecimento pressupõe um cruzamento entre o sistema de saúde e o sistema legal.

Gomes (2014), refere ainda que a EF vai mais além dos cuidados de enfermagem, realçando os aspetos biológicos, psicológicos, socioprofissionais, culturais e espirituais, englobando as dimensões jurídicas que são componentes essenciais na investigação forense do trauma, tendo uma abordagem holística na avaliação e tratamento da criminalidade relacionada com o trauma.

A profissão de enfermagem, não sendo estática evoluiu e está em constante mudança e adaptação a técnicas e regras, permitindo cada vez mais ao enfermeiro ir de encontro às necessidades do doente. A grande maioria da história da enfermagem remete para o enfermeiro cuidador em meio hospitalar ou no domicílio com cuidados diretos aos doentes. No entanto, com o decorrer dos anos, o papel do enfermeiro tem vindo a modificar-se, resultado do seu saber próprio, constituído através das mudanças da sociedade e da investigação baseada na evidência científica (Cowen & Moorhead, 2006).

Na atualidade os enfermeiros são colocados perante determinados desafios, desafios esses que são importantes para a evolução da profissão, e a área das ciências forenses é um deles, assim como aliado à emergência extra-hospitalar (idem).

É fundamental que os enfermeiros, prestem atendimento qualificado e diferenciado às vítimas de violência, como reitera Lynch (2011).

O crime violento flagela a nossa sociedade e cada vez mais nos deparamos com cenários de crime horrendos e hediondos, sendo as equipas do extra-hospitalar mais solicitadas para se dirigirem ao local da ocorrência.

A prioridade da prestação da equipa multidisciplinar emerge da manutenção da vida daqueles que padecem de algum dano, priorizando-se aqueles que detêm maior risco de morte (Lynch & Duval, 2011; Simões et al., 2012). No entanto, não pode ser esquecida a defesa dos direitos imputados à pessoa, a quem é reconhecido, pelos corolários do sistema judicial, o direito à integridade física e à vida, tal como à justiça (Miranda & Medeiros, 2009). Para maximizar a garantia da penalidade do culposos, urge a necessidade de as práticas forenses serem iniciadas no local onde são prestados os primeiros socorros (Costa, 2015), incorrendo assim na indispensabilidade dos conhecimentos forenses por parte dos profissionais envolvidos (APEFORENSE, 2015).

Uma vez que a equipa do extra-hospitalar é, na maioria das vezes, o primeiro contato com a vítima, é imperioso que exista um conhecimento rigoroso por parte da equipa médica na área das Ciências Forenses e/ou Medicina Legal, através de uma formação sólida sobre como os vestígios e as provas podem ser contaminados ou destruídos durante a assistência à vítima (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2017).

Já Gonçalves (2011), faz a distinção entre provas e vestígios, uma vez que declara que, os vestígios apesar de também serem uma prova, são mais frágeis e por norma mais difíceis de visualizar. Para este autor a prova é um indício de algo com o intuito de esclarecer a verdade dos fatos, com a finalidade de sustentar subsequentes juízos jurídicos e uma eventual condenação. A intenção única das provas é a demonstração da realidade dos fatos.

Lynch & Duval (2011), atestam que o tribunal aceita três tipos de provas: a real (caracterizada por objetos palpáveis), a circunstancial (onde se apresentam provas físicas ou declarações) e as diretas (testemunha que observou o sucedido). As provas físicas podem englobar impressões digitais, pedaços de papel, saliva, esperma, vidros, marcas, unhas, sangue, suor, lesões, entre outros, existentes no local do crime, no corpo e roupa da vítima ou do agressor (Braz, 2010). É por esta razão e nunca esquecendo o Princípio de Locard, que o enfermeiro se deve munir de conhecimentos e estratégias para melhor atuar perante o cenário para que não se percam ou destruam provas que não poderão ser recuperadas à posteriori.

A investigação forense não faz parte da função do enfermeiro, no entanto, este deve consciencializar-se de que assume uma posição privilegiada para a identificação, recolha e preservação de provas forenses de modo a serem usadas posteriormente numa investigação (Mcgillivray, 2005).

7 FINALIDADE E OBJETIVOS

Segundo Asci et al. (2015) a grande parte dos casos forenses são abordados inicialmente em contexto extra-hospitalar, sendo os primeiros cuidados de saúde os mais relevantes na manutenção e preservação, assim como na destruição da evidência e das provas forenses, tendo isso uma grande implicância na investigação judicial e na procura da verdade dos fatos.

É neste seguimento que surge a necessidade de perceber o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar acerca da preservação de provas forenses, nunca esquecendo a premissa de que a vida da vítima estará em primeiro lugar.

A bibliografia que surge após exaustiva pesquisa reflete os cuidados a ter à vítima pela equipa de Enfermagem já no meio hospitalar, ficando a faltar dados concretos sobre o extra-hospitalar por serem ainda escassos os estudos em Portugal sobre recolha e preservação de vestígios no local do incidente, expondo um vazio científico nesta área do conhecimento e prática clínica.

Segundo Köche (2011) a investigação científica constrói-se ao reconhecer as lacunas e os escassos conhecimentos existentes para justificar ou responder a dúvidas e inquietudes sobre determinado assunto. Patenteando a necessidade de se produzir conhecimento que nos leve a responder ou clarificar dúvidas levantadas, viabilizando alterações seguras e confiáveis, simultaneamente que se promulga a sua ampliação, substituição ou modificação (Köche, 2011; Pradanov & Freitas, 2013).

A determinação do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de uma investigação, dando orientações para o desenvolvimento de todo o processo, sendo por isso, de primordial importância. O problema deve ser atual, para dar resposta às questões reais, pertinente para a prática de enfermagem e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Nesta linha de pensamento foram delineadas as seguintes questões de investigação de modo a compreendermos o que queremos estudar:

- Qual a perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação e recolha de provas forenses dos enfermeiros do extra-hospitalar?
- A perceção do conhecimento dos enfermeiros extra-hospitalares dos procedimentos referentes à preservação de provas forenses está associada à sua executabilidade?

- Qual a relação entre a formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, a percepção dos conhecimentos e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação de provas forenses?
- Qual a relação entre a frequência de assistência à vítima e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação de provas forenses?
- Qual a relação entre o local de trabalho, a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação de provas forenses?

Os objetivos de uma pesquisa científica prendem-se com a definição clara dos aspetos que se pretendem analisar, de modo a que culminem na solução da problemática pesquisada (Pradanov & Freitas, 2013).

Neste sentido, como objetivos da investigação delinearam-se os seguintes:

Objetivo 1: descrever o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar relativamente à prática/executabilidade na manutenção e recolha de provas forenses;

Objetivo 2: verificar se existe relação entre a percepção do conhecimento de procedimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade;

Objetivo 3: perceber se alguns fatores académicos/profissionais dos enfermeiros extra-hospitalares estão associados à percepção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação de provas forenses.

8 METODOLOGIA

Para a disciplina de Enfermagem, investigar constitui-se como uma ferramenta poderosa, pois permite dar resposta a questões relacionadas com as intervenções em contexto de cuidados de saúde (Sampaio et al., 2014).

O desenvolvimento e a orientação da investigação pressupõem uma fase metodológica que estruture e dê suporte ao estudo. Neste estágio surge o desenho da investigação como planeamento, que tem como finalidade a organização de um conjunto de atividades que permitem ao investigador a realização efetiva do seu projeto, e, assim dar resposta à problemática da investigação (Fortin, 2009).

Na metodologia a investigadora atenta para o desenho da investigação, para a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados, após o qual se procede à análise dos mesmos, de modo a conseguir elaborar resultados que seguidamente serão analisados, explanados, interpretados e estudados pelos investigadores (idem).

Deste modo, os dados são interpretados em função dos objetivos do estudo, de modo a obter resposta aos mesmos, de acordo com o nível de investigação científica (Fortin, 2009). Para fazer esta análise o investigador recorre a técnicas de análise estatística.

Para responder ao primeiro objetivo foram utilizadas estatísticas descritivas tais como a pontuação mínima e máxima, a média aritmética (M) e o Desvio Padrão (DP). Numa primeira parte explanou-se os domínios por ordem descendente para comparar a executabilidade com a perceção do conhecimento, sendo que numa segunda parte respondeu-se ao objetivo munindo-nos da média e do seu respetivo DP, e são apresentadas no texto através da média $\pm$ desvio padrão.

No âmbito da resposta ao segundo objetivo procedeu-se ao cálculo através da regressão linear uni variada de cada domínio, por exemplo, a variável dependente: executabilidade na gestão de vestígios, variável independente: perceção do conhecimento da gestão de vestígios. Foram observados o R^2 , sendo o R^2 ou coeficiente de determinação, uma medida de ajuste de um modelo estatístico linear generalizado, como a regressão linear simples ou múltipla, aos valores de uma variável aleatória. O R^2 varia entre 0 (zero) e 1(um) (Marôco, 2014). Quanto maior for o R^2 , maior será a dimensão do efeito. Observou-se também o ajusto do modelo para avaliar a sua qualidade e calcularam-se os valores de β para cada domínio e a significância do seu efeito para com a variável independente, isto é, saber se a variável dependente tem uma relação positiva ou negativa na variável independente.

Para verificar a existência de diferenças nas médias entre a formação “Pós-graduação em Ciências Forenses” e “Medicina Legal/Ciências Forenses” utilizou-se o teste de t para

amostras independentes para os dois primeiros cursos, e posteriormente o teste ANOVA (teste de análise de variância), para fazer a comparação entre as diferentes Especializações de Enfermagem.

8.1 Desenho do estudo

Segundo ainda Fortin (2009), o “desenho da investigação constitui assim, um conjunto de diretrizes associadas ao tipo de estudo escolhido, que, entre outras coisas, descrevem a forma de colheita e análise de dados, de forma a assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo”.

Referindo ainda o mesmo autor, trata-se do trajeto que o investigador seguiu como sendo lógico com vista à obtenção das respostas às questões de investigação colocadas e aos objetivos formulados.

Neste trabalho para se dar resposta às questões de investigação, de onde surgiram os objetivos da mesma, recorreu-se a uma metodologia de estudo quantitativa tipo descritivo-exploratório, com uma amostra não probabilística acidental.

8.2 Considerações éticas

Como reitera ainda Fortin (2009), qualquer investigação efetuada junto de seres humanos, levanta questões éticas e morais. Essas questões podem estar relacionadas não só com o tipo de estudo, mas também com o método de colheita de dados e divulgação de resultados.

Os participantes do presente estudo foram enfermeiros do extra-hospitalar, a exercerem funções em contexto de prática clínica pelo que, os resultados que advieram do estudo terão ganhos para a saúde e por essa razão serão benéficos para a sua prática profissional, tanto na instituição como para a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Consideramos que não existiam conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os participantes.

Foi utilizado um questionário (QPVAVE) já elaborado pelo que foi solicitada e obtida a autorização prévia da autora (Anexo I).

De forma a garantir o respeito pelos princípios éticos, cada participante teve acesso no início do questionário a um resumo onde foi explicado o estudo, os objetivos, enquadramento, investigador e condições.

A participação foi anónima, e voluntária podendo os participantes terem abandonado o estudo sem qualquer justificação, restrição, penalização ou prejuízo para o mesmo (Anexo II).

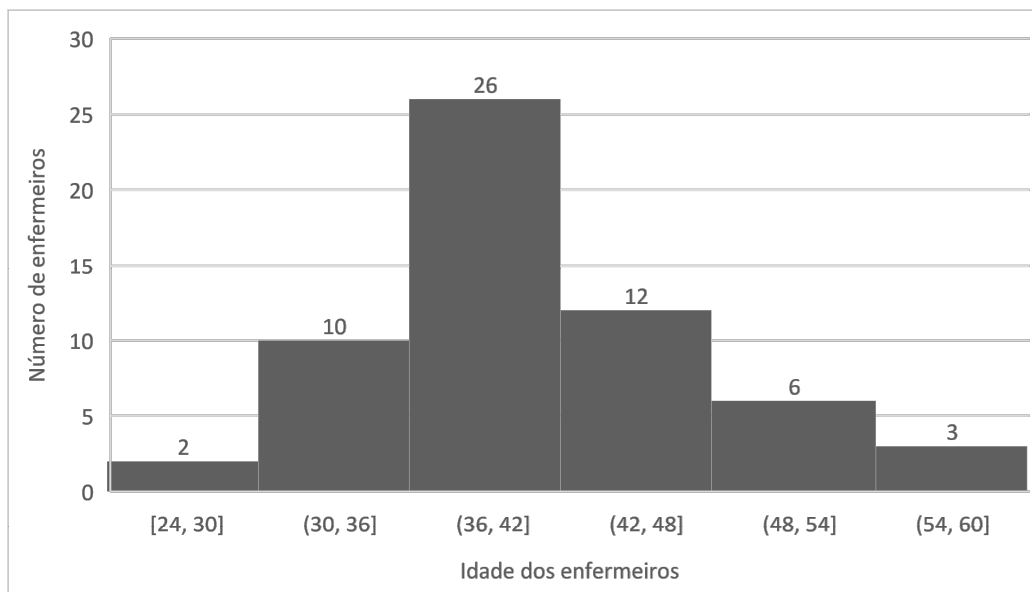
8.3 População e amostra

A população de uma investigação é entendida por Pradanov & Freitas (2013) por uma seriação de indivíduos onde se consegue identificar pelo menos, uma característica comum, sendo esta a principal, onde irá recair o estudo e de onde se pretendem retirar conclusões. Contrariamente, a amostra representa um subconjunto de elementos, retirados da população alvo e que apresentem características em qualidade e quantidade suficiente para garantir uma boa representatividade da mesma, e que por isso confira ao estudo legitimidade (Almeida & Freire, 2017).

Neste seguimento, para o estudo da investigação em causa, definiu-se que a amostra seria constituída por enfermeiros que exercem funções nos meios de socorro do extra-hospitalar, fosse VMER, SIV, Helicóptero ou outro, e que demonstrassem disponibilidade para participar na totalidade do estudo.

No gráfico 1 é apresentada a distribuição por faixa etária dos 59 enfermeiros inquiridos.

Gráfico 1. Distribuição dos Enfermeiros consoante a idade



Na amostra de 59 enfermeiros conclui-se que 44,1% dos inquiridos se encontram na faixa etária dos 36 aos 42 anos, com uma média de idades de 41,8 sendo a idade mínima de 24 e a máxima de 60 anos.

Na tabela 1 é feita uma parametrização sociodemográfica dos 59 enfermeiros mais detalhada através da descrição das variáveis por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Observa-se que a maioria dos enfermeiros que voluntariamente participaram no estudo são do sexo masculino (62,7%).

Constata-se que 57,6% são licenciados e 42,4% possuem grau de mestre, mas apenas dois enfermeiros (3,4%), referem ter formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses. Dos questionados, 55,9% são enfermeiros especialistas, 42,4% enfermeiros e apenas um, a representar 1,7% é enfermeiro gestor.

Em relação ao tempo de exercício da profissão de enfermagem versus o tempo de exercício de enfermagem extra-hospitalar ainda é significativo, sendo que temos em média 18,1 anos de exercício da profissão e 13,1 anos em emergência extra-hospitalar.

Em termos de frequência de assistência à vítima de agressão voluntária ou involuntária, 42,4% dos enfermeiros refere que assiste pelo menos uma vez por semana vítimas, e 39% refere que apenas tem contacto com essas situações uma vez por mês. Nos lados opostos encontram-se dois enfermeiros, um que refere que nunca assistiu a vítimas de violência e outro que refere que assiste diariamente (1,7%).

Finalizando a análise, 62,7% dos profissionais referem que não existe protocolo de atuação no seu local de trabalho.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	37	62,7
	Feminino	22	37,3
Formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses	Não	57	96,6
	Sim	2	3,4
Habilitações Literárias	Licenciatura	34	57,6
	Mestrado	25	42,4
Categoria Profissional	Enfermeiro	25	42,4
	Enfermeiro especialista	33	55,9
	Enfermeiro gestor	1	1,7
Exerce funções em			
VMER	Sim	40	67,8
	Não	19	32,2
SIV	Sim	26	44,1
	Não	33	55,9
Helicóptero	Sim	7	11,9
	Não	52	88,1
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, Média (Mínimo – Máximo)		18,1(2-36)	
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem extra-hospitalar, Média		13,1 (1-26)	
Frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária	Nunca	1	1,7
	Poucas vezes (1 x mês)	23	39,0
	Algumas vezes (1 x semana)	25	42,4
	Muitas vezes (3 x semana)	9	15,3
	Sempre (diariamente)	1	1,7
Existência de protocolo que delineia a sua atuação	Sim	22	37,3
	Não	37	62,7

8.4 Instrumento

Os dados a colher junto da amostra são as informações pertinentes que nos permitem ir de encontro ao preconizado por Pradanov & Freitas (2013), quando referem que o instrumento de recolha de dados subordinar-se-á aos objetivos e ao universo da investigação.

Neste sentido, no presente estudo, os dados foram colhidos através da aplicação online (Google Forms), no período que decorreu entre fevereiro e junho de 2022 do QPVAVE construído por Gomes, Corte-Real & Chaves (2017) (Anexo III). Foi criada uma base de dados no programa Microsoft Excel[®] sendo depois exportada para um programa de tratamento estatístico, o SPSS[®] versão 24.0.

O QPVAVE é um instrumento que inclui questões referentes à caracterização sociodemográfica, formativa e profissional dos enfermeiros, e ainda apresenta questões que tentam identificar os conhecimentos na área da EF, e a sua perceção no que confere às práticas forenses no extra-hospitalar e a sua executabilidade.

No presente estudo, procedeu-se à análise da fidelidade do instrumento seguindo a premissa do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, de modo a avaliar a consistência interna do instrumento nas suas variadas dimensões, tendo como referencial os valores que oscilam entre 0 (zero) e 1 (um), onde o valor é proporcional à sua consistência, ou seja, quanto mais elevado for o valor, mais perto do 1, melhor será a consistência interna do instrumento (Pestana & Gagueiro, 2014).

A escala usada demonstrou uma boa confiabilidade como se pode observar na tabela 2. Dos domínios estudados no presente estudo o *Alpha (α) de Cronbach* variou entre 0,688 (Executabilidade em Lesões) e 0,953 (Conhecimentos na gestão de vestígios).

Tabela 2. Análise da confiabilidade de cada constructo pertencente ao questionário utilizado

Domínios	Constructo	<i>Alpha de Cronbach</i>
Gestão de vestígios	Executabilidade	0,834
	Perceção de conhecimento	0,953
Agressão sexual	Executabilidade	0,822
	Perceção de conhecimento	0,920
Lesões	Executabilidade	0,688
	Perceção de conhecimento	0,875
Arma branca	Executabilidade	0,829
	Perceção de conhecimento	0,911
Arma de Fogo	Executabilidade	0,903
	Perceção de conhecimento	0,945
Acidentes de viação	Executabilidade	0,787
	Perceção de conhecimento	0,872
Intoxicação	Executabilidade	0,714
	Perceção de conhecimento	0,871
Asfixia	Executabilidade	0,871
	Perceção de conhecimento	0,936

9 RESULTADOS

Como resposta aos objetivos optou-se por dividir os objetivos e explana-los de forma individual.

Objetivo 1: descrever o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar relativamente à prática/executabilidade na manutenção e recolha de provas forenses

Dando resposta ao primeiro objetivo, analisou-se que tendo em consideração que a pontuação para cada domínio, a amplitude é igual, poder-se-á aferir que os indivíduos indagados, referem executar mais intervenções apesar de terem uma perceção menor do conhecimento da gestão de vestígios (23,25 vs. 19,73), o mesmo fenómeno poder-se á verificar no domínio da arma branca (10,27 vs. 7,12), acidentes de viação (11,03 vs. 8,80) e intoxicação (11,78 vs. 8,22) e asfixia (16,83 vs. 12,97).

Tabela 3. Análise descritiva dos scores obtidos quer na executabilidade quer na perceção do conhecimento pelos diferentes domínios

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Executabilidade – Os procedimentos seguintes referem-se apenas à gestão de vestígios	11,00	31,00	23,2542	4,66311
Perceção de conhecimento – Gestão de vestígios	0,00	40,00	19,7288	10,17914
Executabilidade – Agressão sexual	1,00	14,00	9,2034	3,17197
Perceção de conhecimento – Agressão sexual	0,00	18,00	9,5424	4,74277
Executabilidade – Lesões	2,00	12,00	8,4068	2,11006
Perceção de conhecimento – Lesões	0,00	12,00	7,0678	3,16699
Executabilidade – Arma branca	3,00	16,00	10,2712	2,68989
Perceção de conhecimento – Arma branca	0,00	16,00	7,1186	4,35132
Executabilidade – Arma de fogo	0,00	27,00	17,5424	4,64729
Perceção de conhecimento – Arma de fogo	0,00	28,00	16,9661	7,84981
Executabilidade – Acidentes de viação	5,00	14,00	11,0339	2,34128
Perceção de conhecimento – Acidentes de viação	0,00	14,00	8,7966	3,63783

Executabilidade – Intoxicação	7,00	17,00	11,7797	2,15012
Perceção de conhecimento – Intoxicação	0,00	18,00	8,2203	4,26723
Executabilidade – Asfixia	0,00	25,00	16,8305	3,93986
Perceção de conhecimento – Asfixia	0,00	26,00	12,9661	7,22058

Neste contexto, relativamente ao conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar relativamente à prática/executabilidade na manutenção e recolha de provas forenses, é no domínio Gestão de vestígios onde os enfermeiros percecionam ter maior conhecimento ($19,73 \pm 10,18$), seguido do domínio “arma de fogo” ($17,00 \pm 7,85$). Por outro lado, o domínio “lesões” é o que os enfermeiros percecionam menor conhecimento ($7,07 \pm 3,17$) e “arma branca” ($7,12 \pm 4,35$).

Objetivo 2: verificar se existe relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade

Dando corpo ao objetivo 2, sobre a verificação da existência de uma relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade, procedeu-se ao cálculo de modelos uni variados utilizando a variável executabilidade com a sua respetiva variável de conhecimentos.

Assim, poder-se-á dizer que existe uma relação linear positiva entre a executabilidade da “gestão de vestígios” com o seu domínio conhecimento (valor- $p < 0,001$); da perceção de conhecimento “arma branca” com a sua executabilidade (valor- $p < 0,001$); da perceção de conhecimentos sobre “arma de fogo” com a sua executabilidade (valor- $p = 0,001$); da perceção de conhecimento, “acidente de viação” com a sua executabilidade (valor- $p < 0,001$); da perceção de conhecimento de “intoxicação” (valor- $p = 0,002$) e perceção de conhecimento de “asfixia” (valor- $p = 0,001$). Para os restantes domínios não existe qualquer relação entre o conhecimento e a sua executabilidade.

Tabela 4. Análise da relação entre o Conhecimento sobre determinado domínio e a sua respetiva

Modelo	Resumo do modelo		Coeficientes	
	R ²	Valor-p	Beta	Valor-p
Executabilidade: gestão de vestígios	0,285	<0,001	1,166	<0,001
Executabilidade: Agressão sexual	0,007	0,531	-0,124	0,531
Executabilidade: Lesões	0,147	0,003	0,575	0,942
Executabilidade: Arma branca	0,294	<0,001	0,877	<0,001
Executabilidade: Arma de fogo	0,190	0,001	4,039	0,001
Executabilidade: Acidentes de viação	0,370	<0,001	0,945	<0,001
Executabilidade: Intoxicação	1,160	0,002	0,794	0,002
Executabilidade: Asfixia	0,173	0,001	0,763	0,001

Objetivo 3: perceber se alguns fatores académicos /profissionais dos enfermeiros extra-hospitalares estão associados à perceção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação de provas forenses

Relacionando os diferentes domínios com a “Formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses” calculada através de testes de t para amostras independentes pode ser observado na tabela 5 o seguinte: existe uma diferença estatisticamente significativa entre o curso referido com a perceção do conhecimento – Gestão de vestígios ($t_{(57)} = 0,036$; $p = 0,036$) em que os indivíduos com este curso obtiveram média superior (26,5 vs. 23,1); indivíduos com perceção de maior nível de conhecimentos acerca da atuação perante vítima de arma branca (13,5 vs. 10,2; $t_{(57)} = 2,364$; $p = 0,022$); indivíduos com maior nível de conhecimento acerca de acidentes de viação (12,5 vs. 10,98; $t_{(57)} = 6,875$; $p < 0,001$); revelam maior nível de conhecimento acerca de intoxicação (15,0 vs. 7,98; $t_{(57)} = 0,286$; $p = 0,021$); e marginalmente significativo o conhecimento sobre asfixia (23,0 vs. 12,61; $t_{(57)} = 54$; $p = 0,045$).

Tabela 5. Avaliação das médias entre Formação académica em medicina Legal e/ou Ciências Forenses com os diferentes domínios em análise

Domínios	t	Valor-p
Executabilidade – Os procedimentos seguintes referem-se apenas à gestão de vestígios	1.002	0.321
Perceção de conhecimento – Gestão de vestígios	2.152	0.036
Executabilidade – Agressão sexual	0.133	0.894
Perceção de conhecimento – Agressão sexual	1.050	0.298
Executabilidade – Lesões	-0.275	0.784
Perceção de conhecimento – Lesões	1.579	0.120
Executabilidade – Arma branca	1.758	0.084
Perceção de conhecimento – Arma branca	2.364	0.022
Executabilidade – Arma de fogo	1.718	0.091
Perceção de conhecimento – Arma de fogo	1.780	0.080
Executabilidade – Acidentes de viação	0.899	0.372
Perceção de conhecimento – Acidentes de viação	6.857	<0,001
Executabilidade – Intoxicação	0,479	0.634
Perceção de conhecimento – Intoxicação	2.386	0.021
Executabilidade – Asfixia	1.735	0.088
Perceção de conhecimento – Asfixia	20.54	0.045

Ainda neste contexto, no que concerne à frequência da Formação académica – pós graduação, nesta temática com os diferentes domínios pode-se observar o mesmo padrão de significância (tabela 6) : Perceção de conhecimento na Gestão de vestígios (34,50 vs.19,21; $t(57) = -2,157$; $p = 0,036$) ; perceção do conhecimento de agressão por arma branca (15,0 vs. 6,88; $t(57) = -2,364$; $p = 0,022$); na perceção do conhecimento de acidentes de viação (12,0 vs 8,68; $t(57) = 0,857$; $p < 0,001$); perceção do conhecimento por intoxicação (15,0 vs. 7,98; $t(57) = -2,379$; $p = 0,021$) e perceção do conhecimento por asfixia (23 vs. 12,6; $t(57) = -2,54$; $p = 0,045$).

Tabela 6. Avaliação das médias entre Formação académica- Pós-graduação em Ciências Forenses com os diferentes domínios em análise

Domínios	t	Valor-p
Executabilidade – Os procedimentos seguintes referem-se apenas à gestão de vestígios	-1.002	0.321
Perceção de conhecimento – Gestão de vestígios	-2.157	0.036
Executabilidade – Agressão sexual	-1.33	0.894
Perceção de conhecimento – Agressão sexual	-1.050	0.298
Executabilidade – Lesões	0.275	0.784
Perceção de conhecimento – Lesões	-1.579	0.120
Executabilidade – Arma branca	-1.758	0.084
Perceção de conhecimento – Arma branca	-2.364	0.022
Executabilidade – Arma de fogo	-1.718	0.091
Perceção de conhecimento – Arma de fogo	-1.780	0.088
Executabilidade – Acidentes de viação	-0.899	0.372
Perceção de conhecimento – Acidentes de viação	-6.857	<0.001
Executabilidade – Intoxicação	-4.479	0.634
Perceção de conhecimento – Intoxicação	-2.379	0.021
Executabilidade – Asfixia	-1.735	0.088
Perceção de conhecimento – Asfixia	-2.54	0.045

Através do teste *one way* ANOVA pôde verificar-se que existe pelo menos uma categoria profissional (Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor) com executabilidade no domínio “armas de fogo” (15,7 vs. 18,8 vs. 8,22; $p = 0,022$) com perceção do conhecimento sobre arma de fogo (14,0 vs. 19,2 vs. 17,0; $p = 0,037$) e perceção do conhecimento sobre o domínio “acidente de viação” (7,9 vs. 9,7 vs. 2,0; $p = 0,026$).

Por seu turno, quando comparando a área de especialidade (Enfermagem Médico-cirúrgica, de Reabilitação e de Saúde infantil e pediatria) observou-se que pelo menos uma

das categorias é diferente na executabilidade em “gestão de vestígios” (24,1 vs. 27,5 vs. 12,0; $p= 0,014$).

10 DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo analisar e fundamentar os dados obtidos com o estudo feito, dando resposta às questões da investigação, à luz da melhor evidência científica existente, usando preferencialmente estudos com menos de cinco anos. Irão também ser explanadas as limitações do estudo, e implicações para o futuro sendo esse o principal objetivo de se fazer uma investigação, tentar evoluir e melhorar a prática.

Dos 59 enfermeiros que participaram no estudo 62,7% são do sexo masculino, contrariando o que acontece na profissão geral de enfermagem, em que maioritariamente o número de enfermeiros do sexo feminino tem um predomínio sobre o sexo masculino. 82,36% dos enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros são do sexo feminino, OE (2021). No nosso estudo essa evidência não se verifica, assim como, num estudo efetuado por Camelo (2022) sobre as competências do enfermeiro da ambulância de suporte imediato de vida, que corrobora com os nossos dados, uma vez que 56,5% dos 248 enfermeiros inquiridos eram também do sexo masculino.

Em relação às variáveis, tempo de exercício profissional em enfermagem e o tempo de exercício de enfermagem no extra-hospitalar a diferença é significativa. O fator tempo no exercício da profissão é consideravelmente importante, uma vez que é ao longo do tempo com a prática e o *know how*, que o enfermeiro vai trabalhando e melhorando as suas competências na prestação de cuidados de saúde, na evolução do saber-saber e do saber-fazer.

Gomes (2016) refere que em contexto de urgência/emergência a experiência profissional predispõe a melhores práticas e saberes profissionais. Verifica-se que temos uma média de exercício profissional de 18,1 anos e de experiência em emergência extra-hospitalar de 13,1 anos, existindo apenas um enfermeiro que exerce há um ano, acabando por limitar o estudo. A experiência e as vivências influenciam em larga escala a atuação perante um doente crítico, segundo Eisert et al. (2010) os enfermeiros com experiência no doente crítico apresentam, maiores aptidões para o reconhecimento e caracterização de evidências específicas que se mostram relevantes para a investigação de um ato criminoso. Neste seguimento, denota-se que o aumento dos anos de experiência extra-hospitalar melhora a perceção dos enfermeiros em relação ao conhecimento e executabilidade de recolha de provas forenses.

Outro parâmetro estudado foi o contato direto dos enfermeiros com vítimas de violência (“frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária”). Uma vez que a criminalidade está a aumentar em Portugal (INE, 2023), e os pedidos de ajuda à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), têm sofrido uma curva ascendente (APAV, 2021), era previsível que os enfermeiros, uma vez que pertencem às equipas *first responder*, respondessem com mais evidência à assistência à vítima. No entanto, a maior parte 42,4% posicionou-se no parâmetro que indica que apenas uma vez por semana tem contacto com vítimas de agressão, e 39,0% refere ainda que somente lida com essas situações, uma vez por mês. Há inesperadamente, um profissional que reitera “nunca” ter tido ocorrências para vítimas de agressão, levando-nos a crer que se trata do enfermeiro que respondeu que apenas tinha um ano de experiência extra-hospitalar. Gomes (2016), num estudo semelhante, indica que 35,2% dos inquiridos responderam que assistiam vítimas de agressão pelo menos três vezes por semana (“muitas vezes”).

Inerente à existência ou não de protocolo que norteie e balize a atuação dos enfermeiros em relação à recolha e preservação de provas forenses, 62,7% dos inquiridos declara que não tem conhecimento da sua existência. Os protocolos, normas ou guias orientadoras, de intervenção em casos específicos, como o do doente crítico parece tornar mais eficaz e eficiente a própria atuação dos enfermeiros (Gomes, 2016).

Este resultado veio suscitar algumas dúvidas uma vez que todos os enfermeiros inquiridos exercem funções extra-hospitalar no INEM, e veio levantar-se a questão da existência de protocolo de atuação na realidade ou se seriam *guidelines*. Uma vez que Tong (2001) refere a diferença entre *guidelines* e protocolos. Sendo que os primeiros podem ser desenvolvidos a nível nacional, com orientações internacionais, que visam uma abordagem mais geral. E os protocolos surgem num contexto local e específico, com características próprias, tendo por base as *guidelines*, mas adaptado ao contexto.

Com este estudo podemos concluir que, uma vez que a vítima é frequentemente assistida pelo enfermeiro em primeira linha, carece de um protocolo que regula a sua atuação.

Num estudo descritivo de Santos (2013) e de Eldredge (2008) a percentagem de enfermeiros que afirma a existência de protocolos de atuação é muito superior à do nosso estudo. Cerca de 60% dos enfermeiros dos estudos referidos anteriormente afirmam a presença de protocolo, no entanto, os estudos enunciados falam ambos de urgência e emergência, não se limitando ao extra-hospitalar.

Susano (2019), num estudo mais recente acerca de práticas forenses dos enfermeiros em contexto pré-hospitalar refere que as diferenças que obteve entre a

existência de protocolo ou não e a sua influência na prática não eram significativas. No entanto, Gomes (2016) reitera que mesmo com a existência de protocolos ainda se verificavam lacunas graves na gestão de vestígios, assim como na assistência à vítima, justificado pela atuação dos profissionais sob algoritmos específicos para cada situação de risco de vida, não contemplando as especificidades forenses, o que leva a falta de uniformização de práticas (Coelho, 2017). Esta questão deve ser colmatada pela formação.

No seguimento da análise da formação ou não em Medicina Legal e /ou Ciências Forenses através do teste qui-quadrado verificou-se que esta formação é independente do sexo, da idade ou área de especialização o que acaba por não ser significativo, e apenas dois enfermeiros (3,4%) referem ter tido formação específica na área, não tendo sido questionadas as formações em serviço (o que apresenta uma falha no estudo). Estes valores vão de encontro a outros estudos, como o de Gomes (2016) em que apenas 2,3 % refere ter formação, Ferreira (2018), que refere que após serem inquiridos, 84,5% dos enfermeiros afirma não ter qualquer formação em Ciências Forenses, sendo que 96,1% manifestam interesse em frequentar formação, Cruz (2017) apresenta apenas 6,8% de formação específica nos enfermeiros.

Estudos evidenciam que quanto maior o nível de formação maiores são os níveis de perceção dos conhecimentos e da sua executabilidade (Gomes, 2016). Laprovita et al. (2016) complementa ao afirmar que a formação é essencial para que haja qualidade na prestação de cuidados de saúde, capacitando os profissionais de saberes teórico-práticos.

A formação contínua torna-se indispensável de forma a tornar mais eficaz e eficiente a atuação dos enfermeiros perante situações com potencial criminalidade, que permita a aquisição de competências diferenciadas e específicas na área forense difundindo o que se encontra legislado e inerente à deontologia da profissão (Drake et al., 2015; Vaz, 2008).

Os acidentes de viação aparecem como o procedimento em que a diferença entre conhecimento e executabilidade é quase nula, uma possível explicação deve-se ao fato do número de acidentes de viação e crimes rodoviários em Portugal ser significativo. Em 2022 houve um aumento comparativamente ao ano anterior em todos os indicadores de sinistralidade. Houve mais 17, 6% de feridos graves e 23,4% de aumento de vítimas mortais. (Ansr, 2022).

As intoxicações e as asfixias surgem logo a seguir como sendo os procedimentos em que o conhecimento é maior e quase em paralelo com a executabilidade. Este fato deve-se à casuística também inquirida de maior assistência à vítima (uma vez que surgem em segundo e terceiro lugar respetivamente, na posição de assistência com maior frequência).

Podemos concluir através das tabelas explanadas que a maioria dos enfermeiros refere que consideram ter conhecimentos para as práticas da recolha e preservação de provas (apesar de insuficientes), mas, no entanto, nem sempre as executam. É possível que estes procedimentos não sejam executados pelo fato de na realidade portuguesa serem normalmente efetuados por peritos de medicina legal que se fazem acompanhar de kits específicos para colheita de provas forenses, kits esses que não existem num meio de socorro extra-hospitalar. Segundo Foresman- Capuzzi (2014) a existência de kits nos serviços para colheita de vestígios facilitaria todo o processo.

Os enfermeiros do estudo estimam que apresentam um baixo conhecimento na maioria dos procedimentos da preservação de provas forenses, e concomitantemente, esses procedimentos não são executados. Indaga-se se a baixa percentagem em relação à formação complementar e a não existência de protocolos, serão os responsáveis por essa situação.

Os resultados verificados são preocupantes, uma vez que a execução incorreta, ou até a não execução de determinados procedimentos pode comprometer toda a investigação médico-legal subsequente.

11 CONCLUSÃO

A violência é o grande flagelo do nosso século, como tal, os enfermeiros têm a oportunidade de contribuírem para a sua irradicação, através de programas de prevenção, ensino, formação, assim como na abordagem às vítimas e aos agressores, executando procedimentos que visam preservar os vestígios forenses.

É notório até quando se liga a televisão que a violência tem aumentado, levando por isso as equipas de emergência a ter que dar cada vez mais resposta, sendo por isso imprescindível, que os enfermeiros estejam capacitados de conhecimentos que lhes permita atuar em conformidade, garantindo sempre em primeiro lugar a segurança da equipa e posteriormente o direito à preservação da vida. Sendo a prioridade absoluta os cuidados de emergência à vítima, a preparação e proteção do local, assim como a preservação de vestígios forenses são aspetos que se devem ter em conta e valorizar logo que possível. Preservar é ajudar a encontrar a verdade.

Com este estudo percebemos que os enfermeiros, reconhecem que têm um conhecimento vago sobre os procedimentos a ter na preservação de provas forenses, perante um hipotético cenário de crime, comprometendo por isso a sua executabilidade. No entanto, achamos que os enfermeiros deste estudo, abriram uma grande janela de oportunidade, percebendo as lacunas que têm, dando por isso um passo no seu progresso profissional, começando a mostrar interesse nesta área.

O conhecimento e a executabilidade devem caminhar lado a lado.

Obtivemos resultados em que os enfermeiros se sentiam mais confiantes e demonstravam maior conhecimento nos acidentes de viação e posteriormente, nas intoxicações e asfixias, mas mesmo assim a executabilidade das práticas não era cumprida. Estes resultados podem refletir os baixos níveis de formação e a não existência de protocolos que norteiem os cuidados de enfermagem.

Este estudo apresenta limitações. A primeira, o tamanho da amostra. Utilizamos um questionário on line por ser de rápido e de acessível acesso, no entanto, a adesão foi baixa, o que pode levar a um enviesamento de resultados, uma vez que nada indica que os inquiridos sejam representativos da população alvo. O tempo médio de resposta ao questionário também pode ter contribuído para o número reduzido de respostas. Terceira, o fato de existirem muito poucos estudos tanto a nível nacional como internacional acerca de preservação de provas no extra-hospitalar. Se por um lado, é benéfico fazer algo de novo para preencher lacunas partindo de base para novos estudos, por outro lado torna muito

difícil o trabalho de comparação de dados necessitando ir para além dos últimos cinco anos preconizados para equiparar fatos. Quarta limitação foi o espaço temporal apresentando-se sempre como uma limitação ao estudo.

Assim, pretende-se que o presente estudo contribua para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, dirigidos às vítimas de crime, e ajude na elaboração de futuros trabalhos na área da investigação Forense no extra-hospitalar, e eventualmente criar protocolos de atuação.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de investigação não se baseia apenas numa investigação para contextualizar e identificar o problema, mas sim o desenvolvimento de um plano de intervenção para a resolução eficaz. Assim, as efetividades das intervenções na área da enfermagem forense requerem o planeamento estratégico de ações de sensibilização e de transmissão de conhecimento, com o objetivo, de ocorrerem transformações comportamentais promotoras da saúde.

Foram identificadas lacunas reais que com o contributo da investigação poderão ser colmatadas, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados, marcando a diferença num presente a curto prazo.

É com bastante satisfação que vimos este trabalho ser identificado pelas entidades mencionadas como o início de um projeto que visa melhorar os cuidados de saúde prestados no extra-hospitalar, mudando mentalidades e procedimentos. Fica a sugestão de implementação de protocolos de atuação, e até mesmo de uma norma da DGS que leve a um melhoramento na atuação do enfermeiro do extra-hospitalar na preservação e recolha de provas forenses.

Foi um percurso moroso e difícil que surpreendentemente já obteve resultados na prática diária dos cuidados, essencialmente ao nível do pensamento crítico reflexivo, criando dúvidas e inquietações que levam a uma busca constante pelo conhecimento.

Por último, terminamos, sublinhando que os objetivos que foram elaborados foram cumpridos, tendo em conta os recursos disponíveis.

É importante salientar a imprescindibilidade de uma melhoria contínua, sempre recetivos à mudança, se daí advier o sucesso e evolução da investigação e do estado da arte de enfermagem em Portugal.

13 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F., & Costa, M. (2017). *Passagem de plantão na equipa de enfermagem: um estudo bibliográfico*. de Arquivo Médico Hospital da Faculdade de Ciências Médicas.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). *Metodologias da Investigação em Psicologia e Educação* (5ªed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ansr. (2022). Autoridade nacional de segurança rodoviária. *Relatório de sinistralidade*. <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2022/Relat%C3%B3rioSinistralidadeeFiscaliza%C3%A7%C3%A3oSetembro2022.pdf>
- APAV. (2021). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. https://www.apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anuar_2021.pdf
- Asci, O., Hazar, G., & Sercan, I. (2015). The Aproach of Prehospital Health Care Personnel Working at Emergency Stations Towards Forensic Cases. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 131-135.
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense – APEFORENSE. (2015). *Padrões de Aptidão do Enfermeiro Forense*. Lisboa: APEFORENSE. <https://apeforense.blogspot.com/2015/>
- Bader, D. G., & Gabriel, S. (2010). *Forensic Nursing: a concise manual*. CRC Press. Taylor & Francis Group, pp.1-9. https://books.google.pt/books?id=dEoDZ3q62uIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto E). Coimbra.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesl, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company, LLC. <https://books.google.pt/books?id=6Ql8AAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Braz, J. (2010). *Investigação Criminal, a Organização, o Método e a Prova: os desafios da nova criminalidade* (2ªed.). Coimbra: Almedina.
- Camelo, N. (2022). *Competências do Enfermeiro de Ambulância SIV*. [Relatório Final de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em EMC]. Instituto Politécnico de Bragança. <http://.handle.net/10198/26367C>

- Campos, C. (2017). *A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem*. *Psilogos* 5(1), pp.92-101.
file:///C:/Users/crist/Downloads/9725-Manuscrito%20Original-45836-1-10-20180701.pdf
- Chaves, M., & Quadrado, C. (2009). *O enfermeiro na prevenção das infeções urinária e respiratória associada aos cuidados de saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: uma prática baseada na evidência*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Coimbra.
file:///C:/Users/crist/Downloads/D2013_100036015_1.pdf
- CHUC. (2021). Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores.php>, 10/12/2021).
- Coelho, B. (2017). *Procedimentos das equipas de emergência médica pré-hospitalar na investigação criminal do homicídio*. [Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
<http://hdl.handle.net/10316/81408>
- Costa, S. (2015). O Tempo que Passa é a Ciência que Foge: a Cena de Crime numa Perspetiva Comparativa da Atuação das Polícias em Portugal e no Reino Unido. In: C. Fonseca & H. Machado (org., pp. 196-221). *Ciência, Identificação e Ciências do Governo*. Porto Alegre: CEGOV – Transformando a Administração Pública.
- Cowen, P. S., & Moorhead, S. (2006). *Current Issues in Nursing* (7ªed.). St Louis, Missouri: Mosby Elsevier, pp.239.
<https://books.google.pt/books?id=zu4LBAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- Cruz, C. M. P. C. (2017). *Práticas e Conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na Recolha e Manutenção de Provas Forenses*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Darco, C., Ferrari, C., Carvalho, L., Priel, M., & Pereira, L. (2016). Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática de enfermagem. *O mundo da saúde*, 382 -389.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/268/221>
- Decreto de Lei nº. 161/1996 de 4 de setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros. Diário da República I série, nº205 (04-09-1996) (2959-2961).<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

- Decreto de Lei nº30/2011 de 2 de março (2011). Aprova a reestruturação do parque hospitalar. <https://vlex.pt/vid/decreto-lei-n-2011-255018978>
- Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I série, nº157 (16-08-2018) (4147-4182). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade dos serviços de urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Diário da República II série, nº153 (11-08-2014) (20673-20678).
- Direção Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de saúde. <http://www.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Norma 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DGS. <http://dgs.pt/>.
- Doctors For You. (2013). *Hospital Preparedness and Mass Casualty Management*.
- Drake, S.A., Langford, R., Young, A., & Ayers, C. (2015). Forensic Nursing Science Knowledge and Competency: The Use of Simulation. *Critical Care Nursing Quarterly*, 38 (1), pp. 81-88.
- Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'Brien, P., March, S.K. (2010). CSI: New@ York Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33 (2), pp. 190-199.
- Eldredge, K. (2008). Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. *Journal of Forensic Nursing* 4, pp. 157-165.
- Estilita, J. (2016). Analgesia, Sedação e delirium. Em *Manual de Medicina Intensiva* (pp. 61–69). Lisboa: Lidel.
- Ferreira, C. (2018). Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. [oai:repositorio.ipv.pt:10400.19/5061](https://oai.repositorio.ipv.pt/10400.19/5061)
- Ferreira, M., Romero, C., Vidal, G., Ferreira, C., & Nogueira, A. (2021). Higienização das mãos, uma estratégia major na prevenção das IACS. Trabalho apresentado em Congresso Internacional de Controlo de Infeção CICI202. <http://hdl.handle.net/10284/9680>
- Filho, F., Martins, I., Soares, C., Fazendeiro, P., Paragnana, T., & Bezerra, A. (2012). Administração de medicamentos: conhecimento de enfermeiros do setor de

- urgência e emergência. *Revista Eletrónica trimestral de Enfermagem Global*, 26, 70-85. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200005&lng=pt
- Foresman-Capuzzi, J. (2014). CSI & U: Colletion and Preservation of Evidence en the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 40 (3), pp. 229-336.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta: Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense; Volume I*. Lisboa: Lidel
- Gomes, C.I.D.A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência*. [Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/81407>
- Gomes, C.I.A., Corte-Real, F., & Chaves, M. (2017). Questionário sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima por enfermeiros (QPVAVE) do serviço de urgência e/ou emergência. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 18 (1), pp. 21-31.
- Gonçalves, S. (2011). Vivências dos Enfermeiros na manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências Biomédicas De Abel Salazar. ~
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando* (Vol. 2). Amadora.
- Hammad, K., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. *Australasian emergency nursing journal: AENJ*, 15(4), pp.235–44. <http://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.005>
- Hammer, R.M., Moynihan, B., & Pagliaro, E. M. (2006). *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts, 12-14. <https://books.google.pt/books?id=APgVX1WcuYcC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
- INE. (2023). Portal do Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt>
- INEM. (2023). Portal do Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt>
- International Association of Forensic Nurses – IAFN. (2004). *Core Competencies for Advanced Practice Forensic Nursing*. Elkridge, MD: IAFN. <https://forensicnurses.org/page/EducationGuidelinesAccess>
- Köche, J. C. (2011). *Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da Ciência e Iniciação à Pesquisa*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Laprovita, D., Fernandes, F. C., Almeida L. P., Corvino, M. P. F., Corte, E. A., & Braga, A. L. S. (2016). Educação permanente no atendimento pré-hospitalar móvel: perspectiva de Emerson Merhy. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10 (12), pp. 4680-4686. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i12a11538p4680-4686-2016>
- Lei nº 27/2006 de 3 julho (2006). Lei de Bases da Proteção civil (03-08-2015).
- Lynch, V.A. (2006). Forensic Nursing Science. *Forensic Nursing Science*, Elsevier. Mosby, pp. 1-19.
- Lynch, V. A. (2011). Forensic Nursing Science: Global Strategies in Health and Justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 1(s.d.), pp. 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.ejfs.2011.04.001>
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). *Forensic Nursing Science* (2ª ed.). St Louis: Elsevier Mosby Lopes.
- Machado, N. J. (2013). *Gestão da qualidade de cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão – ação*. [Tese de Doutoramento]. <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Machado, B. (2019). *Enfermagem forenses: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal*. Revista de Enfermagem de Referência nº22. <https://doi.org/10.12707/RIV19028>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber – Análise e Gestão de Informação, Lda.
- McGillivray, B. (2005). The Role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*. Vol.13, pp. 95-100.
- Mellick, L., Adams, B. (2009). Resuscitation Team Organization for Emergency Departments. *The Open Emergency Medicine Journal* 2, 18-27. <https://benthamopen.com/contents/pdf/TOEMJ/TOEMJ-2-18.pdf>
- Miranda, J., & Medeiros, R. (2009). *Constituição Portuguesa Anotada: Volume I* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Mota, E. (2021). *Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6893>
- Negreiros, R., Lima, V. (2018). Importância do estágio supervisionado para o académico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipa de trabalho. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.4359>

- Norma 007/2019 de 16 de outubro (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Norma 013/2014 atualizada em agosto (2015). *Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde.
- Oliveira, F. (2010). *A Polícia Judiciária e a Recolha de prova*. [Dissertação de mestrado em Direito]. Universidade Portucalense Infante D. Henrique <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/357/2/TMD%204.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. <http://www.dgs.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros Registados*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Pereira, S., Silva, A., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., & Freitas, A. (2001). *Appropriateness of emergency departments visits in Portuguese University Hospital*. doi:10.1067/mem.2001.114306
- Pestana, H. M., & Gagueiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Powers, R. (2010). Introduction to Disasters and Disaster Nursing. Em R. Powers & E. Daily (Eds.), *International Disaster Nursing* (Vol. 9780521168, pp. 1–12). Cambridge: Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1017/CBO9780511841415.004>
- Pradanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologias do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico* (2ª ed.). Rio Grande do Sul: Universidade Feeval.
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, M. J. (2021). Atividade da Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, em contexto COVID-19, no ano 2020. *Revista Life Saving*, 20, 25-33. <http://hdl.handle.net/10400.1/16895>
- Ribeiro, G. P. O. (2016). *Eficácia de uma Intervenção estruturada de Enfermagem Forense realizada a Estudantes de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Leiria, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/1940>
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, nº26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa

- em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, nº135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República II série, nº184 (25-09-2019) (128-155). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um estudo em hospitais Portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. IV, pp. 89-99. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Sampaio, F., Carvalho, J., & Rocha, O. (2014). Investigação em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria: uma análise documental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, pp. 71-75. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30091/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20enfermagem%20de%20sa%C3%BAde%20mental%20e%20psiquiatria-%20U>
- Santos, C.D. (2013). *Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/26042>
- Schorr, V., Sebold, L. Santos, J., Nascimento, K., & Matos, T. (2020). Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência: perspectivas de uma equipa multiprofissional. *Interface* 24. <https://doi.org/10.1590/Interface.190119>
- Sheridan, D., Nash, K., & Brasee, H. (2011). *A enfermagem Forense na Urgência* (6ªed.). Loures: Lusociência
- Silva, C. (2010). *Os Enfermeiros e a Preservação de Vestígios Perante Vítimas de Agressão Sexual no Serviço de Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto, Porto. <http://hdl.handle.net/10216/26910>
- Simões, R. L., Neto, C. D., Maciel, G. S., Furtado, T. P., & Paulo D. N. (2012). Atendimento Pré-Hospitalar a Múltiplas Vítimas com Trauma Simulado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39 (3), pp.230-237. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000300013>
- Susano, J. (2019). *Práticas Forenses do Enfermeiros no Contexto pré-hospitalar*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

- Tong, A. (2001). Clinical guidelines: can they be effective?. *NursingTimes*, vol.97, ISSUE: 09, pp. 3.
- Torre, B. (2020). *Comunicação em Saúde*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Vassouras, RJ.
- Wachira, B., Abdalla, R., & Wallis, L. (2014). Westgate Shootings: An Emergency Department Approach to a Mass-casualty Incident. *Prehospital and disaster medicine*, 29(5), pp.538–41. <http://doi.org/10.1017/S1049023X1400096X>
- Vaz, J. A. (2008), *Metodologias de Detecção de Vestígios Biológicos Forenses*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Zeichner, K. (1993). *A Formação Reflexiva de Professores: IDEias e Práticas*. Lisboa: Educa. <http://hdl.handle.net/10451/3704>

APÊNDICES

APÊNDICE I:

FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO INEM



PROJETO DE MELHORIA PARA PRESERVAÇÃO DE PROVAS FORENSES NO EXTRA-HOSPITALAR

Cristiana da Siva Ferreira de Oliveira

Cantanhede, março 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	93
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	95
2- MEDIDAS DE ATUAÇÃO	98
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto de um momento de avaliação do estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do 2º ano, 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, realizado no INEM (SIV Cantanhede e VMER HUC), onde foi elaborada uma proposta de melhoria para os enfermeiros do extra-hospitalar acerca da preservação de provas forenses. A realização desta proposta de melhoria tem como base uma análise SWOT, que é uma técnica de planeamento estratégico utilizada para ajudar as pessoas ou as organizações a identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas com o planeamento de projetos. Tem como objetivo poder ser um guia orientador para a atuação dos enfermeiros perante um cenário de violência ou morte violenta.

Como enfermeira a exercer funções em contexto extra-hospitalar, deparo-me na minha prática diária com situações que me deixam insatisfeita e com a sensação de trabalho incompleto, e que se relaciona com o atendimento de enfermagem à vítima de crime e essencialmente à preservação de provas forenses.

Na atualidade as ciências forenses têm assumido uma elevada importância na articulação com os profissionais de saúde e a colaboração com a justiça, não esquecendo para isso que perante um cenário violento ou de crime devemos garantir a preservação e conservação das provas, nunca pondo em causa a vida e a integridade da vítima, sendo esse o nosso objetivo maior.

Apesar de saber que cada vez mais os enfermeiros têm tentado desenvolver competências e conhecimentos na área, ainda existem lacunas em relação à atuação dos mesmos no extra-hospitalar.

Este trabalho será dividido em três partes, em que a primeira será um enquadramento teórico em que farei a análise SWOT baseada em pesquisa avançada da evidência científica existente, a segunda uma proposta de medidas a efetivar aquando da chegada da equipa ao cenário, e por último serão apresentadas as considerações finais.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Vivemos num mundo em que a violência cresce de forma exponencial e a Enfermagem Forense aparece como uma diferenciação das bases tradicionais da prática de Enfermagem dando uma nova dimensão às ciências forenses (Albino Gomes, 2014a).

Os enfermeiros são confrontados diariamente com situações de violência, seja ela, agressão por armas brancas ou de fogo, acidentes de viação, lesões autoinfligidas, consumo de substâncias tóxicas, ou outras. Sendo o enfermeiro do extra-hospitalar o primeiro a chegar, muitas das vezes, ao local do incidente, deve ser munido de ferramentas que o ajudem a perceber se se trata de um acidente ou de um crime.

Baseado no Princípio de Locard que refere que em cada contato existe uma troca física entre as partes, movendo e deixando vestígios no local, no agressor e na vítima (Fidalgo, 2015), o enfermeiro deve prestar cuidados minimizando a contaminação das provas forenses o máximo que conseguir.

O conceito de Enfermagem Forense atribui-se a Virgínia Lynch, Enfermeira, que verificou durante a sua prática clínica, que os profissionais de saúde destruíam de forma não intencional provas e evidências prejudicando assim a resolução do crime (Ribeiro, 2016).

A Enfermagem Forense é aos dias de hoje uma nova ciência forense que promove a união e interligação dos conceitos de enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais, no combate ao crime (APEFORENSE, 2015; Albino Gomes, 2014a).

Segundo Gomes (2014), integra um corpo específico de conhecimentos com vista a aumentar a capacidade de pensamento crítico e a qualificação profissional para a prática clínica em diversos ambientes de cuidados de saúde, comunidade, tribunal e investigação criminal.

A Enfermagem Forense vai mais além dos Cuidados de Enfermagem, realçando os aspetos biológicos, psicológicos, socioprofissionais, culturais e espirituais, englobando as dimensões jurídicas, que são componentes essenciais na investigação forense do trauma, tendo uma abordagem holística na avaliação e tratamento da criminalidade relacionada com o trauma (Gomes, 2014).

A Enfermagem Forense pode ser definida segundo (Lynch, 2011) como:

“Forensic nursing science is defined as the application of the forensic aspects of healthcare combined with the bio/psico/social/spiritual education of registered nurse in the scientific investigation and treatment of the trauma or death victims and perpetrators of violence, criminal activity, and traumatic accidents”.

A International Association of Forensic Nurses (IAFN) elaborou vários guias orientadores para permitir e auxiliar os enfermeiros na execução da sua prática forense de acordo com as

necessidades da vítima, comunidade, família e sistemas sociais, enquanto são garantidos às vítimas cuidados competentes de acordo com a idade, sexo, cultura e ideologias religiosas (Ribeiro, 2016).

A Enfermagem Forense possui assim uma natureza holística pelo que os objetivos de intervenção do Enfermeiro Forense, para (Albino Gomes, 2014b) consistem em:

- Identificação da lesão;
- Avaliação em situações de morte;
- Documentação objetiva;
- Recolha e preservação de dados e vestígios;
- Preservação de potenciais riscos para a saúde psicofísica, psicossocial e psicosssexual;

Gomes (2014, p. 14) resume a intervenção da Enfermagem Forense de acordo com uma mnemónica:

- A: avaliação para defender a vítima;
- B: ligações com as agências de fora (polícia);
- C: cadeia de custódia - conhecer os métodos de recolha de vestígios, estabelecer a continuidade e a disposição de posse desses vestígios. Manter a confidencialidade;
- D: documentação de dados incluindo diagramas e fotos;
- E: evidências físicas e eventuais;
- F: familiares – manter os familiares informados;
- G: testemunhar em tribunal;
- H: hospital (outras instituições) – respeitar as políticas adotadas;
- I: índice de suspeita – estar em alerta para os sinais e sintomas de abuso de crianças e idosos, bem como violência doméstica. “

Uma vez que na nossa atual sociedade é notório o aumento da criminalidade, por tudo o que vivenciamos e presenciamos, até por o que nos é apresentado pela comunicação social, temos noção que as equipas de emergência médica são cada vez mais chamadas para dar assistência a ocorrências que englobam padrões de morte violenta. É por isso cada vez mais pertinente que os intervenientes estejam despidos para a sua abordagem e tenham a capacidade de

reconhecer cada caso que lhes surja de maneira a procederem em conformidade. Nunca esquecendo a primeira regra de ouro de quem trabalha em emergência extra-hospitalar, que é garantir as condições de segurança à equipa, e só depois atuar no cenário de modo a priorizar a vida da vítima.

O Princípio de Locard já anteriormente referido também se aplica às equipas de emergência, uma vez que devem estar atentas à transferência de vestígios, sendo essencial apenas tocar e mover o que for estritamente necessário na sua atividade, sob pena de danificar provas forenses.

Foi elaborado um diagrama SWOT para que possamos analisar as fraquezas e as forças desta proposta de melhoria.

S (STRENGTHS):

- Interesse dos enfermeiros do extra-hospitalar;
- Equipa dinâmica, motivada e recetiva ao tema: Recolha e preservação de Provas forenses, uma proposta de atuação;
- Ausência de normas e protocolos de atuação para recolha e preservação de provas forenses;
- Pouca formação na área tanto em contexto académico como em contexto profissional;
- Melhoria na prestação de cuidados prestados à vítima;
- Ausência de custos do projeto;
- Sustentação da prática baseada na evidência;

W (WEAKNESSES):

- Risco de desmotivação e não adesão da equipa;
- Inexistência de indicadores sobre registos de recolhas e preservação de provas forenses;
- Ausência de protocolos de atuação;
- Sobrecarga nos registos de procedimentos efetuados;

O (OPPORTUNITIES):

- Interesse na aquisição e uniformização de cuidados no que respeita ao tema;
- Melhoria ou existência de registos de recolha e preservação de provas forenses no extra-hospitalar;
- Possibilidade de identificação de casos de origem forense, recolha de provas e posterior notificação às entidades competentes;
- Rigor e uniformização de procedimentos baseados em evidência;
- Sedimentação/ aquisição de conhecimentos;

T (THREATS):

- Resistência da equipa à mudança de comportamentos e rotinas;
- Limitação de recursos materiais;
- Limitação de recursos humanos;
- Falta de reconhecimento dos pares para as funções;

MEDIDAS DE ATUAÇÃO

Quando os Enfermeiros vão intervir numa situação nunca sabem ao certo o que vão encontrar, fato esse que se acentua mais no meio extra-hospitalar, em que a incerteza é mais evidenciada (Martins, 2013). É na abordagem primária que surge a oportunidade de se recolher provas de extrema importância para a investigação, sendo que cabe ao enfermeiro estabelecer prioridades de atuação, tendo noção de que no local podem existir vestígios não só da ocorrência, mas também de quem intervir nela, e que qualquer destruição de vestígios ou contaminação pode colocar em causa a descoberta da verdade (Santos, 2013).

Assim, é de fulcral importância que os enfermeiros do extra-hospitalar, na sua abordagem, sempre que possível, procedam ao reconhecimento, colheita, acondicionamento e encaminhamento de provas forenses, privilegiando sempre o cuidado à vítima, assim como elaboração de notas de enfermagem com as especificidades encontradas e descrevendo o que foi feito e verificado no local.

Para ajudar na sistematização proponho algumas medidas a tomar no local, baseada nas indicações do Enfermeiro Albino Gomes, perito em Enfermagem Forense.

<u>PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE VESTÍGIOS</u>	
Registos	Recolha de vestígios
<u>Acidentes de viação</u>	
- Descrição dos veículos, danos e gravidade dos mesmos; - Medidas de desencarceramento; - Marcas do embate no interior do veículo; - Informação do airbag; - Condições do habitáculo interno do carro; - Se foram cortados os cintos; - Descrever a cinemática do trauma;	- Fotografar: enquadramento do local, posição dos veículos e posição dos corpos; - - Recolher a roupa - Recolher vidros que estejam no corpo ou roupa da vítima;
<u>Atropelamento</u>	
- Ver lesões e mecanismo de lesão;	- Recolher roupa;
- Comparar lesões com os danos do veículo; - Pontos de impacto; - Marcas do atropelamento no veículo; - Impacto secundário: contacto corpo/cabeça; com o veículo e corpo com pavimento ou objeto fixo; - lesões consistentes com testemunhos;	- Fotografia do corpo e da sua posição; - Recolha de amostras de sangue; - Recolha de vidros que existam na roupa e/ou corpo;
<u>Armas de fogo e Armas brancas</u>	

- Localização das feridas; - Tipo de feridas; - Arma (presença ou ausência); - Se arma de fogo, se a bala saiu do corpo; - +Presença de feridas de defesa;	- Proteger as mãos com sacos de papel; - Recolha da bala se houver para envelope ou frasco de urina; - Recolha da roupa para saco de papel; - Recolha da arma (cuidado com o seu manuseamento); - Fotografar corpo e lesões;
<u>Enforcamento</u>	
- Descrever tipo de corda; - Tipo de suspensão; - Ponto da suspensão; - Distância do chão; - Posição do corpo à chegada da equipa;	- Não cortar laço, deve seguir com o corpo; - Proteger as mãos com sacos de papel; - Fotografias do corpo, enquadramento no local e laço;
<u>Eletrocussão</u>	
- Fonte de energia (voltagem); - Interrupção de falta de terra; - Equipamento: tomada, extensão; - Localização do corpo e pontos de contacto: - Orifício de entrada e saída;	- Recolher a roupa; - Recolher os sapatos e as meias; - Fotografar o corpo e o local;
<u>Intoxicação por Droga</u>	
- Droga ou parafernália: localização em relação ao local da morte, possível droga envolvida na morte, evidências no corpo	- Recolha da parafernália da droga: colher, prata, limão seringa; - Fotografias do corpo e lesões;
que possam indicar uso de droga (venopunções);	- Recolha do conteúdo gástrico e urina; - Recolha do produto (droga, lamela e frascos);
<u>Afogamento</u>	

- Condição do corpo: descoloração, edemaciado, pés e mãos engelhados; - Existência de lesões visíveis: consistentes com os detalhes, provocadas durante submersão ou recuperação do corpo, impacto do corpo em objetos, lesões provocadas pelo equipamento de recolha; - Detalhe das circunstâncias do afogamento;	- Recolha da roupa e espólio; - Fotografia do corpo e lesões; - Recolha do conteúdo gástrico e água dos pulmões se for aspirado;
--	--

(Albino Gomes, 2020) (pag. 117-118)

De forma a resumir procedimentos e a tecer algumas considerações finais (Albino Gomes, 2020):

- Se achar que foi cometido um crime, ou se simplesmente tiver dúvidas deve de imediato chamar as autoridades ao local;
- Nunca prejudique o socorro da vítima em prol da recolha de vestígios;
- A proteção da equipa de emergência e a sua segurança é a premissa básica. Se não existirem condições de segurança não se deve entrar no local;
- Não se deve tocar ou mover nada do local sem que seja estritamente necessário;
- Todos os elementos de emergência devem entrar e sair pelo mesmo local e não pisar fluidos que estejam no chão;
- Quando se corta a roupa da vítima deve ser pelas costuras, evitando assim os buracos causados pelas armas de fogo ou armas brancas, a roupa deve ser colocada em sacos de papel e nunca de plástico;
- Documente todos os cuidados de emergência prestados à vítima;
- Em caso de acidente de viação deve-se preservar o local estacionando a viatura fora das marcas de derrapagem e travagem;
- Usar sempre luvas e máscara;
- Identificar os locais de punção venosa com círculos (caneta permanente);

CONCLUSÃO

O principal objetivo dos profissionais de saúde do extra-hospitalar consiste na prestação de assistência médica às vítimas, no entanto, a preservação de provas forenses deve constituir também um papel relevante na abordagem inicial ao local do crime.

O intuito principal da preservação de um local onde decorreu um crime, ou onde há a suspeita da ocorrência desse mesmo crime, deve ser manter o ambiente o mais inalterado possível, ou seja, não mover ou retirar objetos do seu local se não houver necessidade, documentando de forma criteriosa os dados.

Este trabalho surge como resposta a uma lacuna sentida, uma vez que os enfermeiros do extra-hospitalar têm uma formação insuficiente sobre os elementos que são relevantes em caso de crime.

A preservação de provas forenses deve ser uma atividade subsidiária que não comprometa a abordagem médica da vítima, devendo ser possível introduzi-la como medida a ter em conta no local da ocorrência, para com isso poder existir uma colaboração com o fortalecimento da justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APEFORENSE. (2015). Padrões de Aptidão do Enfermeiro Forense In Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. Lisboa
- Fidaldo, R. J. S. (2015). As Ciências Forenses na Sala de Aula: Exploração de uma Estratégia Educativa. (Tese de Mestrado em Biologia Aplicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gomes, A. (2014a). Enfermagem Forense (Vol. 1). Lisboa: Lidel.
- Gomes, A. (2014b). Enfermagem Forense (Vol. 2): Lidel.
- Gomes, A. (2020). Abordagem médica ao local do crime. (L. e. Conceitos Ed. 1 ed.): Rei dos Livros
- Lynch, V. A. (2011). Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 1, 68 - 76.
- Martins, J. O., A. (2013). Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências *Rev Enferm*, III Série (nº9), 115-124.
- Ribeiro, G. P. D. O. (2016). Eficácia de uma Intervenção Estruturada Em Enfermagem Forense Realizada A Estudantes de Enfermagem (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria
- Santos, C. D. (2013). Contributos para Implementação da Enfermagem Forense em Portugal. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: Coimbra.

APÊNDICE II:
FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO CHUC

FIBRINÓLISE NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) permanece a principal causa de morbimortalidade em Portugal. A fibrinólise é uma das terapêuticas indicadas no tratamento do AVC isquémico, sendo que o prognóstico se encontra diretamente relacionado com a precocidade da sua administração. A experiência do tratamento com fibrinólise nos doentes da Via Verde AVC (VVAVC) do nosso hospital distrital começa em 2015, sob a responsabilidade dos profissionais do Serviço de Urgência.

Os objetivos deste estudo são:

- Analisar os tempos de atuação na VVAVC nos doentes submetidos à fibrinólise, no intervalo de tempo 2017 a 2021.
- Verificar se existe cumprimento das recomendações do National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) relativamente aos tempos de atuação na VVAVC.
- Elaborar propostas de melhoria no atual protocolo da VVAVC para uma intervenção mais eficiente por parte da equipa que recebe o doente com necessidade de fibrinólise na VVAVC.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo, tendo sido analisados os dados relativos aos tempos de porta-triagem, triagem-médico e porta-agulha dos doentes que deram entrada num hospital distrital com VVAVC submetidos à fibrinólise, desde 1 janeiro 2017 a 31 dezembro 2021 (5 anos). Foi efetuada uma análise descritiva e inferencial dos dados obtidos. As propostas ao protocolo atual resultaram da análise do estudo e da descrição da situação em que se obteve o melhor resultado tempo-agulha, após discussão do caso entre os autores do estudo.

RESULTADOS

Durante os anos em estudo, foram submetidos à fibrinólise 114 doentes diagnosticados com AVC Isquémico. O tempo porta-agulha médio no ano de 2020 foi de 48 min, tendo sido o melhor resultado apresentado nos anos em estudo. O valor médio mais alto foi de 66 min em 2018, atribuindo-se esse aumento ao facto de se ter iniciado neste ano a realização de AngioTAC. Os tempos da admissão-triagem variam de 4 min 1seg (2017) a 6 min 43 seg (2021). Os tempos de triagem-médico variam desde 4 min e 15 seg (2020) e 8 min 37 seg (2021). O caso em que se obteve o melhor tempo porta-agulha foi de 13 min, em 2020.

Tendo em conta as recomendações da NINDS, verifica-se que o tempo porta-agulha cumpriu com as metas definidas (< 60 minutos) nos anos 2019 e 2020, o que não aconteceu nos outros anos.

CONCLUSÕES

Após a análise dos dados obtidos, entende-se que houve melhores tempos quando se garantiu os seguintes pressupostos: notificação prévia da chegada do doente; a inscrição e triagem realizada antes da chegada ao Hospital; avaliação do doente, realizada na sala de emergência; o cálculo do peso real efetuada após a pesagem na maca dos bombeiros.

Conclui-se que é necessário ponderar a inclusão no protocolo da VVAVC, as intervenções que permitiram reduzir os tempos de atuação, uniformizando o procedimento e assim garantir a maior precocidade possível da administração do fibrinolítico a todos os doentes com critérios para realizar esse tratamento.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Isquemia, Via verde, Fibrinólise.

Certificado



Cristiana da Silva Ferreira de

Certifica-se que **Oliveira**, com o cartão de cidadão nº **11705832**, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022

Márcio Miguel Coimbra de Carvalho

Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Áurea Andrade

Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:



TERTÚLIA EMERGENTE
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



ANEXOS

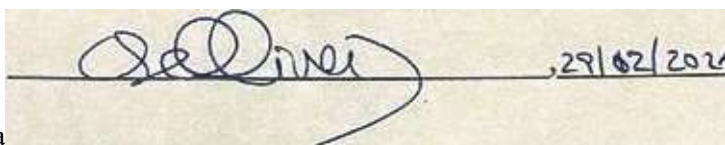
ANEXO I:

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE QPVAVE

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Chaves e Corte Real).

Cristiana de Oliveira, aluna do mestrado de Enfermagem médico-cirúrgica vertente pessoa em situação crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, venho por este meio solicitar a autorização para a aplicação do 'Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Chaves e Corte Real), no âmbito do Conhecimento dos Enfermeiros do pré hospitalar sobre preservação de vestígios. Disponibilizo-me desde já a facultar todos os resultados deste estudo bem como a facultar toda a informação adicional que considere pertinente e ainda a referenciar sempre os autores do QPVAVE.

Sem mais assunto de momento e grata pela disponibilidade, apresento os melhores cumprimentos.



Cristiana de Oliveira

(data)

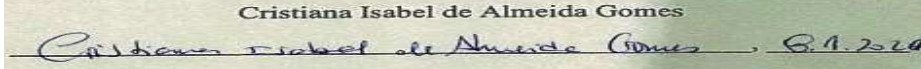
Eu, Cristiana Isabel de Almeida Gomes, Enfermeira, autora principal, autorizo a aplicação do "Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE), (Gomes, Corte Real & Chaves) na investigação desenvolvida pela Enfermeira supracitada, sob as premissas indicadas no ponto

Com os melhores cumprimentos,

a supracitada, sob as premissas indicadas no ponto *).

os melhores cumprimentos,

Cristiana Isabel de Almeida Gomes



ANEXO II:
AUTORIZAÇÃO DO INQUIRIDO

O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DO EXTRAHOSPITALAR SOBRE PRESERVAÇÃO DE PROVAS FORENSES

Ex.ma Senhora Enfermeira/ Ex.mo Senhor Enfermeiro, o meu nome é Cristiana da Silva Ferreira de Oliveira, sou Enfermeira num Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, e este questionário surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, sob orientação do Professor Bráulio Sousa.

A Enfermagem Forense é considerada um desafio atual, algo recente, desconhecida e de rápido crescimento no campo da Enfermagem. Este estudo é assente na certeza de que todos os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis podendo ser alterados, danificados ou extraviados durante a intervenção médica/ enfermagem.

Este trabalho tem como objetivos: descrever o conhecimento dos enfermeiros do extra-hospitalar relativamente à prática/ executabilidade na manutenção e recolha de provas forenses; verificar se existe relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos acerca da preservação de provas forenses e a sua executabilidade; perceber se alguns fatores académicos/profissionais dos enfermeiros extra-hospitalares estão associados à perceção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação de provas forenses.

A sua participação é voluntária e se desejar pode desistir a qualquer momento.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, asseguramos que os dados recolhidos serão usados exclusivamente para fins académicos e que o seu tratamento é meramente estatístico.

Caso tenha alguma dúvida poderá entrar em contato através do e-mail cristiana_oliveira8@hotmail.com

O questionário que, seguidamente apresentamos é constituído por várias partes, existindo instruções específicas para cada uma delas. Este questionário demorará cerca de 10 minutos a responder.

Agradecemos desde já a sua participação.

Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido (a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

ANEXO III:

QUESTIONÁRIO SOBRE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NA ASSISTÊNCIA

À VÍTIMA POR ENFERMEIROS

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

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

Instruções de preenchimento

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

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

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

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

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

Dados sociodemográficos/acadêmicos/profissionais

1. Sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade _____ (Anos)

3. Habilitação Acadêmica

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐

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

Sim ☐ Não ☐

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

Mestrado ☐ _____

4. Categoria profissional Enfermeiro

Enfermeiro graduado

Enfermeiro especialista

Especifique: Enfermagem

Comunitária

Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

5. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem _____ (Anos)

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

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

Nunca	Poucas vezes (1 x mês)	Algumas vezes (1 x por semana)	Muitas vezes (3 x por semana)	Sempre (diariamente)
☐	☐	☐	☐	☐

7.a) Se assiste, qual o tipo de vítimas que assiste?

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

Vítimas de violência sexual	☐
Vítimas de arma de fogo	☐
Vítimas de arma branca	☐
Vítimas de acidentes de viação	☐
Vítimas de intoxicação	☐
Vítimas de asfixias	☐

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

Sim ☐ Não ☐

GESTÃO DE VESTÍGIOS

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.			
			2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.			
			3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.			
			4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.			
			5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.			
			6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.			
			7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.			
			8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.			

			9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.			
			10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.			

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.			
			12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.			
			13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.			
			14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.			
			15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.			
			16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.			

			17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.			
			18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.			
			19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.			
			20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.			

AGRESSÃO SEXUAL

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a agressões sexuais.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma ou agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.			
			22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.			
			23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.			
			24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.			
			25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.			

			26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.			
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			
			28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.			
			29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

LESÕES

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a lesões.

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

ARMA BRANCA

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

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

ARMA DE FOGO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.			
			45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.			
			46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.			
			47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.			
			48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.			
			49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.			
			50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.			
			51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.			
			52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.			

			53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.			
			54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.			
			55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.			
			56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.			
			57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.			

ACIDENTES DE VIAÇÃO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.			
			59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.			
			60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.			
			61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.			
			62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.			

			63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.			
			64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.			

INTOXICAÇÃO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			
			66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.			
			67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.			
			68. Preservar os vestígios eméticos.			
			69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.			

			70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.			
			71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.			
			72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.			
			73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.			

ASFIXIA

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.			
			75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.			

			80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.			
			81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.			
			84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.			
			85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.			
			86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

FIM

Muito obrigada pelo seu contributo imprescindível.

Cristiana Gomes