



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenções de Enfermagem Especializada na Colheita e Preservação de Evidências Forenses no Contexto de Emergência

Specialized Nursing Interventions in the Collection and
Preservation of Forensic Evidence in the Emergency Context

Joana Sofia Télinhos Pimentel Cantanhede

Almada

2025

**II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Intervenções de Enfermagem Especializada na
Colheita e Preservação de Evidências Forenses no
Contexto de Emergência**

Specialized Nursing Interventions in the Collection and
Preservation of Forensic Evidence in the Emergency Context

Joana Sofia Télinhos Pimentel Cantanhede

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Cidália
Maria da Cruz Silva Patacas de Castro

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão
pública

*"Nothing in life is to be feared, it is only to be understood. Now is the time do
understand more so that we may fear less."*

Marie Curie

DEDICATÓRIA

À avó Celeste,

Que me ensinou enquanto lhe foi permitido, que podemos tirar da vida tudo aquilo
por que lutamos.

AGRADECIMENTOS

À professora Cidália pela paciência, atenção e disponibilidade.

Aos orientadores Paulo Monteiro e Carlos Cabral pelo acolhimento e terem sido facilitadores da aprendizagem.

Ao Edmilson, que apesar das adversidades me motivou sempre.

Aos meus pais e irmã por todo o apoio mesmo estando muitas vezes ausente.

A todos os meus amigos que me permitiram descontraír sempre que necessitava.

À Sofia e à Inês por se terem permitido partilhar esta experiência comigo.

O meu muito obrigada, sem eles nada teria sido possível.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeito o Código de conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

As vítimas de agressões, crimes e violência são cada vez mais uma preocupação da sociedade a nível mundial. No contexto de emergência, é de extrema importância a existência de enfermeiros com competências que lhes permitam atuar perante a pessoa em situação crítica vítima de violência, através da implementação de intervenções especializadas na preservação e colheita de vestígios forenses.

O gosto pela temática trabalhada, surge no âmbito da prática clínica no serviço de urgência polivalente, onde os casos reportados têm um impacto importante, existindo melhorias a realizar nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica vítima de agressão.

Neste sentido, com o objetivo de aceder à mais recente evidência científica sobre o tema, foi realizada uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia proposta por Arksey e O'Malley, intitulada: Intervenções do Enfermeiro Especialista na Colheita e Preservação de Evidências Forenses no Contexto de Emergência.

O presente relatório pretende ser um exercício crítico e reflexivo relativo ao percurso desenvolvido ao longo do processo formativo, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e científicas inerentes ao grau de mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nos contextos de estágio realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, numa Unidade de Cuidados Intensivos Específica de um Hospital Central e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

No que concerne à orientação conceptual do pensamento em enfermagem, este encontra-se alicerçado no Modelo Conceptual da Vulnerabilidade Humana de Ada Rogers e no Modelo de Desenvolvimento de Competências de Enfermagem de Patricia Benner de Iniciado a Perito.

O percurso realizado foi suportado nos Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e nos descritores de Dublin fundamentais à atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem pela qualificação do segundo ciclo de formação.

Palavras-Chave: Cuidados de enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Colheita de espécimes; Enfermagem especializada.

ABSTRACT

Victims of aggression, crime and violence are increasingly a concern for society worldwide. In the context of emergencies, it is extremely important to have nurses trained to act in the presence of people in critical situations who are victims of violence, through the implementation of specialized interventions in the preservation and collection of forensic evidence.

The interest in the topic worked on arises within the scope of clinical practice in the multipurpose emergency service, where the reported cases have an important impact, with improvements being made in the care provided to people in critical situations who are victims of aggression.

In this sense, with the aim of accessing the most recent scientific evidence on the subject, a scoping review was carried out, in accordance with the methodology proposed by Arksey and O'Malley, entitled: Interventions of the Specialist Nurse in the Collection and Preservation of Forensic Evidence in the Context of Emergency.

This report aims to be a critical and reflective exercise regarding the path developed throughout the training process, allowing the acquisition and development of technical and scientific skills inherent to the master's degree and specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing for People in Critical Situations, in the contexts of internships carried out in a Multipurpose Intensive Care Unit, in a Specific Intensive Care Unit of a Central Hospital and in the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle.

Regarding the conceptual orientation of nursing thought, this is based on Ada Rogers' Conceptual Model of Human Vulnerability and Patricia Benner's Nursing Skills Development Model from Beginner to Expert.

The path taken was supported by the Regulations of Common Competencies of the Specialist Nurse, Specific Competencies of the Specialist Nurse in Nursing for People in Critical Situations, Regulation of Quality Standards for Specialized Nursing Care in Nursing for People in Critical Situations and the Dublin descriptors fundamental to the award of the Master's Degree in Nursing for the qualification of the second training cycle.

Keywords: Nursing care; Person in critical situation; Specimen collection, Specialized nursing.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

APA - *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*

CVP – Catéter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

ECPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESSEM – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IAFN – *International Association of Forensic Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

MIDTC – *Madeira International Disaster Training Centre*

MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

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

PRISMA Scr – *Preferred Reporting Items for Syrtematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPICI – Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

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

TOT – Tubo orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIMC – Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	16
1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA COLHEITA E PRESERVAÇÃO DE EVIDÊNCIAS FORENSES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	18
1.3 MODELO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ADA ROGERS	24
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	28
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	30
2.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	31
2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Específica	34
2.1.3 Viatura Médica de Emergência e Reanimação	37
2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	38
2.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PSC E MESTRE EM ENFERMAGEM	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
BIBLIOGRAFIA	57
APÊNDICES	62
Apêndice I – Plano da sessão de formação	63
na UCIP “Cuidados de Enfermagem na Monitorização da Pressão Intra-abdominal: da teoria à prática”	63
Apêndice II – PowerPoint da sessão de formação na UCIP “Cuidados de Enfermagem na Monitorização da Pressão Intra-abdominal: da teoria à prática”	65
Apêndice III – Guia Prático de consulta rápida PIA	73
Apêndice IV – Plano de sessão de formação em serviço “Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”	75
Apêndice V – Powerpoint de sessão de formação em serviço “Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”	77
Apêndice VI – Norma de procedimento dos Cuidados ao Cateter Venoso Periférico	91

Apêndice VII – <i>Scoping Review "Nursing Interventions for Forensic Evidence Collection and Preservation in Emergency Settings"</i>	97
Apêndice VIII – Póster "Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão <i>Scoping</i> "	99
ANEXOS	101
Anexo I – Escala de RASS.....	102
Anexo II – Certificado MRMI	104
Anexo III – Certificado Microcredencial de Abordagem inicial ao Doente Crítico	107
Anexo IV – Certificado de Participação nas Jornadas	110
Anexo V – Certificado de SAV.....	112

INTRODUÇÃO

A crescente exigência da ciência de enfermagem na prestação holística dos cuidados à pessoa, família e meio envolvente, aliada à imprevisibilidade e complexidade da pessoa em situação crítica, torna essencial uma resposta célere e especializada. Surgindo a necessidade de uma reflexão profunda para garantir uma prática de excelência em enfermagem.

De acordo com Deodato (2008), uma prática reflexiva associa-se à aprendizagem sistemática, construtiva e, neste sentido, o enfermeiro especialista deve ser um profissional que na sua tomada de decisão, tenha sentido crítico, com base na melhor evidência científica e fundamentação teórica, de forma a sustentar a sua prática.

Considerada a experiência profissional em contexto de Serviço de Urgência (SU) e o gosto pelo cuidado à pessoa em situação crítica, surge a necessidade de enveredar pelo II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), lecionado na Escola Superior de Saúde Egas Moniz nos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025.

Decorrida a Unidade (UC) de Opção I – Estágio e Relatório entre setembro de 2024 e janeiro de 2025, da qual fizeram parte 360 horas de contato em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), Unidade de Cuidados Intensivos Específica e em contexto de emergência pré-hospitalar, surge este relatório de estágio. Este, enquanto elemento de avaliação, pretende descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura mestre e enfermeira especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

A temática central selecionada para este percurso insere-se no contexto de cuidados especializados à PSC, nomeadamente as “Intervenções especializadas de enfermagem na Colheita e Preservação de Evidências Forenses no Contexto de Emergência” centrando-se na crescente casuística mundialmente conhecida e objetivada no serviço de urgência polivalente (SUP) onde desempenhamos funções diariamente. Neste contexto clínico tem-se assistido a uma necessidade de mudança de paradigma no que concerne ao atendimento às vítimas de prática de crime, por ser um novo desafio no contexto da emergência e da abordagem à PSC.

O Regulamento n.º728/2021 que se refere ao Regulamento da Competência Acrescida Diferencia em Enfermagem Forense, define violência como o *“uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo*

ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (p.175) e define trauma como uma “lesão nos tecidos e órgãos humanos, resultado da transferência de energia por um agente externo, resultado da ação vulnerante que possui energia capaz de produzir lesão” (p. 175).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) definiu violência como o abuso intencional da força em forma de ameaça contra si mesmo, contra outrem ou contra um grupo e/ou comunidade, que tem a probabilidade de causar danos físicos, psicológicos, alterações do desenvolvimento e/ou privações, ou até mesmo a morte.

Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção e minimização do impacto da violência na PSC e no impedimento da sua perpetuação, através de intervenções específicas, nomeadamente na colheita e preservação de evidências forenses.

A pessoa vítima de agressão, necessita de um cuidado holístico, em que se interliguem os seus recursos pessoais, a sua vulnerabilidade e o suporte do seu meio envolvente. Neste sentido todo o percurso formativo foi baseado no Modelo Conceptual da Vulnerabilidade Humana de Ada Rogers. Aliado à alta complexidade da prestação de cuidados associados à pessoa em situação crítica, recorreremos também ao modelo de desenvolvimento de competências de Iniciado a Perito de Patricia Benner, atendendo aos níveis de desenvolvimento do enfermeiro ao longo da sua prática clínica.

De acordo com a unidade de competência *“2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.”* (p. 19364), inserida na competência: *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”*, e sendo esta unidade específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, surge assim a importância da valorização da temática em estudo, embora esta esteja pouco desenvolvida no nosso país (Regulamento n.º429/2018).

Para a elaboração do presente relatório, definiu-se como objetivo geral descrever de forma crítica e reflexiva o percurso formativo desenvolvido, nomeadamente nos contextos de estágio, e os seus contributos para a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem.

Relativamente à estrutura do relatório, este está organizado em dois capítulos. Iniciamos o primeiro capítulo com a apresentação do enquadramento teórico onde está integrada a contextualização do tema em análise relativo à pessoa em situação crítica, seguidamente apresentamos as intervenções de enfermagem especializada na colheita e preservação de evidências forenses à PSC vítima de violência, terminando este capítulo

com e a teórica que suporta a abordagem e visão da enfermagem relativamente à atuação dos enfermeiros. No segundo capítulo é realizada a descrição dos contextos de estágio e uma reflexão crítica relativa às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, de acordo com o Regulamento n.º140/2019 e Regulamento nº49/2018, respetivamente, adquiridas ao longo do percurso formativo, em articulação com as competências instituídas nos descritores de Dublin e para obtenção do grau de Mestre.

Seguem-se as considerações finais, a bibliografia consultada e os apêndices demonstrativos dos projetos desenvolvidos durante o percurso, nos vários contextos da prática clínica.

Por fim, serão apresentados nos anexos os documentos consultados e os certificados das formações frequentadas.

O presente relatório encontra-se redigido segundo as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e da Norma de citações e referências bibliográficas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição. Está ainda em conformidade com o novo acordo ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cada vez mais os cuidados de enfermagem são altamente especializados, com o objetivo de manter e preservar a vida, prevenindo complicações, minimizando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, está contemplada a importância da temática em estudo, nomeadamente *"2.5 – Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime."*, demonstrando como unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, inserida na competência Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

Este capítulo integra três subcapítulos: no primeiro, abordamos a pessoa em situação crítica vítima de violência. No segundo subcapítulo serão evidenciadas as intervenções de enfermagem especializada na colheita e preservação de evidências forenses à pessoa em situação crítica vítima de violência. Por último, no terceiro subcapítulo, será realizada uma abordagem ao Modelo Conceptual de Ada Rogers que alicerçou todo o percurso durante os estágios e o presente relatório.

1.1 A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Segundo o Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, a pessoa em situação crítica é definida como aquela cuja vida se encontra em perigo, pela possibilidade de falência de uma ou mais funções vitais e, portanto, a sua sobrevivência depende de métodos avançados que apoiem e suportem funções vitais através da monitorização, terapêutica e vigilância.

A temática da violência e a ocorrência de crimes é uma realidade cada vez mais presente na sociedade e noticiada por todos os meios de comunicação disponíveis. Neste sentido, é importante 564que a enfermagem se adapte e evolua no sentido de dar resposta a estas situações de forma mais célere, e que os profissionais de saúde sejam dotados de uma determinada amplitude no pensamento e conhecimento científico de forma a incluírem as vítimas de violência numa prestação de cuidados holística, incluindo a sua família e o meio social em que estão inseridas, como é defendido no modelo conceptual de Ada Rogers (1997).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2023), no ano de 2021 foi contabilizado um total de 458 mil mortes em todo o mundo, um dos valores mais altos

registados nos últimos 20 anos, e estimando-se que a tendência seja ascendente nos próximos anos. O continente Africano regista o maior número de homicídios (176 mil), seguido do continente Americano (154 mil), a Ásia (109 mil), a Europa (17 mil) e por fim a Oceânia (1000).

Destes crimes, 40% foram realizados com o recurso a arma de fogo e 22% com recurso a arma branca (ONU, 2023).

Relativamente à causa do crime, 31% está relacionado com crimes cometidos entre parceiros/familiares, 22% associado ao crime organizado/gangs, 18% alusiva a outras relações interpessoais, 16% referente a outra tipologia e 14% inerente a questões sociais e/ou políticas (ONU, 2023).

Em Portugal, tem-se vindo a verificar nos últimos anos, um aumento da taxa de criminalidade. Segundo dados do Sistema de Segurança Interna (2022), no Relatório Anual, houve no ano de 2022, 343 845 participações criminais registados pelas forças de segurança pública, sendo que deste, 85.841 é o número de casos corresponde a crimes cometidos contra pessoas. Deste número, é importante referir que 26 073 destes casos estão relacionados com violência doméstica, 741 com ofensa à integridade física grave, 519 com violação e 97 com homicídio involuntário. Relativamente ao ano de 2023, o número total de participações criminais foi de 371.995, sendo que deste número, 90.840 corresponde a crimes cometidos contra pessoas, o que significa um aumento significativo da criminalidade no país, registando-se este como o número mais alto nos últimos 10 anos (Sistema de Segurança Interna, 2023). Segundo a mesma fonte, as armas mais utilizadas na agressão contra pessoas foram a arma branca (35,5%) e a arma de fogo (20,9%).

Dado o aumento exponencial do número de casos de pessoas vítimas de violência com arma de fogo ou arma branca, torna-se importante que os profissionais de enfermagem tenham competências que lhes permitam intervir junto da pessoa e família que se encontram numa situação de doença aguda e traumática assim como sejam detentores dos conhecimentos acerca dos procedimentos a efetuar na recolha e preservação de evidências forenses.

A violência com recurso a arma de fogo pode causar traumas permanentes, com incapacidade para os autocuidados, culminando na reabilitação física e psicológica da pessoa e família. Estas situações podem ser muitas vezes integradas em situações de exceção, dado que podem comprometer a capacidade de resposta das equipas de saúde pelo aumento do nível de complexidade de cuidados que a pessoa em situação crítica necessita, desde o pré-hospitalar às salas de emergência e serviços afetos à PSC. Está comprovado que a presença de uma arma de fogo num ato de violência, aumenta a probabilidade de ferimentos graves e até da morte (Ribeiro et al., 2017).

A prioridade do enfermeiro é a prestação de cuidados inerente à PSC vítima de trauma, mas não deve ser descurada a preservação de provas e evidências forenses para que a pessoa tenha direito à justiça pelo processo traumático que está a vivenciar por conta de outrem (Gomes, 2014).

É de extrema importância que os sistemas sociais, os cuidados de saúde e a lei se unam com o objetivo de obter o melhor resultado possível para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, da família e da comunidade onde estão inseridas.

Estas vítimas experienciam uma série de sentimentos que podem dificultar a relação terapêutica, nomeadamente o medo de verbalizar algo que os possa colocar ainda mais em risco, os “pactos de silêncio” muitos vezes existentes entre grupos ou até mesmo o receio do julgamento pelo profissional de saúde (Barros et al., 2020).

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro, no Artigo 102.º o Enfermeiro deve, no decorrer do seu exercício profissional, perceber quais os valores humanos pelos quais se rege a pessoa e os grupos que a rodeiam, de forma a cuidar desta, sem qualquer tipo de discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Neste sentido, não podem ser aplicados juízos de valor sobre o comportamento da pessoa, nem lhe devem ser imputadas filosofias de vida que o profissional pense serem as mais corretas. O enfermeiro deve respeitar e fazer respeitar as escolhas políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que esta possa exercer a todos estes níveis, os seus direitos.

Desta forma, o enfermeiro deve saber distinguir os valores morais pelos quais se rege individualmente na sua vida, dos valores impostos pela profissão. Nomeadamente, a discriminação e o preconceito não devem fazer parte do pensamento crítico do enfermeiro, devendo estar sempre focado na prestação humanizada dos cuidados, tendo por base o respeito pela vida, a dignidade e os direitos da pessoa. A humanização em saúde contempla o acolhimento e empatia, tendo em conta os valores, a cultura, o ambiente social, a educação, o estado psíquico e as questões éticas relacionadas com cada ser humano. O enfermeiro deve atuar como promotor da humanização, uma vez que acolhe e escuta todos os que vão ao seu encontro, proporcionando respostas satisfatórias e potenciando a transição do evento traumático à pessoa e sua família (Barros et al., 2020).

1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA COLHEITA E PRESERVAÇÃO DE EVIDÊNCIAS FORENSES À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Ao longo dos anos, foi crescendo a necessidade de interligar a enfermagem com a ciência forense e o sistema de justiça. Neste sentido, a enfermagem forense teve início

nos Estados Unidos em 1992 através da criação da *International Association of Forensic Nurses* (IAFNJ) (Gomes, 2014). Desde então, o enfermeiro forense tem preenchido uma lacuna existente entre o sistema de justiça e o sistema de prestação de cuidados.

A enfermagem forense preocupa-se com a perda de vidas humanas devido à violência, vendo a pessoa de uma forma holística para avaliação e tratamento dos casos de crime relacionados com o trauma, de forma a estabelecer uma interligação entre a saúde e a lei através da colheita de dados (Gomes, 2014).

Embora esta temática esteja ainda pouco desenvolvida nos hospitais portugueses e os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, tenham poucos conhecimentos sobre a área, devemos cada vez mais consciencializarmo-nos de que a investigação forense pode minimizar ou impedir a destruição de provas e, desta forma dar continuidade dos cuidados prestados na sala de emergência para as salas de audiência (Silva, 2009).

Os enfermeiros são, normalmente, o primeiro profissional de saúde a ter contacto com a pessoa vítima de agressão, quer seja no pré-hospitalar, na sala de emergência, ou na UCI o que os torna no profissional mais próximo da pessoa. A pertinência desta questão é tal para a enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC, que no Regulamento n.º 429/2018 contempla a unidade de competência "2.5 – *Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.*" e os critérios de avaliação "2.5.1 – *Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;*" e "2.5.2 – *Salvaguardada a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;*" (p. 19364).

É de extrema importância a existência de enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à PSC no serviço de urgência de forma a atuarem em situações de abuso e negligência, na realização de fotografia forense, identificação de feridas, recolha de vestígios e testemunho de peritos em tribunal, com o objetivo de se fazer cumprir a cadeia de custódia (Gomes, 2014).

A cadeia de custódia no contexto legal refere-se à documentação cronológica de registos e da identificação dos elementos que tiveram contato com a amostra (vestígios). Esta baseia-se em dez etapas: O reconhecimento do vestígio, o seu isolamento, a sua descrição, a colheita, a preservação, o transporte, a receção, o processamento, o armazenamento e por fim a sua libertação mediante autorização judicial. Quando estes procedimentos não são cumpridos, haverá uma quebra na cadeia de custódia, o que nos indica que a prova se encontra comprometida e não poderá ser utilizada como prova em tribunal (Gomes, 2014).

No início deste percurso, foi sentida a necessidade de conhecer o "estado de arte" da temática em estudo, tendo por base a evidência científica produzida mais recente. Neste

sentido, foi elaborada uma revisão *scoping* com o objetivo de dar resposta à questão de investigação: Quais são as intervenções do Enfermeiro Especialista na colheita e preservação de vestígios forenses no contexto de emergência? Para a elaboração desta revisão *scoping*, foi utilizada a metodologia proposta por Arksey e O'Malley (2005). Foram consultadas as bases de dados da plataforma *EBSCOhost* e a base de dados *PubMed*, onde foram encontrados um total de 192 artigos, sendo que 10 destes responderam aos critérios de inclusão.

A análise dos resultados obtidos foi organizada em seis categorias, nomeadamente: recomendações gerais, roupas, colheita de espécimes, colheita de objetos, registo dos factos e cuidados pós-morte.

Em termos de recomendações gerais Eisert et al. (2010) referem que a vítima deve ser totalmente despida, em primeira instância para se observar todo o corpo de forma exímia e permitindo que as provas sejam imediatamente colhidas.

Nenhum dos pertences que se encontre com a vítima devem ser entregues à família (Briggs et al., 2009; Eisert et al. 2010).

O uso de luvas e outros equipamentos de proteção individual (EPI) é recomendado e as luvas devem ser trocadas com frequência com o intuito de evitar a contaminação cruzada (Eisert et al. (2010), McGillivray (2005), Easter, C. et al. (1995), Briggs et al. (2009). Peel (2016), refere também a importância do uso de EPI, mas não evidência benefício na troca regular das luvas.

Quando é realizada a punção venosa para colheita de sangue, antes da administração de terapêutica, soluções salinas ou hemoderivados (uma vez que estes adulteram resultados), deve ser colhido sangue para um tubo de bioquímica, um de hemograma e um de coagulação extra como forma de prova e devidamente identificados (Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014).

Na escolha do local de punção, devem ser evitadas ao máximo as mãos, uma vez que no caso de a vítima ter estado envolvida num tiroteio, este é um local onde existem provas forenses, nomeadamente resíduos de pólvora (Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016).

Preferencialmente, para realizar a desinfeção da pele, deve recorrer-se ao uso de iodopovidona e evitar as soluções alcoólicas por adulterarem resultados analíticos, nomeadamente no caso de contraprovas de alcoolémia (Eisert et al., 2010).

As mãos da vítima não devem ser lavadas (Briggs et al., 2009).

Os estudos mais recentes, preconizam a existência de um kit pré-existente no serviço de urgência, para facilitar a ação dos enfermeiros na colheita e preservação de vestígios

forenses aquando da receção de uma pessoa vítima de violência (Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Briggs et al., 2009; Peel, 2016).

Este kit deve conter sacos de papel para a colheita dos espécimes, copos de plástico esterilizados, máquina fotográfica, fita adesiva, zaragatoas esterilizadas, marcador permanente, fita adesiva, pequenas ampolas de água esterilizada, pinças com ponta de borracha, saco vermelho de risco biológico e *check list* da cadeia de custódia (Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Briggs et al., 2009).

Dos 10 documentos incluídos nesta *scoping*, 9 enfatizam a importância de se fazer cumprir todos os passos da cadeia de custódia (Taylor, 2002; Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Aiken & Speck, 1996; Peel, 2016; Snow & Bozeman, 2010; McGillivray, 2005; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997).

Os enfermeiros que exercem as suas funções nos serviços de urgência, são os profissionais com maior probabilidade de entregar as provas à polícia. Estes devem proceder à colocação da sua identificação e número mecanográfico, a data e a hora da recolha juntamente com a descrição dos itens recolhidos. Devem estar documentadas todas as pessoas por quem as provas vão passando até chegarem aos meios legais (Taylor, 2002; Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Aiken & Speck, 1996; Peel, 2016; Snow & Bozeman, 2010; McGillivray, 2005; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997).

A roupa da vítima deve ser removida cuidadosamente para que nenhum vestígio seja desperdiçado. Se houver necessidade de a cortar, para ser retirada da vítima, devem ser evitados os cortes pela região onde estejam presentes orifícios ou manchas de sangue (Easter et al., 1995; Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016; Snow & Bozeman, 2010; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997). Ter sempre presente que a roupa deve ser retirada à vítima com consideração e respeito pela pessoa, é fundamental (Peel, 2016).

Após retirada a roupa, esta deve ser colocada em sacos de papel e não em sacos de plástico devido ao facto de existir maior probabilidade de existência de humidade que destrói as cadeias de ácido desoxirribonucleico (ADN) (Peel, 2016).

No caso da roupa se encontrar molhada, se possível, deve secar ao ar antes de ser colocada dentro dos sacos de papel (Easter et al., 1995; Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Aiken & Speck, 1996; McGillivray, 2005). Se a roupa estiver molhada e não for possível secar ao ar, deve colocar-se dentro do saco de papel e posteriormente dentro de um saco de plástico de risco biológico sem o fechar (Eisert et al., 2010).

As roupas após serem removidas não devem ser colocadas no chão. Se houver necessidade deste procedimento, devem ser colocados 2 lençóis limpos no chão, sobre os quais será colocada a roupa, até poder ser colocada dentro de sacos de papel.

Posteriormente, esses mesmos lençóis devem servir de prova e serem individualmente colocados dentro de sacos de papel (Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997).

De acordo com McGillivray (2005), os lençóis onde a vítima se encontra deitada, também devem no fim de todos os procedimentos de estabilização hemodinâmica, ser considerados como provas e colocados em sacos de papel.

O calçado deve ser colocado individualmente dentro de sacos de papel (Eisert et al., 2010).

Relativamente à colheita dos espécimes, os autores referem que cada espécime deve ser colocado em sacos de papel separados (com a identificação da vítima, do coletor da prova, a data, hora e local da colheita). Devem-se deixar secar todos os espécimes antes de colocar nos sacos de papel (Aiken & Speck, 1996; Eisert et. al., 2010; McGillivray, 2005; Easter et al., 1995).

Quando há necessidade de colheita de fluídos corporais, de exsudados circundantes às feridas ou de manchas presentes na pele, devem ser colhidas estas amostras com zaragatoas que devem ser deixadas a secar ao ar e posteriormente colocar dentro de envelope de papel (Easter et al., 1995; Foresman-Capuzzi, 2014; Johnson, 1997).

Para Eisert et al. (2010), Foresman-Capuzzi (2014) e Aiken & Speck (1996), as zaragatoas utilizadas para a colheita de espécimes, têm que ser esterilizadas. Os autores Briggs et al. (2009) referem que além de a zaragatoa ser esterilizada, deve ser humedecida em água esterilizada (devem evitar-se as soluções salinas uma vez que destroem o ADN).

Segundo Taylor (2002), o enfermeiro deve avaliar e tratar as feridas sem comprometer os espécimes forenses.

Se no pré-hospitalar, ou se a própria vítima tiver realizado algum tipo de tratamento a uma ferida, os apósitos colocados nas feridas também devem ser colhidos como provas forenses (Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016; Briggs et al., 2009).

Relativamente às balas, estas devem ser manuseadas o mínimo possível para que as marcas deixadas pela arma, não sejam adulteradas. Quando removidas do corpo da vítima, deve ser usada uma pinça com ponta de borracha ou luvas e serem colocadas dentro de uma caixa ou de um saco com fecho (Easter et al., 1995; Johnson, 1997).

Eisert et al. (2010), Foresman-Capuzzi (2014), Peel (2016) e Briggs et al. (2009) mantêm a ideia dos autores supra citados, mas afirmam que as balas devem ser armazenadas em copo de plástico (ex. copo de amostra de urina) e envolvida em compressas esterilizadas. No caso de a bala se encontrar molhada, deve ser deixada secar ao ar livre.

Relativamente ao manuseamento de armas (fogo/arma branca), este deve ser realizado com a maior precaução possível por parte do enfermeiro e colocadas dentro de caixas e entregues à polícia o mais breve possível (Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016).

Quando a vítima traz consigo qualquer tipo de dispositivo eletrónico, estes devem ser manuseados o menos possível e não devem ser desligados (Peel, 2016).

Em sala de emergência, a vítima encontra-se vulnerável e, portanto, o enfermeiro deve estar atento à aparência, comportamento e tudo o que é verbalizado pela mesma, fazendo devidamente o registo por escrito (Easter et. al., 1995; Eisert et. al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014).

Briggs et al. (2009) confirmam a afirmação supracitada, mas referem que devemos também registar as informações fornecidas por parte da família ou de elementos de referência para a pessoa.

Todas as marcas e feridas corporais devem ser documentadas e devidamente descritas quanto à sua localização e características, com recurso à utilização de diagramas corporais e fotografias (com consentimento da pessoa) (Easter et al., 1995; Eisert et. al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Aiken & Speck, 1996; Peel, 2016; McGillivray, 2005; Johnson, 1997).

Torna-se também importante fazer referência ao historial clínico da pessoa, nomeadamente antecedentes pessoais ou hábitos de vida, pois podem ser importantes para a análise posterior do caso (Taylor, 2002).

É de salientar a necessidade de realizar o registo da presença de padrões de manchas de sangue ou impressões digitais no corpo da pessoa ou nas roupas recolhidas (Easter et al., 1995).

Todas as marcas corporais associadas à prestação de cuidados de saúde pelos profissionais, devem ser documentadas (Easter et al., 1995; Eisert et al., 2010; Peel, 2016).

Todas as provas recolhidas devem ser devidamente identificadas (nome e número institucional de quem colheu, data e hora da colheita, tipo de prova, local de colheita, identificação da vítima e de quem recebeu os espécimes) (Easter et al., 1995; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997).

Todos os registos devem ser realizados de forma isenta de julgamentos. Não devem fazer-se suposições nem usar termos forenses como “porta de entrada” ou “porta de saída” na descrição de feridas (Taylor, 2002; Eisert et al., 2010; Foresman-Capuzzi, 2014; Peel, 2016; Briggs et al., 2009; Johnson, 1997).

Quando o desfecho da situação não é o desejado pelos profissionais de saúde, existem trâmites que devem ser cumpridos.

O corpo deve ser enviado para a morgue exatamente como estava no momento em que o médico declara o óbito, não devem, portanto, serem limpas quaisquer partes do corpo (Easter et al., 1995; Foresman-Capuzzi, 2014).

Quando são realizadas punções venosas sem sucesso, estas devem ser identificadas no corpo através de círculos, para não serem confundidas com lesões associadas à agressão (Eisert et al., 2010).

As mãos da vítima devem ser colocadas dentro de sacos de papel, presos com fita adesiva sem que este entre em contato com a pele da pessoa, especialmente se estivermos a abordar uma vítima envolvida num tiroteio (Easter et al., 1995; Foresman-Capuzzi, 2014; Snow & Bozeman, 2010; Briggs et al., 2009). Se estes sacos ficarem conspurcados, devem ser colocados novos sacos por cima dos anteriores (Briggs et al., 2009).

Todas as provas recolhidas devem ser enviadas para a morgue, devidamente identificadas juntamente com o corpo (Easter et al., 1995; Foresman-Capuzzi, 2014).

O corpo deve apenas ser visualizado pela família após terem sido recolhidos todos os espécimes e após ordem da polícia. Aquando da presença da família, devemos permanecer junto do corpo de forma a evitar qualquer adulteração do mesmo (Easter et al., 1995; Foresman-Capuzzi, 2014; Briggs et al., 2009).

1.3 MODELO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ADA ROGERS

Optámos pelo Modelo Conceptual de Ada Rogers como fio condutor no processo formativo, dada a sua abordagem centrada na vulnerabilidade, assente na premissa que a pessoa em situação crítica bem como a sua família se encontram vulneráveis, vítimas de violência por trauma. Este modelo alicerçado na prestação de cuidados holísticos, permite responder de forma integrada às necessidades da pessoa e da família.

A vulnerabilidade está comumente associada a pessoas frágeis, com maior propensão para adquirirem um problema de saúde ou de serem negligenciadas, necessitando então de maior proteção (Rogers, 1997).

Numa perspetiva histórica, vulnerabilidade com origem no latim "*vulnerabilis*" e cujo significado é estar ferido ou ter a probabilidade de ser ferido (Purdy, 2004).

A vulnerabilidade está diretamente ligada à percepção que o indivíduo tem sobre si e sobre o meio que o rodeia. Quanto mais a pessoa estiver segura das suas convicções, menos vulnerável se irá sentir, o que não significa que não esteja efetivamente vulnerável.

Outro fator que pode alterar a vulnerabilidade, é a pessoa estar inserida num meio que não o seu, como é exemplo o caso dos emigrantes que se vêm confrontados com a barreira linguística ou diferentes costumes (Rogers, 1997).

A vulnerabilidade pode depender de vários fatores, como a idade, o género, etnia, suporte social, capacidade económica, educação ou ocorrência de algum evento traumático que implique uma mudança na vida da pessoa. Alguns destes fatores de risco são modificáveis, uma vez que dependem da influência que o meio tem na pessoa, outros não estão dependentes de nenhuma escolha, acompanham a pessoa desde o nascimento. O conjunto de todos estes fatores de risco, culmina em dois grandes grupos: os recursos pessoais que a pessoa dispõe e os recursos que lhe são disponibilizados pelo meio em que se encontra inserida (Rogers, 1997).

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (2005) sugere que a vulnerabilidade humana seja considerada na aplicação e avanço do conhecimento científico, práticas médicas e tecnologias associadas.

Neste sentido, o enfermeiro deve ser dotado de capacidades para identificar quais as forças da pessoa e do meio ambiente e potenciá-las, assim como as fraquezas subjacentes para minimizá-las através de estratégias de *coping*, de modo a promover a saúde ou diminuir as consequências para a vida da pessoa em caso de doença. Para que tal seja realizado da melhor forma possível, o enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família, para que consiga adquirir o maior número de dados, e desta forma precisar melhor o seu grau de vulnerabilidade identificando as forças e fragilidades existentes, orientando assim para a capacitação e para o reforço dos recursos existentes.

Rogers (1997) estabelece a correlação entre o ambiente de suporte envolvente e os recursos pessoais existentes, construindo um triângulo equilátero que assenta em dois critérios major: o suporte do meio ambiente e os recursos pessoais, que determinarão um grau de vulnerabilidade, como se demonstra na figura seguinte:

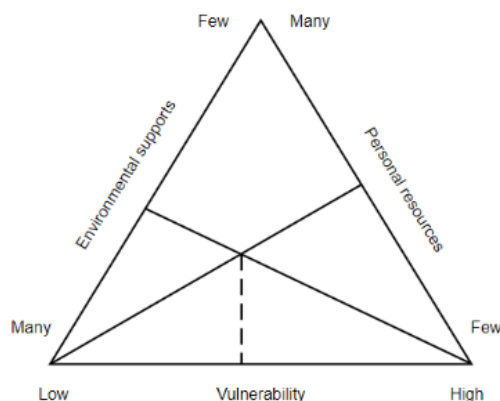


Fig. 1 – Modelo da Vulnerabilidade (Rogers, 1997).

Conforme a pessoa desenvolve os seus recursos pessoais e se insere num ambiente mais favorável, a vulnerabilidade diminui.

Estar vulnerável, traz sentimentos de *stress* e ansiedade que se podem traduzir em alterações fisiológicas no corpo da pessoa, podendo induzir um estado de doença ou agravar um previamente existente. Por outro lado, também tem impacto na saúde mental, na medida em que os sentimentos de desesperança ou de falta de controlo sobre a própria vida podem levar a situações de violência consigo próprio, contra outros, ou ao consumo e abuso de substâncias (Rogers, 1997).

Com base neste modelo conceptual, é inevitável negar a vulnerabilidade da pessoa e da família vítimas de agressão.

Copp (1986) sugere que quando as situações de vida saem do nosso controlo e se assumem como uma ameaça à saúde, a condição de vulnerabilidade emana-se.

Em primeira instância, deve ter-se em consideração que esta pessoa/família está a passar por um processo traumático no decorrer do seu ciclo de vida. A incerteza da vida ou da iminência de morte é um pensamento que se encontra presente na pessoa, causador de *stress*, dificultando a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde (Irurita, 1999).

Neste sentido, deve haver sempre uma contínua explicação à pessoa e à família sobre todos os processos que estejam a ser desenvolvidos. O profissional deve transmitir confiança e empatia e nunca realizar juízo de valor sobre a situação, de forma a ser o elo de ligação entre as pessoas e os cuidados de saúde prestados, e neste sentido reunir a maior informação possível sobre a pessoa e o seu meio envolvente (Gomes, 2014).

A amabilidade dos enfermeiros, a empatia e a segurança na prestação de cuidados, salienta-se como um aspeto relevante para a família, enquanto fonte de apoio emocional e facilitador do internamento no suporte social da PSC (Castro, 2016).

Nem sempre é fácil existir uma comunicação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa. Por isso, o enfermeiro deve usufruir do facto de ser na maioria das vezes o primeiro profissional a ter contacto com esta, estabelecendo um sentimento de segurança e confiança.

De forma a minimizar os sentimentos negativos e aumentar as estratégias de *coping*, pode-se questionar a pessoa se pretende a presença da família ou de uma pessoa significativa na sala de emergência, para que se sinta mais apoiado, tendo presente que esta se encontra numa situação traumática e fora do seu ambiente de conforto. Em conformidade com isto, deve também ser questionada a vontade da família em estar

presente na sala de emergência, havendo sempre uma elucidação da realidade que a família irá vivenciar e, caso se chegue a acordo de que é benéfico para ambas as partes, deve-se realizar e assim diminuir a vulnerabilidade de ambos.

Segundo as recomendações mais recentes, a presença da família em sala de emergência, torna-se importante na prevenção da síndrome de *burnout* da família e ainda determina a qualidade da reanimação por parte da mesma, trazendo-lhes um sentimento de segurança na equipa (Torke et. al., 2016).

Relativamente aos casos em que as situações culminam na morte da pessoa, a comunicação com a família deve ser realizada em ambiente seguro, com linguagem simples e concisa. Deve ser garantida a segurança da família no sentido em que se o transtorno for evidente, não se deve deixar a pessoa abandonar o serviço sem apoio necessário. O suporte familiar deve ser percebido e, se necessário, encaminhar para outro tipo de apoios permitindo que este processo seja realizado da forma mais benéfica e menos prejudicial para a família (Gomes, 2014).

Na maioria dos casos, a pessoa torna a regressar ao ambiente social onde está habitualmente inserida. Se por um lado é um ambiente que pode tornar a pessoa mais vulnerável pela recorrência de voltar a ser agredida, por outro lado este risco vai aumentar de forma exponencial se a pessoa voltar ao seu meio com algum tipo de incapacidade e não conseguir gerir as alterações a que o seu corpo foi sujeito. Assim, o enfermeiro deve atuar na prevenção e diretamente junto da comunidade onde a violência é mais recorrente e capacitar a sociedade dos riscos das agressões (Rogers, 1997).

Na admissão da PSC em contexto de emergência, é frequente que o enfermeiro acabe a priorizar as competências técnicas em detrimento das relacionais devido à necessidade emergente de estabilizar a PSC, levando os profissionais a não conferir a devida importância aos aspetos psicológicos e emocionais, do cuidar à pessoa.

Assim, é importante que o enfermeiro especialista seja detentor de conhecimentos e competências que lhe permitam reconhecer e preservar evidências forenses, de forma a permitir que se identifique o individuo causador do evento traumático e assim diminuir a vulnerabilidade da pessoa quando regressar à sua comunidade. O que muitas vezes pode não ser uma tarefa fácil, tendo em conta que o enfermeiro necessita gerir os cuidados à pessoa em situação crítica em sala de emergência, estabelecer uma comunicação eficaz e relação de ajuda, preservar e colher vestígios forenses (Gomes, 2014 p 10).

É importante ter perceção das necessidades da pessoa e família, implementar intervenções de enfermagem especializada de forma a criar estratégias adaptativas e assim reduzir o recurso aos serviços de saúde por situações de agressão (Wright & Leahey, 2013).

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se refletir sobre a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC adquiridas e desenvolvidas durante a frequência dos estágios. Os contextos clínicos selecionados foram: uma UCIP, uma UCI Específica e emergência Extra-hospitalar, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Com a carga horária total de carácter presencial de 360 horas, decorrido entre 16 de setembro de 2024 e 29 de janeiro de 2025, no âmbito da UC estágio e relatório.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o *"enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem"* (p. 4744).

Cada vez mais o profissional de enfermagem sente necessidade de especialização e diferenciação na arte de enfermagem, devido à evolução científica permanente associada aos cuidados de saúde.

A frequência neste curso de Mestrado em Enfermagem, irá conferir não só o título de EE, como também o grau académico de mestre através do cumprimento dos Descritores de Dublin, presentes no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que regula o regime jurídico dos graus académicos no ensino superior e onde declara que o mestrando deve:

"a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) 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;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;

e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p. 2246).

O conceito de competência está ligado à capacidade intrínseca que um indivíduo possui, de mobilizar os seus recursos cognitivos quando necessita de enfrentar qualquer tipo de situação (Perrenoud, 2000).

Ao falarmos de competências em enfermagem, não podíamos deixar de referenciar o modelo de aquisição de competências dos profissionais de enfermagem – de iniciado a perito de Patricia Benner.

Patrícia Benner defende que a prestação de cuidados à pessoa é um desafio na medida em que exige do profissional uma capacidade elevada ao nível intelectual e emocional, uma vez que lhe é exigido ser capaz de responder rápida e eficazmente a questões que ameaçam a vida da pessoa e onde existe uma margem mínima para o erro (Benner, 1982).

No seu modelo “a teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria”, sendo que, o desenvolvimento de competências está intimamente ligado à experiência profissional, experiência académica e reflexão sistematizada. Assim, trouxe para a ciência da enfermagem 5 níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: 1 – Iniciado, 2 – Iniciado Avançado, 3 – Competente, 4 – Proficiente e 5 – Perito. Este último conceito é atingido quando o enfermeiro domina a sua prática clínica, considera, em cada caso uma série de diagnósticos e soluções alternativas e vê a pessoa em todas as suas dimensões. Tudo isto é possível quando um domínio da prática clínica, com base em evidência, tendo uma visão ampla da situação e ser capaz de antecipar o inesperado (Benner, 1982).

A autora defende que o Enfermeiro Perito é aquele que é capaz de ver a pessoa de uma forma holística, que através da prática clínica melhora a sua prestação de cuidados, que baseia a sua prática na evidência e que interliga as questões éticas, legais e morais da profissão e do indivíduo de forma a aprimorar a prestação de cuidados à pessoa (Benner, 1982).

O enfermeiro é detentor de conhecimento relativo ao processo de enfermagem, de forma a conseguir dar uma resposta célere na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, deixando de o usar de uma forma linear, aplicando todas as fases em simultâneo. A pessoa é vista como um ser biopsicossocial e é importante ir ao encontro das suas necessidades. O enfermeiro perito, nas várias áreas específicas adquire conhecimentos e destreza que fortalecem o seu saber profissional (Brykczynski, 2002).

Esta definição interliga-se com o modelo conceptual de Ada Rogers anteriormente citado, onde a humanização dos cuidados e o envolvimento de todas as dimensões da pessoa, são importantes para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem.

Perante o exposto anteriormente, é expectável que um Enfermeiro Perito nesta área num ambiente de sala de emergência esteja habilitado não só a prestar cuidados à Pessoa em Situação Crítica, mas também a dar resposta a situações complexas em todas as dimensões da mesma e preocupar-se com questões forenses de forma eximia, que enfermeiros em níveis inferiores de desenvolvimento teriam mais dificuldades.

Especificamente no contexto de emergência, o enfermeiro é ainda responsável por prestar cuidados às vítimas de violência e/ou agressores e estar apto a lidar com o trauma físico, psicológico e social de cada caso. A isto, o enfermeiro deve aliar o conhecimento sobre os sistemas legais, recolha e preservação de provas e, ser desta forma, a ligação entre a legislação e as ciências da saúde.

Nesta procura de conhecimento com base na melhor evidência científica afim de evoluir para uma prática avançada, propusemo-nos desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC e do grau de mestre.

O capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos: o primeiro subcapítulo onde será realizada a descrição dos locais de estágio. No segundo subcapítulo será realizada a descrição das competências comuns do enfermeiro especialista presentes no Regulamento n.º 140/2019, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC descritas no Regulamento n.º 429/2018 e de que forma estas foram alcançadas durante o período de frequência deste mestrado e especialidade, em articulação com as competências instituídas nos descritores de Dublin para obtenção do grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006).

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Relativamente à UC estágio, decorrida durante o 2º semestre do 1º ano deste curso de Mestrado, foi concedida a creditação conforme o referido no 8º ponto do artigo 5º do Regulamento de Creditação de Formação e Competências da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM) (R.E.M.DE,29). Neste âmbito, foi realizado um portfólio de competências com base na experiência profissional e académica na área de enfermagem, vivida e devidamente comprovada, durante os últimos oito anos em contexto de SUP na área metropolitana de Lisboa.

No SU, as principais atividades desenvolvidas são a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e família nas áreas de:

- Na triagem de acordo com triagem de prioridades de Manchester estabelecendo o risco clínico de cada pessoa;
- Na sala de emergência, na prestação direta de cuidados à PSC;
- Ambulatório e serviço de observação, exercendo atividade em balcões de medicina e especialidades cirúrgicas nomeadamente a cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, urologia, cirurgia vascular, cardiologia, apoio à sala de pequena cirurgia, entre outros;
- Na realização de transportes inter-hospitalares afetos à PSC;
- Na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI);
- Na unidade de internamento médico-cirúrgico (UIMC), onde são assumidas responsabilidades de coordenação de turno;
- No gabinete de informação e atendimento, onde são prestadas as informações e apoios necessários à pessoa e respetiva família.

Com a frequência de todos os setores pertencentes ao SU, foi adquirida experiência profissional na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família, no contexto de urgência e emergência, nomeadamente situações de risco de vida iminente, com necessidade de cuidados diferenciados nas áreas de suporte avançado de vida (SAV), queimados, intoxicações, poli trauma, vias verdes acidente vascular cerebral (AVC), sépsis e coronária, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, transporte inter-hospitalar da PSC, entre outras.

Ao longo dos anos de permanência no SU, houve investimento na área da PSC e foram adequadas as presenças nas formações realizadas com base nas necessidades sentidas no serviço e da população que abrange este SU polivalente da área metropolitana de Lisboa.

2.1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade Local de Saúde (ULS), localizada na Área Metropolitana de Lisboa onde está integrada a unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), é considerada Centro de Referência Nacional para inúmeras áreas da medicina. A UCIP tem sido inovadora em áreas como a ventilação mecânica e infeção/sépsis e está envolvida em investigação clínica.

A equipa de enfermagem integra, a par com outra UCIP, a EEMI (Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar) desde 2022, sendo que em 2023 alargou a sua intervenção para a realização de transporte da PSC para extra-hospitalar, desde que dentro dos hospitais pertencentes à ULS (Coelho, et al., 2023).

Ao nível estrutural, a UCIP, denominada como Serviço de Medicina Intensiva (SMI), possui atualmente capacidade para 8 unidades de internamento nível III, em conformidade com a classificação da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e adotada pelo Ministério da Saúde (ACSS, 2024). Possui duas salas dotadas de quatro unidades cada, com capacidade para monitorização e ventilação, seringas e bombas infusoras, técnicas de substituição da função renal intermitente e contínua, rampa de aspiração, entre outros dispositivos inerentes ao cuidado da pessoa em situação crítica. Para que os enfermeiros possam estar em permanência nas unidades e facilitar a prestação dos cuidados de enfermagem à PSC, em cada sala existe uma bancada e um computador para cada unidade e respetivo material necessário. Todas as unidades estão conectadas a um sistema de telemetria visível na sala de enfermagem e na sala de médicos.

Na UCIP, existe ainda uma consulta de Follow-Up, baseada no seguimento da PSC após a alta, com o intuito de minimizar o Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Está preconizado que a PSC e família serão selecionados para a consulta três meses após alta da UCIP desde que tenham estado internadas por um período de tempo superior a 72 horas.

Nesta consulta são aplicadas algumas escalas e instrumentos para avaliação de memórias e experiências vividas durante o internamento em UCI (ambiente, sentimentos, sensações relativas aos dispositivos e procedimentos médicos e de enfermagem, privacidade, barreiras à comunicação, dor, sede, entre outros).

Das escalas e instrumentos aplicados para a avaliação relativa ao SPICI físico, são usadas a *Critical Frailty Score*, a Escala de Força Muscular da Medical Research, a *Council Scale*, a *ICU Mobility Scale* e *EuroQol 5D*, de forma a perceber o grau de dependência da pessoa para as suas atividades de vida diária e respetivas limitações físicas de acordo com a sua força muscular.

Relativamente ao SPICI psicológico, são aplicados instrumentos como a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e um questionário de Memórias UCI, com o objetivo de realizar uma avaliação da capacidade de adaptação da pessoa às suas novas limitações (quando presentes).

Esta é uma consulta importante, permitindo também efetuar marcação de consultas para outras especialidades, encaminhar a pessoa para recursos existentes na comunidade e melhorar a prestação de cuidados de futuras PSC, com base nas respostas da pessoa e respetiva família presente no *Follow-Up*.

De forma a dar resposta a toda a complexidade inerente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a UCIP dispõe de uma equipa interdisciplinar vasta e em constante comunicação, composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais em

constante permanência no serviço. Em horário útil dispõem de administrativos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, dietistas e outros profissionais que se encontram de apoio ao serviço.

A equipa de enfermagem é composta pelo enfermeiro gestor, uma enfermeira coordenadora e por um total de 30 enfermeiros distribuídos por 5 equipas com 6 elementos por equipa, em horário rotativo de 12,5 horas por turno, perfazendo um total de 35h por semana. Cada equipa possui 2 elementos de chefia de equipa (o chefe de equipa e o segundo elemento) responsáveis pela gestão da equipa e recursos no turno, e em ausência do enfermeiro gestor/coordenador gerem todo o serviço e questões burocráticas. Os restantes elementos da equipa asseguram a prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica, em que o rácio enfermeiro/pessoa é de 1 para 2.

Existe um total de 12 enfermeiros especialistas, 9 em enfermagem de reabilitação e 3 em EMC na área de enfermagem à PSC. De acordo com Regulamento n.º 743/2019, 50% dos enfermeiros pertencentes a uma UCI, deve ser detentor de especialidade em EMC, nomeadamente à PSC em permanência nas 24 horas.

Os enfermeiros do serviço estão integrados e são elementos de referência de alguns projetos de melhoria contínua dos padrões de qualidade como: Gestão do Risco, Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Sistemas de informação em Enfermagem, sendo que regularmente são realizadas auditorias clínicas para avaliação da implementação dos respetivos projetos. O serviço detém ainda um enfermeiro coordenador de EEMI e dois enfermeiros que integram a equipa de VMER do hospital.

Os registos de enfermagem são realizados através dos sistemas informático *PaTIENT.CARE da B-SIMPLE*, que tem a capacidade de migrar a informação em tempo real dos valores da monitorização hemodinâmica para o sistema informático respetivo. O processo clínico é individualizado e baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e alvo de auditoria, sendo um dos parâmetros de avaliação para o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) dos enfermeiros. O chefe de equipa é responsável por preencher nas manhãs uma escala de avaliação de trabalho de enfermagem *Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)*, permitindo justificar os rácios enfermeiro/pessoa.

Como objetivo geral para este contexto de estágio, pretendeu-se desenvolver competências de enfermagem especializadas à PSC e família em contexto de UCIP, se possível na prestação de cuidados à PSC vítima de agressão. Com o intuito de o atingir, foram definidos dois objetivos específicos:

1. Compreender a dinâmica, funcionamento, organização e respetivos protocolos implementados na UCIP;
2. Cuidar da PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, se possível na prestação de cuidados à PSC vítima de agressão.

2.1.2 Unidade de Cuidados Intensivos Específica

A ULS onde se encontra inserida esta UCI específica, é considerada como centro de referência para várias áreas da saúde na Região Metropolitana de Lisboa.

A Unidade de Cuidados Intensivos Específica, onde o estágio foi desenvolvido, no caso o centro de referência de ECMO, foi criado em 2023 para se dedicar exclusivamente a utentes com oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO).

O serviço oferece à PSC tratamento programado nomeadamente em casos como o transplante cardíaco e pulmonar, bem como em situação de emergência como é o caso da insuficiência respiratória aguda, insuficiência cardíaca aguda e paragem cardiorrespiratória (CHULC, 2019).

A escolha deste local de estágio prende-se com o facto de além de abordar a PSC com necessidade de tratamentos de suporte de órgão altamente complexos, possui uma sala de *extracorporeal cardiopulmonary resuscitation* (ECPR) em que recebem a pessoa diretamente da rua (não sabendo qual a causa de paragem cardiorrespiratória (PCR)). Tornando aliciante para a temática em estudo relativamente à colheita e preservação de evidências forenses, uma vez que a pessoa proveniente da rua, dá entrada na sala de ECPR, podendo a sua situação clínica estar associada a uma eventual prática de crime (até prova em contrário).

O serviço dispõe de uma sala com 2 unidades e outra com 3 unidades. Existem ainda 4 unidades isoladas destinadas à pessoa com necessidade de aplicação de medidas de isolamento para pressão negativa/positiva conforme o agente infeccioso. Assim, o serviço totaliza 9 unidades para PSC com necessidade de efetuar ECMO. Quando as vagas não estão preenchidas por esta tipologia de PSC, são ocupadas com PSC preferencialmente com patologia respiratória.

Todas estas unidades estão equipadas com monitor, ventilador, seringas e bombas infusoras e outros dispositivos inerentes às unidades de cuidados intensivos. Dispõem de bancadas de enfermagem, computador e material necessário para que o enfermeiro não necessite de se ausentar frequentemente de junto da PSC. Todos os monitores das unidades possuem um sistema de telemetria, em que é possível ter acesso aos sinais vitais, da PSC na sala de enfermagem e na sala dos médicos.

Existe ainda no serviço uma sala de ECPR onde é realizada a admissão da PSC em PCR diretamente da rua, tal como referido anteriormente, referenciada pela VMER. Dispõe de uma cama, de um circuito de ECMO permanentemente preparado, de um compressor automático externo, um monitor para monitorização hemodinâmica, um desfibrilhador e respetivo carro de emergência, um computador, um quadro com as indicações e tempos de atuação para canulação e armários detentores de todo o material necessário para a canulação da pessoa que vai ser submetida a ECMO. Alocados à sala de ECPR existem profissionais com funções pré-estabelecidas: um enfermeiro e um médico dedicados ao SAV, um médico e um profissional de apoio (médico ou enfermeiro), dedicados à canulação, também denominados perfusionistas, um enfermeiro responsável pelo equipamento e circuito extracorporal e um enfermeiro circulante responsável por fornecer o material necessário aos perfusionistas. Tendo em conta que a PSC para colocação em ECMO é proveniente da rua e cuja causa da PCR ainda não é conhecida, torna-se importante que a equipa seja detentora de conhecimento sobre a colheita e preservação de evidências que acompanhem a pessoa.

Durante o estágio, foi possível observar duas situações de ECPR e perceber que além de se tratar de equipas de alto rendimento a dar resposta à PSC, são profissionais detentores de conhecimento relativamente ao aprovisionamento de evidências e manutenção do corpo para autópsia.

A canulação da PSC para ECMO pode também ser realizada exteriormente ao centro de referência de ECMO, denominados Resgates. Os resgates são realizados após a monitorização contínua da PSC, num determinado espaço temporal, pelos intensivistas via telefónica, até a pessoa cumprir os critérios para canulação após já ter existido otimização dos cuidados e o ECMO ser o fim de linha de tratamento.

Os resgates são realizados por 2 médicos e 2 enfermeiros, que se deslocam com todo o material necessário, para canulação da PSC que vai iniciar ECMO, assegurando o seu transporte de retorno até ao centro de referência de ECMO, com a técnica em curso. Relativamente à equipa de enfermagem, está preconizado que deve ser constituído por um enfermeiro denominado "X" (que representa um enfermeiro sénior) e um enfermeiro "Y" (que representa um enfermeiro júnior) para que exista um crescimento apoiado e supervisionado. Os restantes enfermeiros com menor experiência profissional na abordagem à PSC são denominados "Z". É de notar que as atribuições dos diferentes níveis de diferenciação são da responsabilidade dos chefes de equipa e coordenação do serviço de acordo com o desempenho e desenvolvimento de competências de cada enfermeiro. Relacionando com a teoria de Benner de iniciado a perito, pode-se inferir que o enfermeiro "X" é considerado perito ou proficiente no cuidado à PSC sob ECMO e em transporte inter-hospitalar, e o enfermeiro "Y" encontra-se em estádios intermédios, embora competente

no cuidado à PSC sob ECMO e por fim o enfermeiro “Z” pode comparar-se com um enfermeiro iniciado.

Existe no hospital uma ambulância permanentemente disponível para o transporte da equipa e respetivo material. No caso de o resgate ter que ser realizado nas ilhas ou no Algarve, o transporte é assegurado através de um avião militar ou de um helicóptero.

Além das salas referidas anteriormente, existe ainda uma sala com material técnico e vários armários de armazenamento de material de apoio, uma sala de enfermagem e um gabinete destinado à enfermeira gestora do serviço, uma copa para os profissionais de saúde e existe uma sala, que neste momento se encontra em reestruturação, cujo objetivo é tornar-se num ginásio para a PSC em ECMO. Internamente, existem umas escadas que dão acesso a piso superior que dispõe de gabinetes médicos, salas de arrumos de material excedente e salas de formação.

Todas as unidades dispõem de um dispositivo localizado no teto que avalia o ruído sonoro, com o objetivo de elucidar os profissionais de saúde quando a sua prática estiver a comprometer o sono e repouso da PSC.

O facto do serviço ser altamente exigente e dinâmico, para dar uma resposta mais célere à PSC, este possui uma equipa interdisciplinar vasta e em constante permanência no serviço. Em horário útil dispõem de administrativos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, dietistas e outros profissionais que possam estar de apoio ao serviço.

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira gestora, 2 enfermeiras de apoio à gestão e 54 enfermeiros distribuídos equitativamente por 5 equipas, em horário rotativo de 35h semanais composto por manhãs, tardes e noites. Cada equipa possui 1 chefe de equipa e 2º e 3º elemento que durante o turno não se dedicam à prestação direta de cuidados, ficando de apoio à restante equipa e de prevenção à sala de ECPR. O chefe de equipa é responsável pela distribuição da equipa pelas pessoas internadas no serviço, pela gestão de recursos humanos e materiais, e na ausência da enfermeira gestora, gere todo o serviço e questões burocráticas. Os restantes elementos que contemplam a equipa, asseguram a prestação direta de cuidados à PSC, em que o rácio enfermeiro/pessoa é de 1 para 1 no caso da pessoa em ECMO e de 1 para 2 nas restantes pessoas.

No serviço existem 12 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e 7 enfermeiros especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC.

Os registos de enfermagem são realizados através dos sistemas informáticos *PaTIENT.CARE* da *B-SIMPLE*, que tem a capacidade de migrar a informação em tempo real dos valores da monitorização da pessoa em situação crítica. O processo clínico é individualizado e especializado para cada pessoa e é baseado na CIPE.

Como objetivo geral para este contexto de estágio, pretendeu-se desenvolver competências de enfermagem especializadas à PSC e família em contexto do centro de referência de ECMO, se possível, com enfoque na temática da pessoa vítima de agressão. Com o intuito de o atingir, foram definidos dois objetivos específicos:

1. Compreender a dinâmica, funcionamento, organização e respetivos protocolos implementados na UCI específica;
2. Cuidar da PSC e família, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, se possível à PSC vítima de agressão, assim como na colheita e preservação de evidências forenses

2.1.3 Viatura Médica de Emergência e Reanimação

As VMER são serviço integrados nos SUG, respondendo diretamente ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no que concerne à ativação e decisão de encaminhamento das pessoas.

Trata-se de um meio de intervenção pertencente ao pré-hospitalar que tem como objetivo o transporte rápido de um médico e de um enfermeiro diretamente ao local onde se encontra a PSC. Esta viatura e respetiva equipa estão dotados de equipamento necessário para SAV e tem capacidade para dar resposta em situações de emergência como situações médicas, de trauma, obstétrica, multivítimas, entra outras, desde a idade pediátrica à idade adulta (SNS, 2017).

Esta funciona como uma extensão dos SUG à população, integrando as vias verde de AVC, coronária, sépsis, trauma e encaminhamento da pessoa com paragem cardiorrespiratória refratária para centros de ECMO (SNS, 2017).

A VMER onde foi realizado o estágio, está inserida num SU de um hospital pertencente à Área Metropolitana de Lisboa e teve em 2022 um total de 3179 ativações o que equivale a uma média de 8,7 ativações diárias.

Este contexto de estágio foi escolhido no sentido em que, além de ser uma das valências da abordagem à PSC, muitas vezes são estas equipas que chegam primeiro a cenários com indícios de crime e violência. Além disso, é de salientar que as vítimas do pré-hospitalar se encontram frequentemente expostas e em maior situação de vulnerabilidade.

Relativamente à equipa que a constitui, esta VMER integra um total de 16 enfermeiros, dos quais 9 destes são especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC.

Segundo a ordem dos enfermeiros (OE) e de acordo com Regulamento N.º743/2019, os enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar devem ter competência em EMC, de preferência na área da PSC, ou ser detentor de competência acrescida em emergência extra-hospitalar.

Como objetivo geral para este contexto de estágio, pretendeu-se desenvolver competências de enfermagem especializadas à PSC e família em contexto de pré-hospitalar. Com o intuito de o atingir, foram definidos dois objetivos específicos:

1. Compreender a dinâmica, funcionamento, organização e respetivos protocolos implementados na VMER, inclusive referentes à colheita e preservação de evidências forenses;
2. Cuidar da PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a complexidade da prestação de cuidados inerente ao pré-hospitalar.

2.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo a OE os enfermeiros especialistas, além das competências específicas inerentes a cada área de especialidade, devem ser detentores de um conjunto de competências denominadas de Competências Comuns definindo-as como: *"são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;"* (Regulamento N.º140/2019, p. 4745)

De acordo com o mesmo regulamento estas competências estão integradas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

(Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4746)

A temática em estudo do presente relatório prende-se exatamente com uma questão sensível inerente aos direitos humanos. A pessoa tem direito à defesa legal dos atos que possam colocar em risco a sua vida ou a qualidade da mesma. Neste sentido, foi importante proceder à abordagem desta temática cada vez mais recorrente na área de enfermagem à PSC.

Nesta área a garantia plena da segurança, privacidade e a dignidade da pessoa, podem estar comprometidas pelas condições físicas e de recursos humanos dos serviços. Nomeadamente nos SUG, em que o ambiente hostil/tecnológico é uma realidade, torna-se crucial a existência de um enfermeiro especialista para que se perpetue a excelência dos cuidados e da preservação dos direitos humanos da PSC, família e comunidade.

No desenvolvimento desta competência foi fundamental os conteúdos lecionados na UC de Ética e Deontologia, em que foi potenciado o pensamento crítico e capacitação da importância da manutenção e promoção dos direitos humanos, na prestação de cuidados holísticos inerentes à PSC.

Foi possível, durante o estágio na UCI polivalente, na UCI Específica e na VMER, perceber a possibilidade da manutenção dos direitos humanos durante a prestação de cuidados à PSC em iminência de falência orgânica, e permitindo que a pessoa receba um cuidado holístico e especializado.

Nos contextos das UCI, a manutenção da privacidade através das cortinas, o constante fornecimento de informação à PSC e respetiva família relativo à prestação de cuidados prestados no momento, o diálogo sobre preferências e particularidades inerentes a cada pessoa, eram uma preocupação dos elementos de enfermagem.

Na VMER, em que muitas vezes os contextos da prestação de cuidados são realizados em plena via pública, em que por si só existe uma exposição e vulnerabilidade da pessoa, os enfermeiros peritos e especialistas mantiveram a sua preocupação e tentaram, sempre que possível, encontrar estratégias para contornar estas questões. Desta forma, pensa-se que a influência e gestão das equipas pelos enfermeiros especialistas faça a diferença na manutenção da humanização dos cuidados em enfermagem.

Relativamente à transmissão da informação clínica da PSC, houve uma situação no contexto de UCI Específica, em que a pessoa estava conectada a ECMO por infeção respiratória grave, e a seu pedido, não foi contactado nenhum familiar nem dado conhecimento da informação clínica da pessoa. Foram algumas vezes presenciadas chamadas telefónicas da pessoa com a família em que era dito à mesma que se encontrava em casa ou a trabalhar e que estaria tudo bem. Embora tenha sido uma questão sobre a qual houve necessidade de uma introspeção, efetivamente o Artigo 106.º do Código

Deontológico do Enfermeiro contempla "*b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*" (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8079), pelo que se a pessoa não quiser integrar a família no seu plano terapêutico, o profissional de saúde deve respeitar a sua decisão.

Relativamente ao consentimento informado tantas vezes aplicado à PSC e família, que de acordo com a Norma da DGS nº015/2013 se destina a autorizar, com base em informação clara e isenta de juízos de valor, atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação, notou-se que foi considerado como condição "*sine qua non*" nos serviços onde foram realizados o estágio. Em alguns casos, em que não existe um tutor legal presente e a pessoa não se encontra dentro das suas capacidades de juízo crítico, nomeadamente nos locais como a sala de ECPR, as salas de emergência, a VMER ou qualquer agravamento clínico súbito, e há necessidade de intervenção *life saving*, a norma supracitada refere que existe consentimento presumido.

O consentimento presumido torna-se importante "*nos casos em que a pessoa carece de capacidade para consentir ou está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso.*" (Norma da DGS nº015/2013, p. 4), podendo, portanto, assumir que "*Há consentimento presumido quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico, terapêutico ou de investigação é pratica.*" (Norma da DGS nº015/2013, p. 5).

No contexto de urgência, em que existe um gabinete de informações, onde são recebidos contatos telefónicos com pedidos de informação, também está preconizado que a informação seja fornecida exclusivamente de forma presencial, por não se saber a quem efetivamente estamos a dar informações clínicas.

Importa também referir que todo o presente relatório cumpre a definição de sigilo profissional, deixando no anonimato todas as instituições, profissionais de saúde que nelas exercem funções, todas as PSC e respetivas famílias, tal como preconizado pelo Regulamento n.º 338/2017.

Nesta competência pretendemos incluir também a competência de mestre que se refere à "*c) 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;*" (Decreto-Lei nº74/2006, p. 2246).

Em suma, consideram-se desenvolvidas as competências especializadas relacionadas ao domínio da responsabilidade profissional ética e legal, assim como as de mestre em enfermagem.

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

(Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4747-4748)

É importante que o enfermeiro especialista desenvolva um conjunto de estratégias para o seu desenvolvimento profissional e dos seus pares, com base na revisão da literatura científica, com o intuito de aplicar práticas baseadas na evidência permitindo manter um conhecimento atualizado valorizando a enfermagem e o contributo das intervenções de enfermagem para obter melhores resultados para a pessoa e permitir uma prestação de cuidados segura (Amaral, 2012 p. 19-36).

Concomitantemente, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013), a realização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem deve assentar em oito passos: 1 – Identificar e descrever o problema; 2 – Perceber o problema e dimensioná-lo; 3 – Formular objetivos iniciais; 4 – Perceber as causas; 5 – Planear e executar as tarefas/atividades; 6 – Verificar os resultados; 7 – Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; 8 – Reconhecer e partilhar o sucesso.

Neste sentido e com base num dos objetivos de estágio propostos, no contexto da UCIP, foi realizado um levantamento das necessidades de formação da equipa e em conversa com o enfermeiro orientador foi escolhida uma temática. O tema abordado foi os cuidados de enfermagem na monitorização da pressão intra-abdominal: da teoria à prática. Foi planeada uma formação em serviço (Apêndice I) e posteriormente realizada (Apêndice II) e respetiva avaliação da mesma junto dos pares. A apresentação foi realizada presencialmente, em dois momentos distintos entre a passagem de turno da noite para a manhã, e desta forma foi possível que 90% dos enfermeiros assistissem à formação. O *feedback* foi positivo tanto na relevância e pertinência da temática, como da apresentação. A pedido dos enfermeiros presentes nas 2 sessões de formação, foi elaborado um guia prático de consulta rápida relativamente ao material necessário para a técnica e indicações básicas para a realização do procedimento (Apêndice III).

Na UC de prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, foi-nos proposto a elaboração de um projeto com base numa necessidade existente no serviço onde exercemos funções. A temática escolhida foi a prevenção e controlo de infeções associadas à colocação e manutenção do cateter venoso periférico. Posteriormente, e em conversa com o enfermeiro gestor do SUG onde exercemos funções e mediante apresentação ao mesmo do plano de sessão (Apêndice IV), dinamizou-se uma formação em serviço (Apêndice V), onde seriam apresentados os resultados da análise de dados elaborada relativa à prevalência da colocação de cateteres venosos periféricos e respetivas indicações. Posteriormente, os resultados foram apresentados à equipa de enfermagem com o objetivo de evidenciar os riscos associados à colocação do cateter e aos cuidados associados à técnica e ao dispositivo, com vista à sensibilização para a melhoria dos cuidados prestados por parte da equipa de enfermagem do SUG. Foram dinamizadas 4 ações de formação, com a participação de 100% da equipa de enfermagem, em que o *feedback* foi positivo tanto na relevância e pertinência da temática, como da apresentação dos conteúdos programáticos.

Ainda no SUG, foi criado um grupo de trabalho, no qual fomos incluídas, assente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC. Nomeadamente sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados segundo a metodologia ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) de acordo com a Norma da DGS nº001/2017 de 08/02/2017. Esta tem por base a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Este grupo é constituído exclusivamente por enfermeiros especialistas e enfermeiros em contexto académico de mestrado.

Na UCIP os enfermeiros especialistas integram grupos de trabalho de melhoria continua da qualidade, nomeadamente a consulta de *follow up*, tendo sido possível assistir e perceber a diferença que o enfermeiro especialista faz na melhoria continua não só dos cuidados em contexto da PSC, mas também junto da família e comunidade.

Em ambas as UCI em que foram realizados os estágios, eram aplicadas 2 escalas em todos os turnos: Escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e Escala de coma de *Glasgow*. Gostaríamos de enfatizar a escala de RASS (Anexo I) dada a sua importância no conforto e prognóstico da PSC. Avalia com minúcia o nível de agitação e ansiedade da PSC e é uma das escalas mais utilizadas e fiáveis para a avaliação da qualidade e profundidade da sedação. A gestão da sedação e analgesia é cada vez mais valorizada uma vez que está diretamente relacionada com o *outcome* da PSC, existindo uma proporcionalidade direta entre PSC submetida a sedação profunda e o aumento do tempo de ventilação mecânica, do internamento e consequentemente aumento da mortalidade (Santos et al., 2023).

Relativamente a esta competência, é importante incluir a competência de mestre que lhe está diretamente associada *"b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;"* (Decreto-Lei nº74/2006, p. 2246).

Desta forma, consideram-se atingidas as competências relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade e de grau de mestre em enfermagem.

C- Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde.

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

(Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4747-4748)

A tomada de decisão do enfermeiro especialista é baseada na sua experiência profissional, tendo por base os resultados da investigação na sua área clínica. Sabe-se que *"guias orientadoras de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros"* (OE, 2001, p.18).

Assim, *"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados"* (OE, 2017, p.8).

Neste sentido, os enfermeiros orientadores de estágio além de enfermeiros especialistas desempenhavam funções de gestão nos serviços como chefes de equipa, permitindo aprofundar e adquirir conhecimentos relativamente às funções do enfermeiro especialista ao nível da gestão nos diversos contextos.

Na UCIP, o enfermeiro orientador desempenhava funções de chefe de equipa, tendo que gerir (na ausência do enfermeiro gestor), todo o serviço desde os recursos humanos, de materiais, de terapêutica e de vagas. Neste sentido, o enfermeiro orientador nesses turnos não assumia a prestação direta de cuidados dedicando-se a funções inerentes à gestão. A passagem de turno na manhã era realizada por todos os elementos da equipa de enfermagem à cabeceira da pessoa, para que todos tivessem conhecimento da situação clínica de cada pessoa. Posteriormente, a passagem de turno era realizada entre o enfermeiro chefe de equipa da noite e o enfermeiro chefe de equipa da manhã e a equipa

de coordenação do serviço (nos dias de semana). Durante o restante turno, o enfermeiro orientado circulava pelas unidades das pessoas e questionava os colegas sobre necessidade de apoio. Sempre que existisse algum procedimento ou realização de exame complementar de diagnóstico, de urgência, o enfermeiro orientador apoiava os colegas na gestão dos cuidados à pessoa.

Na UCI específica, o enfermeiro orientador era segundo elemento da gestão de uma das equipas constituintes do serviço. A passagem de turno era realizada entre os chefes de equipa e na presença de segundos e terceiros elementos e, em manhãs de semana, também com os enfermeiros da coordenação do serviço. Nesta passagem de informação são discutidos aspetos inerentes à gestão e melhoria dos cuidados, onde são frequentemente colocadas questões e adaptados recursos. Após a passagem da informação, os elementos chefes de equipa dirigem-se a todas as unidades para conhecer cada uma das pessoas internadas, verificar se existe alguma necessidade por parte das mesmas e durante todo o turno procuram apoiar os restantes elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados à PSC, sendo um elemento de referência e apoio para toda a equipa.

Isto é possível neste serviço, uma vez que, tal como mencionado na descrição do contexto no capítulo anterior, o segundo e terceiro elementos se encontram exanumerário para a possibilidade de existência de uma ativação da sala de emergência e ECPR. Não se constatando essa eventualidade, esses elementos procuram ser o suporte e promover a aprendizagem dos restantes elementos da equipa, atuando em situações emergentes ou quando existe um declínio clínico inesperado da PSC.

No SUG, onde desempenhamos a nossa atividade profissional também exercemos funções como chefe de turno na UIMC (Unidade de Internamento Médico-Cirúrgica). Este internamento encontra-se afeto á urgência, onde as PSC com necessidade de internamento, aguardam transferência para as enfermarias. Aqui, é realizada uma gestão de recursos humanos na medida em que as PSC com maior instabilidade hemodinâmica são atribuídas aos elementos mais diferenciados. Existe o cuidado de uma gestão ao nível da priorização de procedimentos, orientando os enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde neste sentido, tendo em conta as imprevisibilidades que vão acontecendo durante os turnos. Existe a responsabilidade de supervisão relativamente à falta de terapêutica ou alterações das mesmas, com necessidade de pedido em tempo útil à farmácia hospitalar. É ainda função do enfermeiro responsável, ser detentor de conhecimento de tudo o que se passa no serviço e ser o elo de ligação com o chefe de equipa da urgência, dando-lhe constantemente informações sobre entradas e transferências para outros serviços.

Neste domínio de competência, incluímos também a competência de mestre relativa ao *"b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de*

resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;" (Decreto-Lei nº74/2006, p. 2246).

Assim, tendo em conta o percurso desenvolvido, foi possível considerar desenvolvida esta competência comum de especialista e de mestre em enfermagem.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

(Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4749-4750)

A aquisição desta última competência comum está envolta na experiência profissional adquirida ao longo destes praticamente oito anos em SUG, salientando-se a experiência em triagem de manchester e sala de emergência aliado à procura constante da melhor evidência científica, para a prática dos cuidados, tendo adquirido ao longo deste tempo as ferramentas necessárias para o conhecimento do "eu" e dos seus limites.

Torna-se importante referir que *"a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros"* (OE, 2001, p. 12). Assim, e na sequência da ação de formação realizada no SUG relativa à prevenção e controlo de infeções associadas ao cateter venoso periférico, foi realizada uma norma de procedimento para o serviço, que se encontra a aguardar o parecer por parte do conselho de administração (Apêndice VI).

Com o objetivo de melhorar a prática clínica com base numa necessidade detetada no SUG, foi realizada uma revisão *scoping* "Intervenções de Enfermagem Especializadas na Colheita e Preservação de Evidências Forenses no contexto de Emergência" (Apêndice VII). Esta *Scoping Review* foi submetida ao *Journal of Advanced Nursing* e aguarda parecer editorial. Atualmente, foi proposto ao enfermeiro chefe, este ser um dos temas a incluir no próximo programa do curso lecionado no SUG para enfermeiros recém-admitidos, cujo parecer foi positivo.

Como referido anteriormente, foram realizadas duas ações de formação na UCIP com o objetivo de fomentar a melhoria contínua da prestação de cuidados dos enfermeiros do serviço, onde o tema abordado foi "Os cuidados de enfermagem na monitorização da pressão intra-abdominal: da teoria à prática" (Apêndice II). Foi também elaborado um guia

prática de consulta rápida relativamente ao material necessário para a técnica e indicações básicas para a realização do procedimento (Apêndice III).

Durante o processo formativo, completámos o autoconhecimento através do estudo diário, assim como frequentamos diferentes eventos científicos, como:

1. Participação no curso MRMI (Medical Response to Major Incidents) (Anexo II)
2. Frequência de Microcredencial – Abordagem Inicial ao Doente Crítico (Anexo III)
3. Participação nas 1^{as} Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal (Anexo IV), com apresentação de um póster em conjunto com duas colegas intitulado Intervenções de Enfermagem na comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica (Apêndice VIII). Este póster foi o produto de uma revisão *scoping* elaborada durante a UC de investigação.

É importante referir que como estudante de enfermagem de especialidade e mestrado, houve plena consciência das limitações inerentes a esse papel, pelo que se pretendeu aprender o máximo possível, com humildade e reconhecendo a experiência já adquirida na prestação de cuidados à PSC. Com todos os enfermeiros orientadores houve espaço para que existisse partilha de ideias e conhecimentos de forma bilateral, o que motivou bastante as possibilidades de aprendizagem pela partilha de experiências.

Aqui, incluímos a competência de mestre que se refere às *"e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."* (Decreto-Lei nº74/2006, p. 2246).

Perante o exposto, acredita-se que a aquisição e o desenvolvimento deste domínio das competências comuns do enfermeiro especialista e de mestre, foi adquirido não só através da experiência profissional previamente existente, como pelas participações e formações realizadas, e fundamentalmente pela presença em estágio com enfermeiros especialistas.

2.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PSC E MESTRE EM ENFERMAGEM

A área de especialização em Enfermagem à PSC, tal como descrito, tem como objeto de foco os cuidados à PSC.

De acordo com o Regulamento nº429/2018 a PSC *"é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica."* (p. 19362). Neste sentido, os locais de estágio foram escolhidos de forma a conseguirmos fazer um seguimento sequencial da PSC, desde o pré-hospitalar, à entrada no serviço de urgência onde exercemos a nossa atividade profissional e posteriormente culminando numa UCIP e numa UCI específica.

As competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, assenta em três descritivos: "1 – *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*", "2 – *Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*" e por fim "3 – *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*" (Regulamento nº429/2018 p. 19363-19364) e serão devidamente justificadas pela experiência profissional e pela frequência dos locais de estágio.

É importante referir o referencial teórico de suporte ao desenvolvimento e aquisição destas competências, como o Regulamento n.º 361/2015 da OE referente ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. No presente regulamento, é dada ênfase à importância dos enfermeiros especialistas em enfermagem na área da PSC e família na prestação segura dos cuidados.

Relativamente às competências de mestre, consideramos duas que se aplicam de forma transversal a todas as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à PSC que são: "b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; (...) d) Ser capazes 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 nº74/2006, p. 2246).

1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. (Regulamento n.º429/2018, 2018, p.19363)

A prestação de cuidados à PSC com risco de vida requer dos enfermeiros especialistas conhecimentos técnicos e científicos, gestão de stress e de preocupação com a pessoa como um ser holístico. Estas características utilizadas em simultâneo só são possíveis quando o profissional se encontra num nível avançado de desenvolvimento, de forma a dar resposta a todas as questões da PSC (Benner, 2001).

Neste sentido, a procura constante pela excelência na prestação de cuidados é um objetivo importante por parte dos enfermeiros. Com o objetivo de padronizar a atuação em reanimação, consideramos que a frequência do curso de SAV, é uma das formações importantes no contexto da PSC, tendo sido realizado pela última vez em novembro de 2022 (Anexo V).

O acolhimento inicial às famílias na UCIP era realizado em conjunto com a equipa médica, com objetivo de fornecer todas as informações relativas ao estado de saúde da

pessoa, assim como as normas de funcionamento da unidade, e ao mesmo tempo, recolher a história e as particularidades da pessoa, a fim de personalizar e especializar os cuidados prestados. Durante o restante internamento, as visitas eram realizadas mediante horário previamente estipulado pelo serviço. O acompanhamento desde a porta até à unidade da PSC era realizado pelo técnico auxiliar de saúde e o enfermeiro dirigia-se junto destes em caso de solicitação por parte da família.

Na UCI específica, apesar de existir um horário preconizado para a visita das pessoas significativas, dependendo das situações este horário era alargado conforme necessidade. O enfermeiro encontrava-se em permanência durante a visita, oferecia o seu apoio e ausentava-se em caso de pedido da família. Na VMER, sempre que numa situação de ativação à chegada a família estivesse presente, eram realizadas questões não só à PSC, como também à restante família, relativamente aos processos de saúde e doença.

A integração da família nos cuidados à PSC torna-se muitas vezes uma problemática do ponto de vista dos profissionais de saúde. Esta questão foi observada em algumas situações particulares no serviço de UCIP, nomeadamente na tentativa de prestação de cuidados de higiene, não sendo visto pelos enfermeiros como um momento oportuno para a presença da pessoa significativa. Isto observa-se também em muitas situações no SUG, nomeadamente na sala de emergência, em que salvo raras exceções é permitida a presença da família. Na VMER foi observado exatamente o oposto. A família é integrada na situação de forma a que se sinta útil no momento.

O cuidar é a essência de enfermagem, estando dependente da competência técnica, mas sobretudo da relação interpessoal que o enfermeiro consegue estabelecer com a pessoa/família, baseada nas suas capacidades de interação e comunicação (Pott et al., 2013). Importa salientar que o enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade (Decreto-Lei nº104/80, de 21 abril).

De acordo com Rogers (1997), a PSC encontra-se num estado passível de vulnerabilidade e como tal, devem ser potenciados os recursos existentes no seu meio, nomeadamente da família.

Tendo em conta a relevância desta temática no contexto da PSC, foi realizado em conjunto com duas colegas, um póster (Apêndice VIII) sobre as intervenções de enfermagem na comunicação de más notícias à família da PSC, que foi apresentado no 1º congresso de medicina intensiva da península de setúbal em maio do presente ano.

Relativamente à transição de cuidados, na UCIP esta era realizada junto à cabeceira da PSC para que o colega que está a receber a informação esteja contextualizado da informação que está a receber. A transmissão da informação está assente na mnemónica

ISBAR (I- Identificação; S- Situação Atual/Causa; B- Antecedentes/Anamnese; A- Avaliação; R- Recomendações) como preconizado na Norma nº001/2017 de 08/02/2017 da DGS, sendo realizada exclusivamente de forma oral. Tendo em conta a importância da uniformização da transmissão da informação, o enfermeiro orientador era responsável pela auditoria do cumprimento da mnemónica ISBAR e estava em processo de este ser um parâmetro de avaliação no SIADAP.

Na UCI específica, a transmissão da informação era realizada de acordo com a mnemónica ISBAR de forma oral, mas era também deixada uma folha ao colega com a informação pertinente por escrito.

Na VMER, a transmissão da informação é realizada entre classes profissionais: o enfermeiro da VMER transmite a informação ao enfermeiro responsável na sala de emergência e o médico da VMER transmite a informação ao médico responsável na sala de emergência. É realizada através da mnemónica ISBAR, embora com menos volume de informação pois na maioria das vezes não é possível colher história, quer seja pela alteração do estado de consciência da PSC, pela ausência de família/pessoa significativa, ou pela emergência em realizar o transporte para uma unidade hospitalar uma vez que é neste local que se encontram na maioria das vezes os meios necessários para o tratamento da pessoa.

Importa referir outra questão inerente aos cuidados prestados à PSC, que é o facto de os serviços onde estas pessoas se encontram serem cada vez mais dotados de tecnologia. Segundo Fernandes e Vareta (2019), está comprovado pela evidência que o ambiente onde é desenvolvida a prática de enfermagem influencia diretamente a prestação de cuidados com repercussão na qualidade de saúde. Assim, os cuidados de enfermagem, estão diretamente influenciados pelo ambiente, o que condiciona a ação do enfermeiro, o seu desenvolvimento profissional e, por consequência, a qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro deve realizar uma análise profunda da influência que as características do ambiente têm na sua prestação de cuidados, dos recursos e das condições que dispõe para desenvolver práticas seguras.

As UCIs são serviços específicos dotados de um aparato tecnológico significativo. Apesar de se constituírem ambientes interessantes e entusiasmantes do ponto de vista da aprendizagem para o profissional de saúde, são exatamente o oposto para quem carece dos cuidados, nomeadamente a pessoa e família. Cuidar de uma pessoa em situação crítica, vulnerável, é complexo e envolve dedicação e compromisso profissional com um referencial teórico onde a prática não se resume apenas aos comportamentos observáveis.

Na UCI específica, foi muito notória a perceção da PSC relativamente ao seu estado clínico. Sabia exatamente o risco de vida em que incorriam se alguma das cânulas se

mobilizasse e no caso de sentirem alguma das alterações que lhes tinham sido ensinadas, solicitavam ajuda por parte do seu enfermeiro responsável.

A UCI é percebida pela pessoa em situação crítica, como serviços impessoais e ruidosos. A realidade é que foram projetadas para tratar de pessoas em risco de vida, com necessidade iminente de substituição de função de órgão major, munidas dos mais sofisticados equipamentos e cada vez com mais atenção ao controlo de infeção (distanciando às PSC fisicamente). A constante movimentação de profissionais, o ruído de alarmes, doentes e equipamentos, as luzes constantes e a limitação na percepção temporal (sem noção das horas, ou se é noite ou dia) aumentam a ansiedade e o *stress*, alteram o ciclo circadiano, conduzem à desorientação, *delirium* e à exaustão, aspetos descritos como um obstáculo à recuperação (Baumgarten & Poulsen, 2014).

Neste sentido, foi de louvar a constante atualização e o empenho da equipa da UCIP nas consultas de follow-up, no sentido de melhorar a experiência da PSC a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica.

No SUG, temos como exemplos práticos o fato de a Triagem de Manchester ser realizada através de um Sistema Informático. Na sala de emergência, a pessoa que carece de cuidados é alvo de uma série de procedimentos técnicos, invasivos ou não, sem que muitas vezes lhe seja explicado o que se vai realizar ou dando *feedback* do seu estado clínico, rodeado de fios, material técnico e monitores a alarmar, e inclusive na maioria das vezes torna-se despersonalizado uma vez que lhe são retirados valores importantes, nomeadamente para comunicação (aparelhos auditivos), alimentação (próteses dentárias), entre outros.

Assim, e com base na experiência profissional prévia e na experiência adquirida durante a frequência do estágio, consideramos ter atingido esta competência quer como mestre em enfermagem quer como enfermeira especialista.

2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. (Regulamento n.º429/2018, 2018, p.19363-19364)

Inicialmente, é importante definir os 3 conceitos centrais, nomeadamente emergência, exceção e catástrofe. Começamos por definir emergência *como "a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida."* (Regulamento n.º361/2015, p. 17241). De acordo com mesmo regulamento, a catástrofe é definida *"como um acidente grave ou uma 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.” (p. 17241). Uma situação de exceção “consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Relativamente a esta unidade de competência, importa enaltecer a experiência existente em contexto de SUG. É de ressaltar que vivenciar a pandemia causada por *coronavirus disease 2019* (COVID-19), foi um momento de exceção, tendo trazido não só aprendizagens como evolução profissional e pessoal.

A UCIP é um serviço com pouca casuística relativamente à PSC vítima de agressão, pelo que os enfermeiros que nela trabalham, não consideram pertinente o tema para o seu local de prestação de cuidados. Foi observado o plano de emergência e evacuação do serviço e percebemos que estaria desatualizado. Após conversa com o enfermeiro orientador, referiu existir um grupo de trabalho a proceder à sua atualização, tendo em conta a importância da existência de um plano exequível.

Relativamente à UCI específica, como já descrito anteriormente, foi possível observar dois casos em sala de ECPR, provenientes da rua acompanhados pela VMER com SAV. Tendo em conta que a PSC para colocação em ECMO é proveniente da rua e cuja causa da PCR ainda não é conhecida, torna-se importante que a equipa seja detentora de conhecimento sobre a colheita e preservação de evidências que acompanhem a pessoa. Durante o estágio, foi importante perceber que além de se tratar de equipas de alto rendimento a dar resposta à PSC, são profissionais detentores de conhecimento relativamente ao aprovisionamento de evidências forenses e manutenção do corpo para autópsia.

Num dos casos, observamos um indivíduo de 40 anos, que teria entrado em paragem cardio-respiratória num ginásio, tendo posteriormente a VMER sido ativada para o local e iniciado SAV. Realizou o contato com o serviço de UCI específica e por cumprir os requisitos para ECPR, foi transportado até nós. Após ter sido feita a tentativa de colocação de ECMO sem sucesso e por persistir a PCR, acabou por ser declarado o óbito. De seguida, os enfermeiros responsáveis pela sala de ECPR, procederam a exteriorização de todos os dispositivos e identificaram essas mesmas marcas para que durante a autópsia, o médico legista soubesse que tinham sido realizadas durante a ressuscitação. Foi ainda realizada uma colheita de sangue para análise posterior (hemograma, bioquímica e coagulação). As roupas da pessoa, foram colocadas dentro de caixas de cartão para serem analisadas se assim fosse necessário.

Relativamente ao plano de emergência e evacuação da UCI específica, tivemos conhecimento do mesmo, que se encontra muito bem estruturado e atualizado, apesar da estrutura antiga do edifício.

Quanto ao pré-hospitalar, como referido anteriormente, na maioria das situações as causas de morte são desconhecidas e como tal, se se suspeitar da prática de crime no local, os enfermeiros sinalizam no corpo todas as marcas provenientes da sua intervenção e ficam no local junto do corpo até à chegada das autoridades.

No SUG, onde desempenhamos funções, foi no fim do ano de 2024 aprovado o plano de emergência e evacuação do serviço. Encontra-se neste momento afixado em várias paredes do mesmo para que a qualquer momento, os profissionais de saúde possam consultá-lo.

Durante a frequência do mestrado, ocorreu também a participação, em Abril de 2024 no 29º Curso de MRMI (*Medical Response to Major Incidents*) (Anexo II), que consistiu em simulação de um evento de catástrofe para perceber a resposta necessária desde o pré-hospitalar ao hospital, tanto em termos de gestão material, recursos humanos, trabalho em equipa e comunicação em crise, organizado pelo MIDTC (*Madeira International Disaster Training Centre*).

Os casos de agressão por arma de fogo são frequentes no SUG onde desempenhamos funções, pelo que surgiu a necessidade de mapear as intervenções especializadas de enfermagem na colheita e preservação de evidências forenses no contexto de urgência através da realização da revisão *scoping*. Embora esta temática esteja ainda pouco desenvolvida nos hospitais portugueses e os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, tenham poucos conhecimentos sobre a área, devemos cada vez mais consciencializarmo-nos de que a investigação forense pode minimizar ou impedir a destruição de provas e, desta forma dar continuidade dos cuidados prestados na sala de emergência para as salas de audiência (Silva, 2009).

Os enfermeiros são, normalmente, o primeiro profissional de saúde a ter contacto com a pessoa vítima de agressão, quer seja no pré-hospitalar ou na sala de emergência, o que os torna no profissional mais próximo da pessoa.

Desta forma, acredita-se ter adquirido na íntegra esta competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área da PSC, bem como a competência de mestre.

3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento n.º429/2018, 2018, p.19364)

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são duas problemáticas que se encontram interdependentes e, que pelo seu aumento exponencial a nível mundial, têm causado várias barreiras aos sistemas de saúde. Desta forma, a promoção de boas práticas e a aposta na prevenção e controlo destas questões, permitem a evolução dos profissionais de saúde, no sentido da melhoria da prestação de cuidados de saúde, com impacto em vários setores e na segurança da pessoa. (Direção Geral da Saúde (DGS, 2017). Mais de um terço das IACS podem ser evitadas através de programas de higiene e controlo de infeção (DGS, 2016).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes contempla no Pilar 5 – “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, com o objetivo de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos, através da criação do PPCIRA (DGS, 2021). Pretende-se que, através de sensibilização e ações de formação, *“1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes; 5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas”* (DGS, 2021, p. 16).

De acordo com a OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2017) estão incluídos, entre outros, a Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde uma vez que *“não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica. À medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumenta a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção.”* (Regulamento n.º 361/2015, p. 17241).

Conforme já citado anteriormente, foi realizada uma formação em serviço no SUG sobre os cuidados inerentes à colocação e manutenção do cateter venoso periférico (CVP), com vista ao controlo e prevenção de infeções e complicações associadas a estes dispositivos (Apêndice V). Foi ainda realizada uma Norma de procedimento Hospitalar (Apêndice VI) sobre o mesmo tema ainda a aguardar aprovação por parte do Conselho de Administração. Posteriormente, após aprovação, pretendemos realizar uma folha de auditoria e iniciar o processo de auditoria interna aos CVP.

Nas UCI e SUG, apesar da extenuante dinâmica inerente, os profissionais fazem por cumprir normas como a da técnica de higiene das mãos, fazendo cumprir os cinco momentos tal como preconizado na Norma nº007/2019 de 16/10/2019 (DGS), 2019). Existem ainda vários cartazes afixados pelos serviços para recordar os profissionais de saúde da importância da realização deste procedimento bem como auditorias periódicas

de higienização das mãos e uso de luvas. Além disto, é também uma preocupação dos profissionais de saúde o uso adequado de EPI que *"proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, às pessoas internadas e visitantes em circunstâncias específicas."* (DGS, 2013).

Na UCIP e UCI específica, o controlo de infeção nomeadamente, o cumprimento dos feixes de intervenção definidos pela DGS como o de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação; de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e as normas já anteriormente citadas são considerados atos chave na prestação de cuidados de excelência à PSC. Algumas destas estão incluídas no plano de cuidados e *check-list* diária a preencher pelo enfermeiro. Nomeadamente o preenchimento da escala de RASS para monitorização do nível de sedação sendo a ligeira a preferencial, realizar diariamente provas de ventilação espontânea à PSC candidata a extubação, manter a cabeceira elevada a 30º, verificação uma vez por turno da pressão do *cuff* estabelecida entre os 20 e 30 cmH₂O e a higiene oral pelo menos uma vez por turno (DGS, 2022). Na prevenção e controlo de infeção, sempre que colocado um dispositivo, nomeadamente o cateter vesical, o cateter venoso central ou uma linha arterial, as intervenções de monitorização dos dispositivos e as respetivas data de troca, eram automaticamente programadas no sistema *PatientCare* e criteriosamente cumpridas.

Na VMER, é complexo o cumprimento de protocolos de prevenção e controlo de infeção uma vez que as características do próprio ambiente não são controláveis. Ainda assim, observou-se a adoção de medidas que validam esta competência, nomeadamente o uso de luvas antes de qualquer abordagem à PSC e a desinfeção das mãos com solução antisséptica. Durante a abordagem à via aérea, nomeadamente na colocação do TOT, é utilizada máscara cirúrgica. Observou-se ainda a execução da técnica assética da pele da PSC antes da punção venosa periférica.

Desta forma e com a experiência adquirida não só no contexto laboral, mas também no contexto de estágio, pensa-se ter adquirido esta competência tão específica do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório evidenciou a complexidade e a importância do cuidado prestado à pessoa em situação crítica, destacando o papel essencial do enfermeiro especialista na promoção da estabilidade física e do meio envolvente da PSC e família. A atuação do enfermeiro, sustentada na prática baseada na evidência e habilidades técnicas, de comunicação e no pensamento crítico, é determinante para a obtenção de melhores desfechos clínicos e para o bem-estar da PSC e da sua família.

Através da reflexão crítica e análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, consideramos que foi possível perceber que foram adquiridas as devidas competências para obtenção do título de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Durante a realização do presente relatório, compreendemos os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nos contextos de unidades de cuidados intensivos e pré-hospitalar, bem como as competências necessárias para gerir as situações de alta complexidade. A humanização do atendimento, a comunicação eficaz e a tomada de decisões rápidas e fundamentadas são aspetos que se destacaram como diferenciadores no cuidado à PSC.

Além disso, observou-se a necessidade de investimentos contínuos na formação e capacitação dos profissionais de enfermagem, com ênfase nas habilidades específicas para acompanhar os desafios da prática clínica intensiva.

Embora se tenha concluído que a temática em estudo esteja ainda pouco desenvolvida, acreditamos que a continuidade do estudo sobre a colheita e preservação de evidências forenses à pessoa vítima de agressão, contribuirá para o aprimoramento das práticas de enfermagem, e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

Ao longo do relatório foi demonstrada a importância da existência de enfermeiros especialistas com conhecimento na área presentes nos serviços de urgência para uma rápida identificação de possíveis vítimas de agressão, transmissão de conhecimentos e técnicas na colheita e preservação de evidências forenses e na criação e implementação de protocolos que visem o cumprimento da cadeia de custódia.

Os estágios foram um desafio constante, uma vez que além de ter sido o primeiro contato com UCIP e pré-hospitalar, a manipulação de instrumentos e técnicas nunca antes presenciadas como a técnica de ECMO, o fator tempo foi um dos maiores reptos sentidos durante este percurso. Não foi fácil aliar o cumprimento das horas de trabalho no SUG, com a realização e entrega de trabalhos escritos dentro das metas pretendidas, com a frequência das horas de estágio em unidades hospitalares distantes do local de trabalho, com as horas de estudo e trabalho autônomo na procura de conhecimento baseado na melhor evidência científica.

Foi identificado como um ponto positivo a capacidade de integração nas equipas e a troca de experiências e ideias com os elementos dos serviços, o que enriqueceu este percurso não só enquanto futura enfermeira especialista e mestre, mas também como pessoa.

Considera-se ter-se cumprido os objetivos definidos para este curso de Mestrado e Especialidade em EMC na área de enfermagem à PSC na medida em que se procurou sempre basear a prática na melhor evidência científica, conhecer contextos de prestação de cuidados diferentes, aprimorar as capacidades ao nível do intelectual e humano de forma a atingir uma especialização diferenciada no ato de cuidar.

As conclusões obtidas reforçam a necessidade de maior valorização do profissional de enfermagem e da sua formação, além de uma abordagem multidisciplinar mais integrada, que procure atender de forma mais eficiente e humana as necessidades da PSC. Essa estrutura proporciona uma reflexão abrangente sobre a área de estudo, destacando o impacto da atuação da enfermagem no cuidado da PSC.

Em suma, a arte de enfermagem está em constante alteração e avanço, pelo que o conhecimento nesta profissão não pode ser considerado estanque. Assim, este é apenas o encerramento de mais um capítulo na procura pela melhoria na prestação de cuidados de excelência, que irei indagar enquanto me for permitido.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. Consultado em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Aiken, M., Speck, PM. (1996, Junho). Forensic considerations for the emergency department. *Tennessee Nurses Association*; 59(3). Consultado em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=0b890cc2-bf20-4535-a00b-19620af1fbe6%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107345434&db=ccm>
- Amaral, A. F. S. (2012). O Valor da Enfermagem. In Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*, (1. ed., pp 19-36). Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. Doi: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Barros, J., Dapper, A., Viana, K., Maiot, M., Cicolella, D. (2020). Desafios da assistência de enfermagem aos indivíduos vítimas de violência por armas de fogo e branca. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(12): 1-8. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e5045.20>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205-214. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Benner. P. (1982). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*. 82(3), 402-407. Doi: doi.org/10.2307/3462928
- Briggs, R. S., Heywood, A., & O'shea, T. (2009, Novembro). Don't be the one to destroy important forensic evidence. *Relias Media*, 13(1). Consultado em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=1c9ae036-425c-42f7-9c4d-8b2af3e578d5%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=105333689&db=ccm>
- Brykczynski, K. (2002). Patrícia Benner: De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In Tomey, A. & Alligood, M., *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5. ed., 185-207). Loures: Lusociência.
- Castro, C. (2016). O internamento numa unidade de cuidados intensivos: A experiência vivida pessoa em situação crítica (Tese de Doutoramento). Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.14/21609>
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. (2023). Plano de Atividades e Orçamento 2023-2025. Consultado em: https://www.chlo.min-saude.pt/~chlomins/images/documents/informacao_gestao/chlo_pao2023_2025_vfinal_compressed.pdf
- CHULC, 2019. CARTEIRA DE SERVIÇOS – Centro de Referência (CR) ECMO – Oxigenação por Membrana ExtraCorporal. Consultado em: <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Carteira-de-Servicos-Doente-em-ECMO-1.pdf>
- Coelho, F., Nora, D., Carmo, E. & Martins, Pais. (2023, Dezembro). *JORNAL DO CENTRO: Equipas de Emergência Médica Intrahospitalar do CHLO*. Consultado em: https://www.chlo.min-saude.pt/images/documents/jornaldocentro/jornal_098_compressed.pdf
- Copp, L. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255-63. Doi: [10.1111/j.1365-2648.1986.tb01246.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01246.x)

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. Assembleia da República (2006). Diário da República I Série, N.º 60. 2242-2257. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>

Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril (1998). Criação da Ordem dos Enfermeiros e aprovação dos seus estatutos. Diário da República, I Série-A – N.º 93. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>

Decreto-Lei n.º156/2015 de 16 de setembro (2015). Diário da República, Série I N.º181. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Deodato, S. (2008). responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade. Coimbra: Almedina.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2016). Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa, Portugal. Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/16/prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros/relatorio/>

Direção Geral da Saúde. (2017, Dezembro). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções de Resistência aos Antimicrobianos. Consultado em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma nº007/2019 de 16/10/2019. Técnica de Higiene das Mãos com SABBA. Consultado em: https://www.iasaude.pt/attachments/article/7394/Norma%20Lavagem%20das%20Maos%207%202019%20DGS_15.pdf

Direção Geral da Saúde. (2021, Maio). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Consultado em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumoniaassociada-a-intubacao.pdf>

Easter, C. (1995, Outubro). An ED forensic kit. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*, 21(5), 440-444. Consultado em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=05eb5355-a72f-45f8-8447-3ee9902c4b29%40redis&bdata=Jmxhbm9cHQtHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107429853&db=ccm>

Eisert, PJ. (2010, Abril-Junho). CSI: New @ York Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. *CRITICAL CARE NURSING QUARTERLY*; 33(2), 190-199. Doi: [10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4](https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d913b4)

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (2015). Ordem dos Enfermeiros.

Fernandes, J., & Vareta, D. (2019). *Enfermagem Avançada* (PAPA LETRAS, Ed.; 1aEdição).

Foresman-Capuzzi, J. (2014, Maio). CSI & U: COLLECTION AND PRESERVATION OF EVIDENCE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. *JOURNAL OF EMERGENCY NURSING*, 40(3), 229-236. Doi: [10.1016/j.jen.2013.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.04.005)

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. (2. ed., Vols 1-2). Lisboa: LIDEL

- Irurita, V. (1999). The problem of patient vulnerability. *Collegian*, 6(1), 10-15. Doi: [10.1016/s1322-7696\(08\)60310-8](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60310-8)
- Johnson, D. (1997, Abril). Forensic evidence preservation: the emergency nurses' role. *Australian Emergency Nursing Journal*, 1(2), 37-40. Consultado em: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=af267d54-c1f1-44e7-8217-b9af607d5dae%40redis&bdata=JmxhbmMc9cHQtcHQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107051888&db=ccm>
- McGillivray, B. (2005, Agosto-Setembro). The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 95-100. Doi: 10.1016/j.aaen.2004.09.001
- Norma nº001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Consultado em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma nº015/2013 de 03/10/2013. Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. Direção-Geral da Saúde. Consultado em: https://static.sancheassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem 2001. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Consultado em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura. (2005/2006). Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: UNESCO. Consultado em: <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>
- Peel, M. (2016, Novembro). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. *Emergency Nurse*, 24(7), 20-26. Doi: 10.7748/en.2016.e1618
- Perrenoud, P. (2000). *10 Novas Competências para Ensinar: Convite à viagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: a concept analysis. *Nursing Forum*, 39(4), 25-33. Doi: [10.1111/j.1744-6198.2004.tb00011.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2004.tb00011.x)
- Regulamento n.º140/2019, de 6 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º26. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º338/2017, de 23 de Junho. Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Diário da República, 2.ª série – N.º120. Lisboa. Ordem dos enfermeiros. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/06/120000000/1277012772.pdf>
- Regulamento n.º429/2018, de 16 de Julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à

pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série – N.º135. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º728/2021 de 5 de agosto. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. Diário da República N.º151, 2ª série, Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/08/151000000/0017300188.pdf>

Regulamento n.º743/2019 de 25 de Setembro. Regulamento da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República N.º184, 2ª série, Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ribeiro, A., Souza, E., Sousa, C. (2017, Setembro). Lesões Provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. *Ciências & Saúde Coletiva*, 22(9): 2851-2860. Doi: 10.1590/1413-81232017229.16492017

Rodrigues, L. R. (2019). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: O Estado da Arte. In A. Duarte & O. Martins, *Controlo da Infecção Hospitalar* (4/ 25-36). Lidel.

Rogers, A. (1997, Julho). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced nursing*, 26(1): 65–72. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>

Santos, N. P., Bezerra, J. L., Oliveira, T. J. C., Nascimento, P. B., Fontinele de Sá, L. L., Santos, L. K. B., Silva, R. F. S. (2023). Avaliação da sedoanalgesia pelo monitoramento do índice bispectral em uma Unidade de Terapia Intensiva Covid: a importância das intervenções farmacêuticas. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 25(2), 12-20. Doi: 10.47456/rbps.v25i2.40853

Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Consultado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Silva, L. (2009). Lesões por armas brancas: Relevância Médico Legal. (Dissertação de Mestrado). *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto*. Porto. Consultado em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20050/2/Tesemestradoluciavales2009.pdf>

Sistema de Segurança Interna. (2022). Relatório Anual de Segurança Interna. Lisboa. Gabinete do Secretário-Geral. Consultado em: https://ssi.gov.pt/publicacoes/relatorio-anual-de-seguranca-interna/RASI_2022.pdf

Sistema de Segurança Interna. (2023). Relatório Anual de Segurança Interna. Lisboa. Gabinete do Secretário-Geral. Consultado em: <https://ssi.gov.pt/publicacoes/relatorio-anual-de-seguranca-interna/RASI%202023.pdf>

Snow, A., Bozeman, J. (2010, Julho-Setembro). Role Implications for Nurses Caring for Gunshot Wound Victims. *CRITICAL CARE NURSING QUARTERLY*, 33(3), 259-264. Doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181e65fec

Taylor, W.K. (2002). Collecting evidence for sexual assault: the role of the sexual assault nurse examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78(1), 91-94. Doi: 10.1016/S0020-7292(02)00051-6

Torke, A., Wocial, L., Johns, S., Sachs, G., Callahan, C., Bosslet, G., ...Burke, E. (2016). The family navigator: A pilot intervention to support intensive care unit family surrogates. *American Journal of Critical Care*, 25, 498-507. Doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2016730>

ULSLO. (2024). Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026. Consultado em: <https://www.chlo.min->

saude.pt/~chlomins/images/documents/informacao_gestao/ulslo_pdo_2024_16012024_compressed.pdf

ULSSJ, 2020. SNS. CENTROS DE REFERÊNCIA. Consultado em: <https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-referencia/centro-de-referencia-ecmo/>

UNODC. (2023). Global Study on Homicide 2023. *UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME / VIENNA*: Consultado em: Global_study_on_homicide_2023_web.pdf (<unodc.org>)

Wright, L., & Leahey, M. (2013). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company. Consultado em: <https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/miscellaneous/11.Nurses%20and%20Families%20A%20Guide%20to%20Family%20Assessment%20and%20Intervention.pdf>

World Health Organization. (2002). World Report Violence and Health. Geneva: Library Cataloguing-in-Publication Data. Consultado em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Plano da sessão de formação
na UCIP “Cuidados de Enfermagem na Monitorização da
Pressão Intra-abdominal: da teoria à prática”

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: UCIP

TEMA: Cuidados de Enfermagem na Monitorização da Pressão Intra-abdominal: da teoria à prática

DATA: 1/11/2024 e 4/11/2024 **HORA:** 9h **DURAÇÃO:** 30min

LOCAL: Serviço UCIP

POPULAÇÃO-ALVO: Enfermeiros do serviço da UCIP

FORMADOR: Joana Cantanhede

OBJETIVOS: Definir conceitos; demonstrar fatores de risco; Definir síndrome policompartmental; Elucidar sobre monitorização da PIA; Demonstrar as intervenções de enfermagem

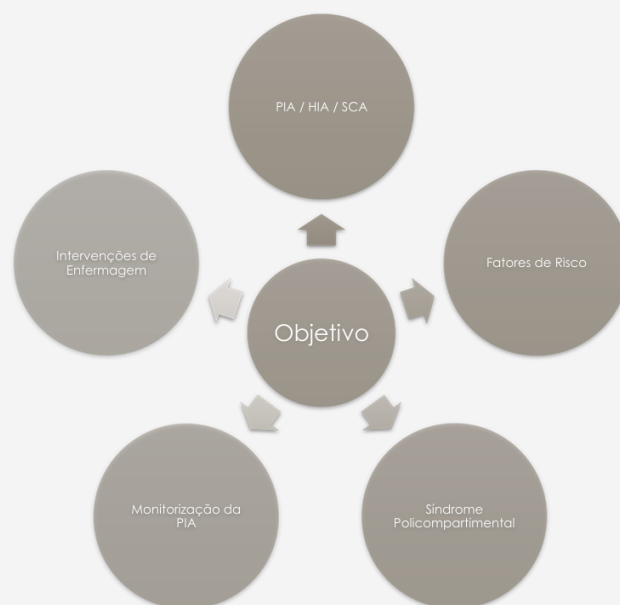
	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do formando - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5 min
DESENVOLVIMENTO	- Definição de conceitos - Transmissão da importância da monitorização da PIA na PSC - Demonstração das intervenções de enfermagem	Método expositivo Método interativo	15 min
CONCLUSÃO	- Resumo dos pontos objetivos - Apresentação de um guia prático de consulta rápida	Método expositivo Método interrogativo	5 min
AVALIAÇÃO	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5 min
MEIOS AUDIOVISUAIS	- Computador, cabo HDMI e televisão		

Apêndice II – PowerPoint da sessão de formação na UCIP
“Cuidados de Enfermagem na Monitorização da Pressão Intra-
abdominal: da teoria à prática”

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MONITORIZAÇÃO DA PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL: DA TEORIA À PRÁTICA

Docente orientador: Professora Doutora Cidália Castro
Enf.º Orientador: Paulo Monteiro
Discente: Joana Cantanhede nº117638

Novembro, 2024



A Hipertensão Intra-Abdominal (HIA) e o Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) têm sido reconhecidos como um contributo importante para a morbimortalidade do doente crítico.

(Mbiine et al., 2017)

Está associada a uma elevada taxa de mortalidade, podendo atingir os 87,5%.

(Borges et al., 2024)

Em 2004 foi fundada a *World Society of the Abdominal Compartment Syndrome* (WSACS), que elaborou um documento para padronizar as definições e os valores normais de Pressão Intra-Abdominal (PIA), e guiar a prática clínica.

(Kirkpatrick et al., 2013)

A instalação e a monitorização da PIA são procedimentos de enfermagem, assim é essencial que os enfermeiros possuam conhecimento teórico para executar o procedimento e para a identificação de problemas, o que garante a prestação de cuidados com menores índices de complicações.

(Kirkpatrick et al., 2013)

PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL
HIPERTENSÃO INTRA-ABDOMINAL
SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

PPA = PAM - PIA

Determina o fluxo abdominal adequado;
PPA < 60mmHg 3 dias consecutivos está associado a piores prognósticos.

(Pereira et al., 2022)

Classificação da HIA/SCA

- GRAU I – 12 a 15 mmHg
- GRAU II – 16 a 20 mmHg
- GRAU III – 20 a 25 mmHg
- GRAU IV > 25 mmHg

(Milanesi & Caregnato, 2016)

✓ A PIA é definida como a pressão no interior da cavidade abdominal, proveniente da interação da parede abdominal e das vísceras. Oscila de acordo com o ciclo respiratório e a resistência da parede abdominal. Valor fisiológico = 5mmHg no adulto e de **5-7mmHg** no doente crítico.

(Pereira et al., 2022)

✓ A HIA considera-se quando após 2 avaliações com intervalos de 4 a 6 horas, a PIA se encontre **>12mmHg**.

(Pereira et al., 2022)

✓ O SCA é a evolução gradual da HIA em níveis **>20mmHg**, associada a alterações e/ou falência orgânica.

(Milanesi & Caregnato, 2016)

FATORES DE RISCO

• Causas:

Pancreatite aguda

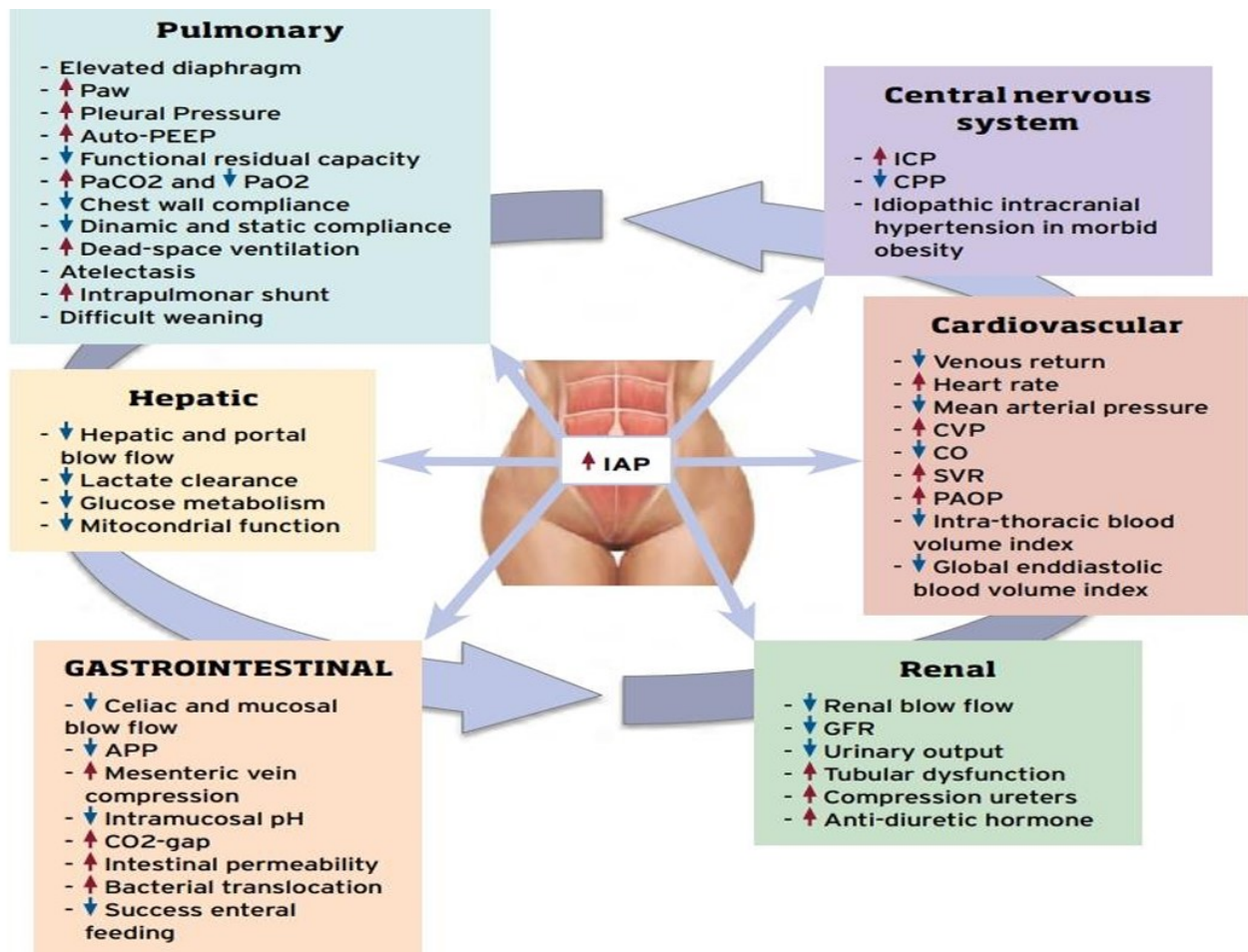
- Trauma abdominal
- Aneurisma da aorta abdominal
- Tumores abdominais e retroperitoneais
- Obstrução mecânica intestinal
- Sépsis
- Reposição volêmica exacerbada
- Grandes queimaduras circulares abdominais
- Obesidade

(Kirkpatrick et al., 2013; Pereira et al., 2022)

• Manifestações:

- Distensão abdominal
- Aumento da FR
- GSA (Hipercapnia, Hipoxemia e hiperlactacidemia)
- Oligúria

(Pereira et al., 2022)



Ventilation in patients with intra-abdominal hypertension: what every critical care physician needs to know

Adrian Regli^{1,2,3}, Paolo Pelosi^{4,5} and Manu L. N. G. Malbrain^{6,7*}



FATORES DE RISCO

- VMI
- Insuficiência respiratória com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300\text{mmHg}$
- PEEP > 10cmH₂O
- PIP > 28cmH₂O

COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A HIA

- ↑ Pressão intratorácica
- ↓ Compliance pulmonar
- Capacidade residual funcional
- Resistência vascular pulmonar e atelectasias por compressão
- Alteração nas trocas gasosas

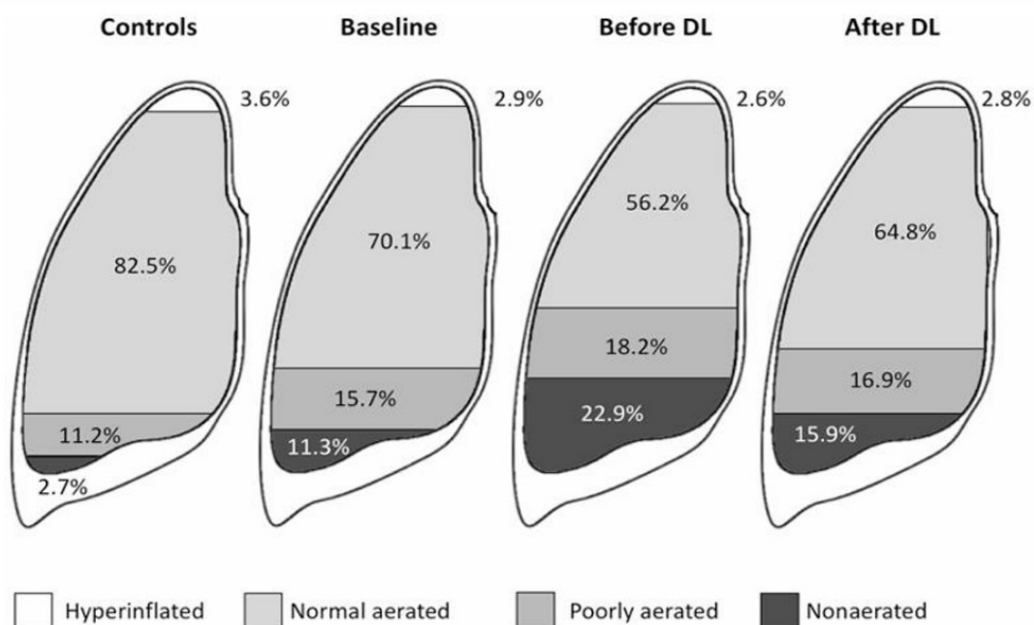
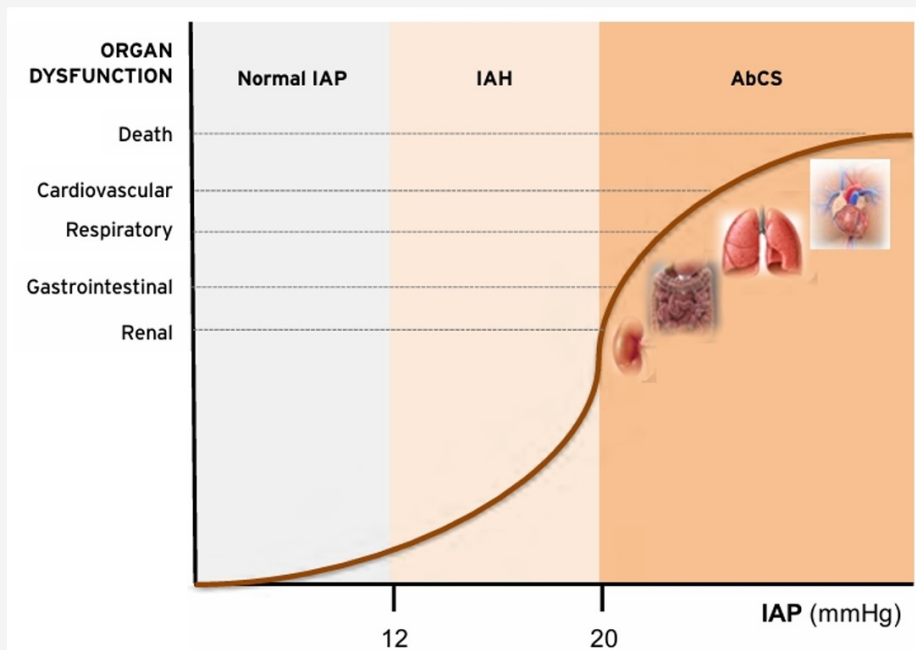


Fig. 2 Effect of abdominal hypertension and decompressive laparotomy (DL) on total lung volumes expressed percentages of different aerated lung volumes. Adapted from Zhou et al. [21]

(Regli, Pelosi & Malbrain, 2019)



(Malbrain, Keulenaer & Khanna, 2022)

MONITORIZAÇÃO DA PIA

Técnica assética (non touch)

Material

Agulha 18G (diluição)

Sistema de LA

Soro fisiológico 0,9% 500ml

Seringa de 50ml de perfusão

1. Preencher o sistema com soro
2. Adaptar a agulha no fim do sistema
3. Clampar drenagem vesical
4. Colocar a agulha na válvula apropriada
5. Instilar no máximo 25ml do soro
6. Monitorizar o valor
7. Retirar a agulha
8. Desclampar drenagem vesical

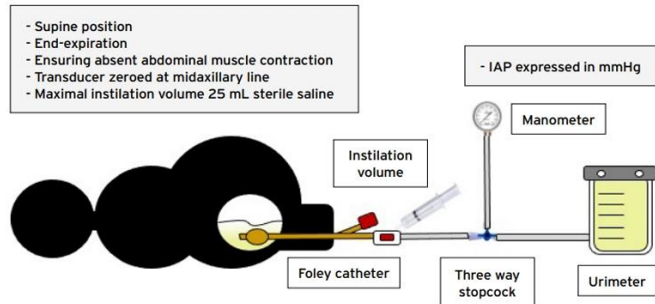
MONITORIZAÇÃO DA PIA

Decúbito Dorsal;

Final da expiração;

Completa ausência de contrações musculares abdominais;

Transdutor fixado ao nível da linha axilar média.



(Pereira et al., 2022)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Quando obtemos valores elevados da PIA, o médico responsável pelo doente deve ser informado. Mas podemos intervir noutras questões:

- Avaliação do estado de consciência
- Avaliação do padrão respiratório e GSA
- Monitorizar estabilidade hemodinâmica
- Decúbito do doente (evitar ventral e fowler)
- Avaliação do conteúdo gástrico e utilização de agentes procinéticos

(Briones et al., 2015)

- Monitorização do débito urinário
- Monitorização de dejeções (recorrer a sonda de enteroclise e laxantes em casos de obstipação)
- Gestão de analgesia, sedação e paralisia (diminuição do tônus toraco-abdominal)
- Monitorização do balanço hídrico (optar por drogas vasoativas em caso de necessidade)

(Briones et al., 2015)



LAPAROTOMIA DESCOMPRESSIVA

BIBLIOGRAFIA

Milanesi, R., Caregnato, R. C. A. (2016). Pressão Intra-abdominal: revisão integrativa. *Einstein*, 14(3): 423-430. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3088

Pereira, B. M., Fiorelli, R. K. A., Gonçalves, M., Biscalquín, H., Sampaio, N., Fracari, Y., Matoba, C., Fiorelli, S. K. A., Ascenção, A. M. S., Rossi, M., Pereira, R. G., Almeida, C. R., Novellino, P. (2022). Hipertensão Intra-Abdominal e Síndrome Compartimental Abdominal. *Anais da Academia Nacional de Medicina*, 193(1): 175-190. DOI: <https://www.doi.org/10.52130/27639878-AANM2022v193n1p175-190>

Briones, R. A. D., Fariás, M. F., Aguilar, F. A. D., Reyes, M. A. G., Orozco, M. A. M., Fariás, R. F. (Jul.-Set. 2015). Hipertensión intra-abdominal y síndrome compartimental abdominal. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina de Medicina Crítica y TERAPIA INTENSIVA*, 29(3):167-178.

Borges S. S., Silveira, I. B. M., Watanabe, E. T., Carvalho, C. S., Rocha, N. D. E., Soletti, C., Costa, T. R., Vieira, B. M., Pranstete, M. S., Sacramento, N. A. (Fev. 2024). Estratégias para prevenir a síndrome compartimental abdominal em pacientes com trauma abdominal. *Electronic Journal Collection Health*, 24(2): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e15315.2024>

Kirkpatrick, A. W., Roberts, D. J., Waele, J., Jaeschke, R., Malbrain, M. L. N. G., Keulenaer, B., Duchesne, J., et al. (2013). Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med*, (39): 1190-1206. DOI: 10.1007/s00134-013-2906-z

Regli, A., Pelosi, P., Malbrain, M. L. N. G. (2019). Ventilation in patients with intra-abdominal hypertension: what every critical care physician needs to know. *Annals of Intensive Care*. 9 (52). DOI: 10.1186/s13613-019-0522-y

Malbrain, L. N. G., Keulenaer, B. L., Khanna, A. K. (2022). Continuous intra-abdominal pressure: is it ready for prime time? *Intensive Care Med*. 48: 1501-1504. DOI: 10.1007/s00134-022-06780-4.

Masip, J. (2022). *Handbook of Acute CardioVascular Monitoring: Quick access to most relevant practical information on haemodynamic and general monitoring in acute cardiovascular care*. European Society of Cardiology. 225-234.

Apêndice III – Guia Prático de consulta rápida PIA

MONITORIZAÇÃO DA PIA

Técnica asséptica (non touch)

Material

- Agulha 18G (diluição)
- Sistema de LA
- Soro fisiológico 0,9% 500ml
- Seringa de 50ml de perfusão

Recomendações

Decúbito Dorsal;
Final da expiração;
Completa ausência de contrações musculares abdominais;
Transdutor fixado ao nível da linha axilar média.

Passo a Passo

1. Preencher o sistema com soro
2. Adaptar a agulha no fim do sistema
3. Clampar drenagem vesical
4. Colocar a agulha na válvula apropriada
5. Instilar no máximo 25ml do soro
6. Monitorizar o valor
7. Retirar a agulha
8. Desclampar drenagem vesical

■ Classificação da HIA/SCA

- GRAU I - 12 a 15 mmHg
- GRAU II - 16 a 20 mmHg
- GRAU III - 20 a 25 mmHg
- GRAU IV > 25 mmHg

Apêndice IV – Plano de sessão de formação em serviço
“Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: Serviço de Urgência Geral

TEMA: Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral

DATA: 30/10/2024 **HORA:** 15H **DURAÇÃO:** 1Hora

LOCAL: Departamento de Formação Garcia Orta

POPULAÇÃO-ALVO: Enfermeiros do serviço de urgência geral

Formadores: Enfermeiras Inês Romão, Joana Télinhos, Sofia Padinha

OBJETIVOS:

- Descrever complicações associadas aos CVP's
- Refletir sobre a necessidade de colocação de CVP e a prevenção e controlo das IACS.
- Colaborar na melhoria continua dos cuidados prestados e estimular a prática baseada na evidência.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	- Apresentação aos formandos - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5min
DESENVOLVIMENTO	- Demonstração da pertinência do tema - Transmissão da evidência científica encontrada na literatura - Reflexão sobre a necessidade da colocação do CVP	Método expositivo Método interativo	40min
CONCLUSÃO	- Resumo dos pontos principais - Reflexão sobre a prática diária no SUG	Método expositivo Método interrogativo	10min
AValiação	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5min
MEIOS AUDIOVISUAIS	- Computador, projetor e tela.		

Apêndice V – Powerpoint de sessão de formação em serviço
“Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”

CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

—◆—
Inês Romão, Joana Télinhos, Sofia Padinha
Almada, 2024

Objetivos

—◆—



DESCREVER
COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS AOS
CVP



REFLETIR SOBRE
A NECESSIDADE
DE COLOCAÇÃO
DE CVP



REFLETIR
SOBRE
PREVENÇÃO E
CONTROLO DAS
IACS



COLABORAR
NA MELHORIA
DOS CUIDADOS
PRESTADOS



ESTIMULAR
PRÁTICA
BASEADA NA
EVIDÊNCIA

RISCO DE INFEÇÃO NO CVP

Administração Endovenosa é uma das técnicas mais utilizadas em meios hospitalares



Através da utilização de Cateteres Venosos Periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais.

Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas

(Danski et al., 2015)

2

4% - 28% de todos os Cateteres Venosos Periféricos inseridos não são necessários, expondo o utente a riscos de infeção desnecessários !

70% dos Cateteres Venosos Periféricos inseridos tem complicações:

- Obstrução
- Infiltração
- Sinais inflamatórios
- Infeção local

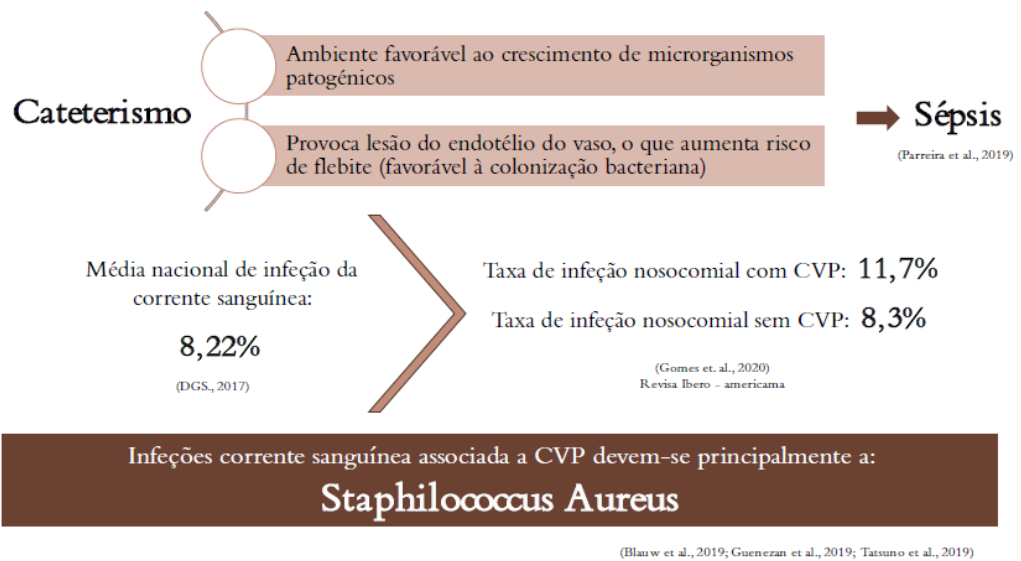
Quase metade das punções venosas falham, causando dor e ansiedade ao utente



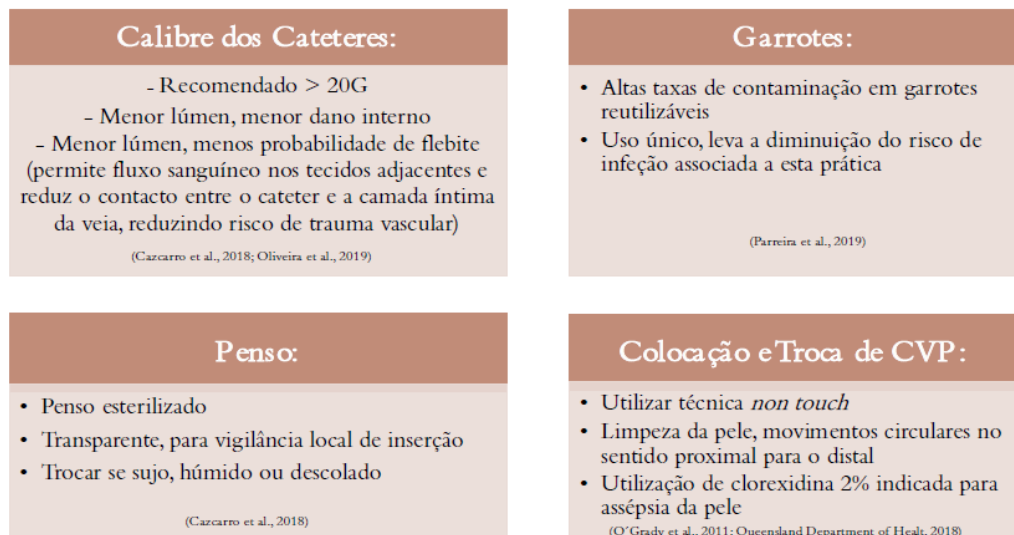
Resultando em punções múltiplas

(Keogh & Mathew, 2019)

3



4



5

Dados financeiros e de consumo de dispositivos no SUG

2023

41025 Cateteres 20G – 21,038,17€

29949 Válvulas pressão positiva – 10,638,27€

6

Taxa de utilização de CVP no SUG

Dados retirados entre os dias
24/06/2024 – 30/06/2024



Número total: 141 pessoas

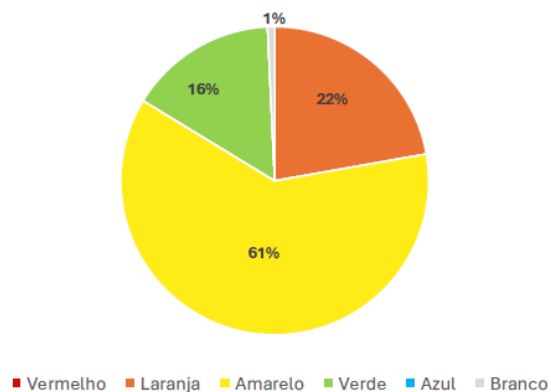
COM CVP – 135

SEM CVP – 6

7

Doentes com colocação de CVP - 135

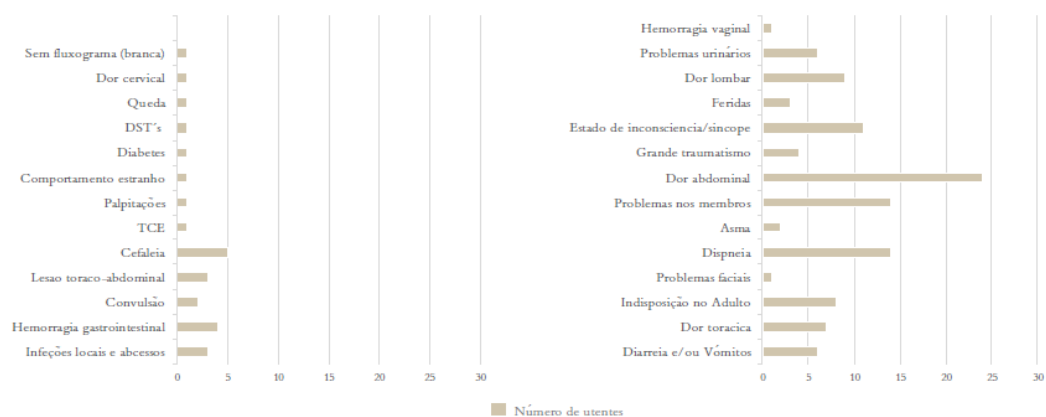
Nível de Prioridades



8

Doentes com colocação de CVP - 135

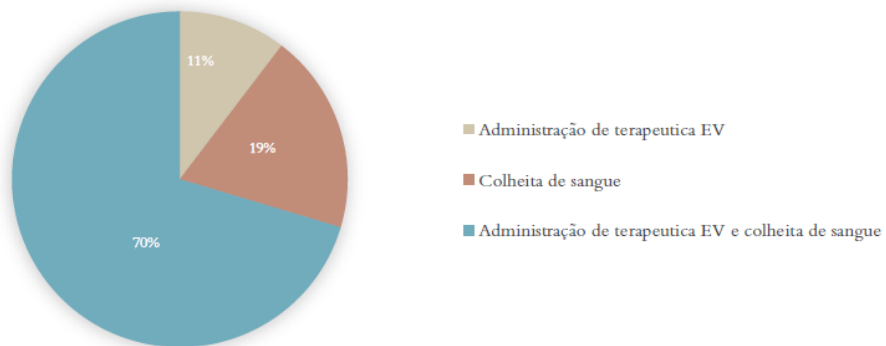
Fluxograma utilizado em doentes com CVP



9

Doentes com colocação de CVP – 135

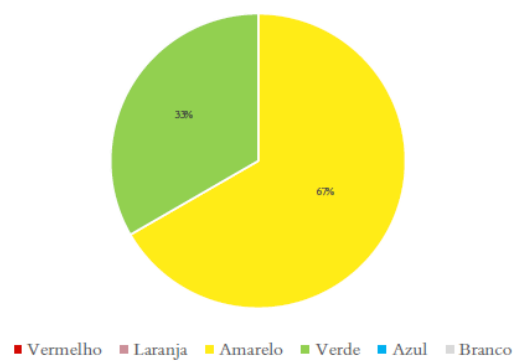
Intervenções de Enfermagem



10

Doentes sem colocação de CVP – 6

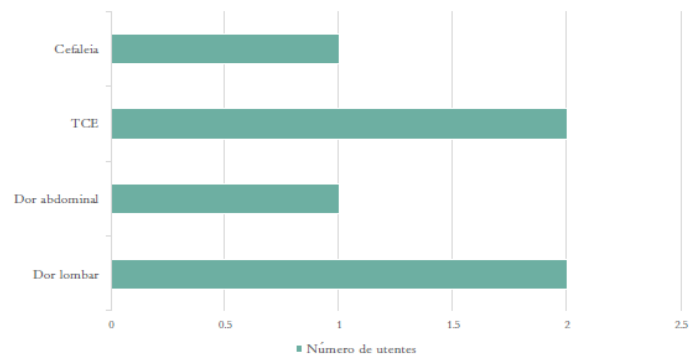
Nível de Prioridades



11

Doentes sem colocação de CVP – 6

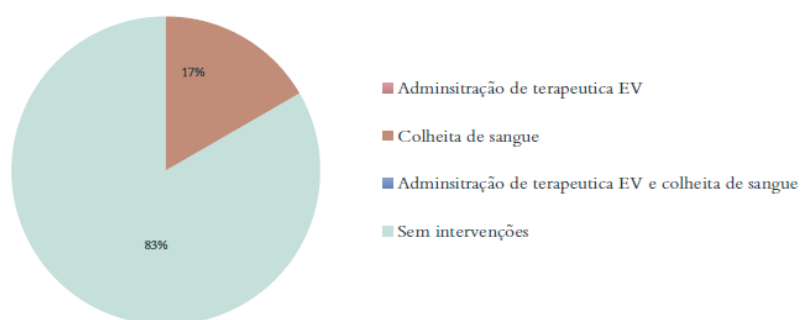
Fluxograma utilizado em doentes sem CVP



12

Doentes sem colocação de CVP – 6

Intervenções de Enfermagem



13

Utilização
desnecessária do CVP

No SUG !



Objetivo:

Dirigir
cuidados

Diminuir
complicações

14



Faz sentido colocar CVP em todos os doentes?

Só com colheita de sangue, fará sentido deixar CVP?

Como podemos fazer para garantir que o doente não sai
do SUG com o CVP colocado?

15



15



15

RECOMENDAÇÃO DE MELHORIA DE ACTUAÇÃO: PROCEDIMENTOS DE CUIDADOS AO CVP

Inserção

Manutenção

Remoção

16

Inserção:

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fistula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

17

Manutenção:

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional, na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com clorhexidina antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o doente.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

18

Remoção:

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

19

Queixa na Entidade Reguladora da Saúde

Norma de Procedimento: Cuidados ao Cateter Venoso Periférico

(A ser desenvolvido)

The screenshot shows a medical software interface. At the top, there's a navigation bar with icons for 'Diário', 'Presc.', and 'ML.Cul.'. Below this, a patient information section displays 'Nome: Joao Miguel Soares Gomes' and 'Sexo / D.N (Idade): Masculino / 22/03/1994'. The main area is divided into two panes. The left pane is titled 'Prescrições Médicas' and contains a table with columns for 'Data', 'Prescrição', and 'Status'. The right pane is titled 'Prescrição de atitudes terapêuticas' and contains a list of therapeutic attitudes. The list includes: 'Atitude Terapêutica', 'Aplicação De Calor', 'Aplicação De Fio', 'Aplicação De Meias De Compressão', 'Cuidados Com Cateter Intravenoso Periférico' (highlighted), 'Elevação Da Cabeceira Da Cama', 'Enema De Limpeza', 'Hemofiltração', 'Isolamento De Contato', 'Medidas De Contenção Física', 'Monitorização De Sinais Vitais', 'Repouso No Leito', and 'Transfusão De Concentrado Eritrocitário'. At the bottom of the right pane, there are buttons for 'Enc.', 'OK', and 'Cancelar'.

20

Conclusão

-  IACS problema frequentemente evitável
-  Pensamento crítico sobre pertinência na colocação de CVP
-  Boas práticas devem-se sobrepor aos contextos
-  Prática baseada na evidência leva a excelência dos cuidados
-  Uniformizar esta técnica muito frequente – colocação de CVP
-  Com o objetivo de prevenção de complicações e uma melhor utilização dos recursos disponíveis

21

Referências Bibliográficas

- Blauw, M. (2019). Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated *Staphylococcus aureus* Bacteremia. *Infection Diseases Society of America*. DOI: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1093/cid/ciz007>
- Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated *Staphylococcus aureus* Bacteremia | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic (oup.com)
- Caucaro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Certo: Revisión de las guías de práctica clínica. *Revista de Enfermagem*. ISSN 0210-5020. Vol. 41 N°2 (2018), P. 61-66.
- Dunkel, M. (2015, Novembro-Dezembro). Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paulista de Enfermagem*. (28(6)). <https://doi.org/10.1590/1983-619X01500007>
- DGS (2017). Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). DOI: https://www.dgs.pt/cira_V8.pdf (nsg.gov.pt)
- Guenemann, J., Dragoni, B., O'Neill, R., Caillaud, D., Smeunoud, C., Pouret, C., Sepin, S., Fraica, D., Mimos, O. (2019). Skin antiseptics with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, combine do not with use of a bundle of new devices, for prevention of short term peripheral venous catheter - related infections complications and catheter failure: an open - label, single - center, randomised four - parallel group, two - by - two factorial trial: CLEAN 3 Protocol Study. DOI: <https://arxiv.org/abs/1909.09494v1>
- Knigh, S., Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (June February). <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/Peripheral%20intravenous%20catheters%20-%20a%20review%20of%20guidelines%20and%20research.pdf>
- O'Grady, N. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter - Related Infections. Department of Health and Human Services, USA. Center for Disease Control and Prevention. DOI: <https://www.cdc.gov/hai/pdf/4184-guidelines-2011.pdf>
- Oliveira, A., Pereira, P., Melo, M., Serra, C., Braga, L., Basto, M. (2019) Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a fidelidade e a segurança do doente. *Texto Contexto Enferm*. V.28, 2019. DOI: https://www.scielo.br/tce/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf
- Pereira, P., Sembrage, B., Costa, P., Mota, L., Oliveira, V., Sousa, L., Gama, F., Bernardes, R., Adriano, D., Marques, L., Braga, L., Gaveto, L., Orlino, N., Oliveira, A. (2019). Impacto de um curativo e tomógrafo inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionada a cateteres intravasculares periféricos: um estudo intervencionista. *International Journal of Environment Research and Public Health*. (2019). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17050518>
- Queensland Department of Health (2018). Guideline For Peripheral Intravenous Catheter (PIVC) Department of Health. DOI: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/444490/iscm-pivc-guideline.pdf
- Tatsumi, K. (2019). Clinical Features of Bloodstream Infections Associated With Peripheral Versus Central Venous Catheter. Department of Infection Control and Prevention, the University of Tokyo Hospital. Disponível na WWW:URL Clinical Features of Bloodstream Infections Associated with Peripheral Versus Central Venous Catheters | SpringerLink
- Zingg, W., Barton, A., Bismar, P., Eggimann, P., Pajot, M., Simon, A., & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infp.2023.100271>

Apêndice VI – Norma de procedimento dos Cuidados ao Cateter Venoso Periférico”

NORMA DE PROCEDIMENTO**Serviço de Urgência Geral – 3062****Cuidados ao Cateter Venoso Periférico****APROVAÇÃO**

OBJETIVO	Definir cuidados ao cateter venoso periférico; Indicar em que situações colocar cateter venoso periférico
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros/as
PALAVRAS-CHAVE	Cuidados; Indicações; Cateter; Venoso; Periférico

Autores	Inês Romão, Joana Telinhos, Sofia Padinha	2024.11.14
Verificação SGGRCDS		2024.11.19
Aprovação		2024.11.22
Divulgação		2024.11.22
Versão	1	--

DESCRIÇÃO

1. DEFINIÇÃO

A administração endovenosa, é uma das técnicas mais utilizadas em meio hospitalar, através da utilização de cateteres venosos periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais. Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico (CVP) pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas (Zingg et al., 2023).

É importante referir que a colocação de um cateter em veia periférica deve acontecer apenas para o uso único e exclusivo da finalidade para a qual foi desenvolvido: administração de fluidos, terapêutica, hemoderivados e nutricionais e desta forma diminuir o risco de infecção associado ao procedimento (Gomes et. al., 2020).

2. INDICAÇÕES

A colocação de um cateter venoso periférico deve acontecer nas seguintes situações:

1. Soroterapia e/ou terapêutica que não seja administrada através de bólus;
2. Sempre que a situação indique risco elevado do/a doente ou grande probabilidade de acontecer o descrito em 1.

3. RECOMENDAÇÕES

Com o objetivo de se estabelecer uma prestação de cuidados baseados na evidência, existem algumas recomendações relativas aos cateteres venosos periféricos:

3.1. Calibre do cateter

O cateter escolhido deve ser superior a 20G, uma vez que optando por um calibre menor, o dano do vaso será consecutivamente menor, permitindo manter o fluxo sanguíneo nos tecidos adjacentes, pela redução do contato do cateter com as paredes da veia. Isto reduz tanto o trauma vascular como a probabilidade de desenvolvimento de flebites (Cazcarro et al., 2018; Oliveira et al., 2019; Gomes et al., 2020).

3.2. Garrote

Pela alta taxa de contaminação na reutilização do garrote, este deve ser de uso único de forma a diminuir o risco de infecção associado a esta prática (Parreira et al., 2019).

3.3. Penso

O penso utilizado para a fixação do cateter tem de ser esterilizado. Deve ser transparente para que se possa vigiar o local de inserção do cateter. O penso deve ser trocado sempre que se encontrar conspurcado, húmido ou quando não se encontra aderente (Cazcarro et al., 2018).

4. PROCEDIMENTO TÉCNICO

Na tabela seguinte, encontram-se as indicações relativas à **Inserção, Manutenção e Remoção** dos cateteres venosos periféricos (Keogh & Mathew, 2019; Zingg et al., 2023):

Inserção

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fístula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

Manutenção

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional e anti refluxo, apenas na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com *clorhexidina* antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do/a doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o/a doente.

Remoção

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.
- A cada 8h quando não está a ser utilizado.
- Registo de remoção.

5. REGISTOS INFORMÁTICOS

Após a colocação de um cateter venoso periférico, deve ser realizado o registo em SClinico em Notas de Enfermagem. Após a retirada do acesso, o registo desta ação deve ser realizado da mesma forma.

6. INFORMAÇÕES AO DOENTE

Quando é colocado um cateter venoso periférico a um/a doente, este e a família devem ser instruídos para após o momento da alta médica, se dirigirem ao gabinete de enfermagem do respetivo setor para a exteriorização do dispositivo.

7. ALTA

No momento da Alta médica, o médico tem de informar o doente para este se dirigir a um gabinete de enfermagem para proceder à remoção do CVP ou informar o/a enfermeiro/a da necessidade da sua remoção.

Em caso de Alta Médica os CVP's deverão ser removidos a todos os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cazcarro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Corto: Revision de las guias de práctica clínica. Revista de Enfermagem. ISSN 0210-5020. Vol.41 N°2 (2018), P.61-66.
- Gomes, B. M., Mendes, J. L. L., & Pedro, A. J. M. D. (2020, Abril). Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico. RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. (6)1. P. 2135-2149. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/406/674
- Keogh, S., & Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Issue February). https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literaturereview-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qut.pdf
- Oliveira, A., Parreira, P., Melo, et al. (2019) Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente. Texto Contexto Enferm. V.28. 2019. DOI: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf
- Parreira, P., Serambeque, B., Costa, P., et al. (2019). Impacto de um curativo e tomiquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionadas a cateteres intravasculares

periféricos: um estudo intervencionista. International Journal of Environment Research and Public Health. (2019). DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765818/>

Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., et al. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. Infection prevention in practice, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>.

*Apêndice VII – Scoping Review "Nursing Interventions for
Forensic Evidence Collection and Preservation in Emergency
Settings"*

Nursing Interventions for Forensic Evidence Collection and Preservation in Emergency Settings: A Scoping Review

Journal:	<i>Journal of Advanced Nursing</i>
Manuscript ID:	JAN-2025-1894
Manuscript Type:	Scoping Review
Keywords:	Advanced Practice, Accident and Emergency, Forensic nursing, Violence
Category:	Nursing

Nursing Interventions for Forensic Evidence Collection and Preservation in Emergency Settings: A Scoping Review

Abstract:

Aims: This study aims to identify the nursing interventions necessary for preserving and collecting forensic evidence in emergency settings.

Design: Scoping review.

Data Sources: A comprehensive search was conducted, in January 2024, using the PubMed and EBSCOhost platform databases, including CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane Clinical Answers. Studies published from 2000 to 2024 were included.

Review Methods: The scoping review followed the framework proposed by Arksey and O'Malley and adhered to the PRISMA-ScR checklist (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews).

Results: Of the 192 papers identified, seven were selected and analyzed for inclusion in this review. Nurses employ various interventions to preserve and collect forensic evidence. Based on document analysis, the results were categorized into six groups: General Recommendations, Clothing management, Specimen Collection, Object Collection, Record of Facts, and Post-Death Care.

Conclusions: These findings underscore the critical role of nurses in maintaining the integrity of forensic evidence and highlight opportunities for enhancing current practices. The results provide a foundation for developing evidence-based guidelines tailored to emergency nursing interventions.

Impact: This study emphasizes the importance of Implementing standardized protocols based on these findings can improve the consistency, reliability, and effectiveness of forensic evidence preservation and collection globally.

Patient or Public Contribution: No Patient or Public Contribution.

Keywords: Specimen collection, forensic nurse, emergency, critical care nursing, violence, crime.

Apêndice VIII – Póster “Intervenções de Enfermagem na
Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação
Crítica: Revisão *Scoping*”

Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica : Revisão Scoping

Inês Romão¹, Joana Télinhos¹, Sofia Padinha¹

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Enfermeira no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral. Almada, Portugal.

Introdução:

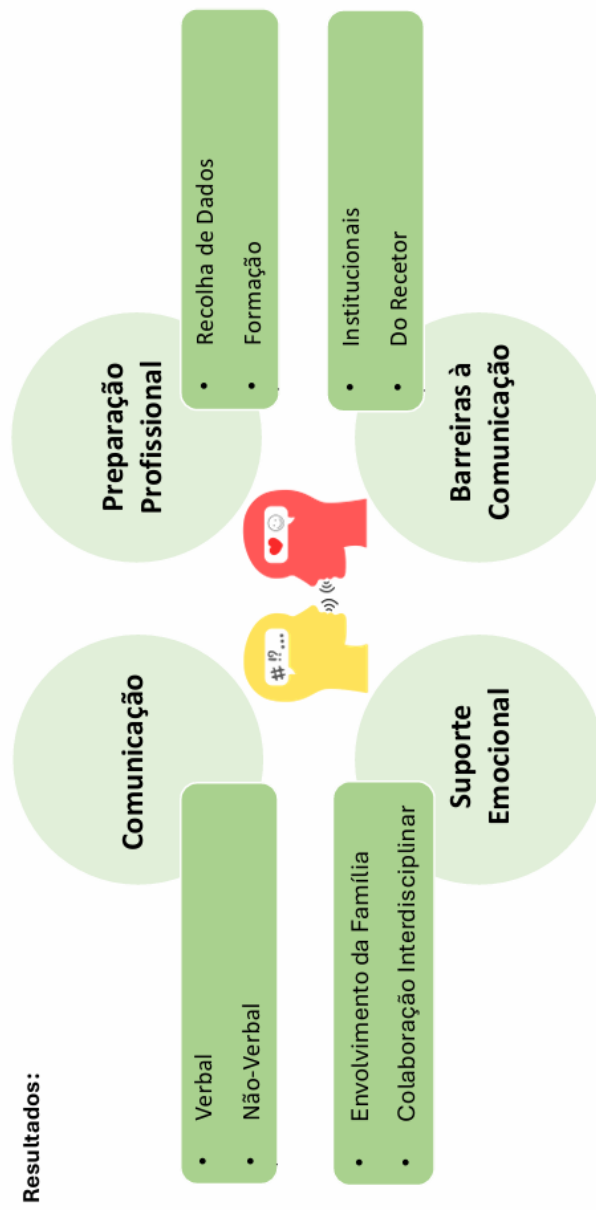
Nos serviços destinados à pessoa em situação crítica (PSC), a comunicação é uma das intervenções realizadas junto do doente e/ou família. A comunicação de más notícias é das intervenções que mais exige preparação dos Enfermeiros para prevenir efeitos indesejáveis nas famílias da PSC.

Objetivos:

Mapear a evidência científica acerca das intervenções da Enfermagem na comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos:

Realizada uma Revisão Scoping, utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute. Segundo o acrónimo PCC definiu-se como – P (População): os Enfermeiros, C (Conceito): as intervenções de Enfermagem na comunicação de más notícias à família, C (Contexto): pessoa em situação crítica. Foram identificados um total de 956 artigos nas bases de dados EBSCOhost e SCOPUS. Excluídos por duplicados, pelo título e pelo resumo 910 artigos. Após leitura integral foram selecionados 10 artigos para inclusão na revisão scoping, publicados entre 2018 e 2024.



Conclusão:

A comunicação de más notícias é uma competência bastante importante para o Enfermeiro na abordagem à Pessoa em Situação Crítica, uma vez que determina a perceção da família sobre o processo de doença ou até mesmo da morte, do doente crítico.

Referências Bibliográficas:



ANEXOS

Anexo I – Escala de RASS

Pontos	Classificação	Descrição
+ 4	Agressivo	Violento, perigoso
+ 3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+ 1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerto, calmo	
- 1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg)
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Disponível em:

<https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/245/234>

Anexo II – Certificado MRMI



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Joana Sofia Télinhos Pimentel Cantanhede**, natural de Almada, nascida a 04/06/1994, titular do n.º de identificação 14256732, válido até 03/08/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 24 a 26 de abril de 2024, com a duração de 24 horas, em Almada.

Funchal, 03 de maio de 2024



(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **56/2024** de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC



Entidade Formadora Certificada
ÁREA DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
T21 - Medicina
861 - Proteção da população e bem-estar

Estrutura Curricular

Módulos	Horas
Módulo I – Formação base curso ▪ Descrição do sistema e dos seus componentes ▪ Sistema MACSIM ▪ Resposta pré-hospitalar aos Incidentes Major ▪ Resposta hospitalar aos Incidentes Major ▪ Princípios de Triagem ▪ MRMI Comunicações e Gestão Meios ▪ Terrorismo e Segurança ▪ Comunicação de Crise e relação com os Média Módulo II – Formação específica ▪ Resposta em Incidentes Major com matérias perigosas/Ferimentos CBRN ▪ Resposta incidente em estádios de futebol ▪ Resposta em Incidente Major em Aeroportos ▪ Damage Control – Cirurgia de controlo de dano ▪ Security and Disaster control; pre-hospital & hospital – Segurança e Controlo em Desastres: no pré-hospitalar e hospital ▪ Hospital Attack / Disaster plan of Hospitals / Surge Capacity – Ataque hospitalar / Planos de Desastre / Capacidade cirúrgica ▪ Mass Rescue Operations on Sea / MRMI#MRO – Operações de Resgate no Mar MRMI#MRO ▪ Coordenação & Comando - Doutrina em Catástrofe Módulo III – Primeiro exercício de simulação Módulo IV – Segundo exercício de simulação	24 horas

Funchal, 03 de maio de 2024



(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º 56/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC

ic Entidade Formadora Certificada
 ÁREAS DE FORMAÇÃO:
 021 – Medicina
 061 – Proteção de pessoas e bens

Anexo III – Certificado Microcredencial de Abordagem inicial ao Doente Crítico

CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Sofia Télinhos Pimentel Cantanhede**, titular do número de identificação **14256732** concluiu a Microcredencial/Ação de formação designada de **Curso de Abordagem Inicial ao Doente Crítico**, num total de 54 horas, correspondente a 2 ECTS, em 20 de dezembro de 2024, no Instituto Politécnico de Setúbal com uma classificação final de **Aprovado**.

Setúbal, **30 de maio de 2025**.

Chave de autenticação: 30YITXW1LTM1MV

Pág 1/4

Link de verificação: <https://verificacaodocumentos.ips.pt>





**Ficha de
Microcredencial**

Título da formação: Curso de Abordagem Inicial ao Doente Crítico

País/região do emissor: Portugal / Setúbal

Organismo que atribui a microcredencial: Instituto Politécnico de Setúbal

Resultados de aprendizagem: Objetivo geral - É objetivo desta formação 1) Adquirir conhecimentos em: a) abordagem sistematizada do doente crítico; b) ventilação mecânica invasiva e não invasiva; c) identificação e abordagem do choque circulatório; d) transporte do doente crítico

Volume de trabalho necessário para atingir os resultados de aprendizagem: 2 ECTS

Nível da experiência de aprendizagem conducente à microcredencial, de acordo com o Quadro Europeu de Qualificações: Nível 6

Tipo de avaliação: Provas escritas

Forma de participação na formação: Presencial horário diurno

Garantia da qualidade: Formação enquadrada nos instrumentos de garantia de qualidade definidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão e Garantia da Qualidade do IPS

Pré-requisitos: Enfermeiros e estudantes de enfermagem, com interesse na área do doente crítico. Os candidatos devem ser titulares de uma habilitação mínima de nível 5 (Curso Técnico Superior Profissional)

Supervisão e verificação de identidade durante a avaliação: Sem supervisão e sem verificação de identidade

Informação adicional - Não aplicável

Chave de autenticação: 30YITXW1LTM1MV

Pág 2/4

Link de verificação: <https://verificacaodocumentos.ips.pt>



Anexo IV – Certificado de Participação nas Jornadas

4-5
ABRIL'25

**HOTEL TRYP LISBOA
CAPARICA MAR**

MIPS

JORNADAS '25

JORNADAS
DE MEDICINA
INTENSIVA
DA PENÍNSULA
DE SETÚBAL

CERTIFICA-SE QUE

Inês Romão

Participou nas **1as Jornadas Medicina Intensiva da Península de Setúbal**, que se realizaram no Hotel Tryp Caparica Mar, nos dias 4 e 5 de Abril de 2025, e apresentou o **POSTER:**

"INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO SCOPING"

AUTORES: Inês Romão, Joana Telinhos, Sofia Padinha

COMISSÃO ORGANIZADORA

-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SETÚBAL
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARRÁBIDA
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LITORAL ALENTEJANO

Anexo V – Certificado de SAV



Certifica-se que **Joana Sofia Télinhos Pimentel Cantanhede**, nascido(a) em 04/06/1994, com o número de identificação civil ****6732, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 25/11/2022 a 26/11/2022, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 26 de novembro de 2022



O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 22150907

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR