



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Enfermagem Forense:
Conhecimentos dos Enfermeiros do Serviço de Urgência

Luís Carlos Nogueira de Oliveira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Luís Carlos Nogueira de Oliveira
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Enfermagem Forense:
Conhecimentos dos Enfermeiros do Serviço de Urgência

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Clementina Sousa

Junho, 2024

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram para o sucesso desta caminhada o meu Muito Obrigado!!!

Sem o apoio, o suporte, a colaboração e o carinho de família, amigos e colegas o mesmo não teria sido possível!

Um agradecimento especial ao Enfermeiro Fernando Rocha, enquanto enfermeiro gestor do serviço onde decorreu o estágio e à Enfermeira Madalena Alves, enfermeira orientadora, por toda a colaboração, paciência e incentivo!!!

Por fim quero agradecer à Professora Doutora Clementina Sousa pela partilha de conhecimento, disponibilidade, profissionalismo e acima de tudo, por ter acreditado mais do que eu próprio no culminar desta etapa!

Obrigado!

Todo este caminho, todo este percurso... assim como toda a minha vida é dedicado às pessoas da minha vida!

É sempre por e para elas!

PENSAMENTO

“E que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Este Relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP), do VIII Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este período formativo prevê proporcionar ao formando o complemento da formação, através da sua integração num contexto profissional que lhe permita desenvolver competências especializadas comuns e específicas em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes: a primeira diz respeito à contextualização do estágio e análise e reflexão crítica sobre as atividades realizadas e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC); a segunda parte é dedicada ao estudo de investigação de natureza quantitativa, observacional e descritivo-correlacional, que visou avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre práticas de Enfermagem Forense (EF) num serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC), com uma amostra não probabilística de 83 enfermeiros. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário, distribuído e preenchido via online.

Dos resultados constata-se que globalmente, os enfermeiros apresentam bons conhecimentos sobre EF (74,7% respostas corretas), embora 66,3% considerem não saber atuar com segurança perante situações de violência/crime. A maior parte (88%) não realizou qualquer formação em EF, Ciências Forenses e/ou práticas forenses, no entanto 74,7% considera importante e 19,3% muito importante a sua inclusão no plano de formação do serviço. Na associação entre os conhecimentos sobre práticas em EF e as variáveis socioprofissionais, sexo, idade, formação académica e profissional, constatou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas no percentual das respostas certas.

Desta experiência formativa, realça-se a importância da intervenção diferenciadora do EEMCPSC na melhoria contínua da qualidade de cuidados, num contexto tão complexo como um SU. A nível individual, enfatiza-se o papel da formação em enfermagem no aprofundamento de competências, na interação com o contexto envolvente, num continuum de aprendizagem ao longo da vida.

Palavras-chave: Conhecimentos; Práticas; Enfermagem Forense; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

This Report is part of the Professional Internship, of the VIII Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, of the Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

The Professional Internship aims to provide the trainee with additional training, through their integration into a professional context that allows them to develop common and specific specialized skills in Medical-Surgical Nursing.

This document is structured in two parts: the first concerns the contextualization of the internship and analysis and critical reflection on the activities carried out and their contribution to the development and acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in intervention area for Persons in Critical Situation; the second part is dedicated to a quantitative, observational and descriptive-correlational study, which aimed to evaluate nurses' knowledge about Forensic Nursing practices in a medical-surgical emergency service with a non-probabilistic sample of 83 nurses. A questionnaire distributed and completed online was used as a data collection instrument.

The results show that overall, nurses have good knowledge about Forensic Nursing (74.7% correct answers), although 66.3% consider that they don't know how to act safely in situations of violence/crime. The majority (88%) didn't have any training in Forensic Nursing, Forensic Sciences and/or forensic practices, however 74.7% consider it important and 19.3% very important to include it in the service's training plan.

From this training experience, we highlight the importance of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for Persons in Critical Situation differentiating intervention in the continuous improvement of the quality of care, in a context as complex as an Emergency Service. At an individual level, the role of nursing training is highlighted in deepening skills, in interaction with the surrounding context, in a lifelong learning continuum.

Keywords: Knowledge; Practice; Forensic Nursing; Emergency Service.

LISTA DE SIGLAS

ACSA	Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APEF	Associação Portuguesa de Enfermagem Forense
DGS	Direção Geral de Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EEEMCPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica
ENP	Estágio de Natureza Profissional
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IAFN	<i>International Association of Forensic Nurses</i>
ICN	<i>International Council Of Nurses</i>
INML	Instituto Nacional de Medicina Legal
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
OBS	Serviço de Observações
OMS	Organização Mundial de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCA	<i>Patient Controlled Analgesia</i>
PCEA	<i>Patient Controlled Epidural Analgesia</i>
PNCI	Plano Nacional de Controlo de Infeção
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SE	Sala de Emergência
SMI	Serviço de Medicina Intensivo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SUMC	Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

STM	Sistema de Triagem de Manchester
VV	Via Verde
VVAVC	Via Verde do Acidente Vascular Cerebral
VVT	Via Verde Trauma
WHO	World Health Organization

LISTA DE ACRÓNIMOS

INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
RAM	Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

LISTA DE ABREVIATURAS

p.	Página
pp.	Páginas

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE SIGLAS.....	VII
LISTA DE ACRÓNIMOS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XIII
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS....	17
1.1 Contextualização do Estágio de Natureza Profissional	18
1.1.1. Caraterização do serviço de urgência.....	18
1.2. O cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica.....	22
1.3. Atividades desenvolvidas, aprendizagens e competências especializadas adquiridas: análise e reflexão crítica	25
1.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	26
1.3.2. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
1.3.3. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
1.3.4. Domínio da Gestão de Cuidados.....	34
1.3.5. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	37
1.4. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista no cuidado à pessoa em situação crítica	40
1.4.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	41
1.4.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	46
1.4.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	48
CAPÍTULO 2.	51
SABERES E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM FORENSE - UM ESTUDO DE.....	51
INVESTIGAÇÃO	51
2.1. Enfermagem Forense: emergência, conceptualização e práticas	52
2.1.1. Enfermagem Forense em Portugal.....	53
2.1.2. Enfermagem Forense no Serviço de Urgência.....	56
2.1.3. Conceito de prova e vestígio	58
2.1.4. Recolha e manutenção de provas/vestígios no serviço de urgência.....	59

2.1.5. Cadeia de custódia	66
2.2. Metodologia.....	67
2.2.1. Variáveis	69
2.2.2. Tipo de estudo.....	70
2.2.3. Contexto, População e Amostra.....	70
2.2.4. Instrumento de recolha de dados.....	71
2.2.5. Procedimentos Formais e Éticos	72
2.2.6. Tratamento dos dados e procedimentos estatísticos	73
2.2.7. Resultados	75
2.2.8. Discussão dos resultados.....	97
2.2.9. Conclusões do estudo.....	101
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	116
Anexo 1 – AUTORIZAÇÃO ENFERMEIRO GESTOR/DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	117
Anexo 2 – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CONHECIMENTOS.....	119
Anexo 3 – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO	123
Anexo 4 – RELATÓRIO – CARRO EMERGÊNCIA - SERVIÇO COVID.....	129
Anexo 5 – RELATÓRIO – CARRO EMERGÊNCIA – SERVIÇO OBS	134
Anexo 6 – CERTIFICADO “ENFERMAGEM FORENSE: UMA REALIDADE” .	139
Anexo 7 – CERTIFICADO “III CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023 – 1.ª SESSÃO”	141
Anexo 8 – CERTIFICADO “III CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023 – 2.ª SESSÃO”	143
APÊNDICES	145
Apêndice 1 – QUESTIONÁRIO CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	146
Apêndice 2 – NORMA: GESTÃO DAS EXPOSIÇÕES/RECLAMAÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	162
Apêndice 3 – FORMAÇÃO: ENFERMAGEM FORENSE	165

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões, itens e pontuação do questionário.....	72
Tabela 2 - Consistência interna das dimensões e do total do instrumento	76
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra: frequência absoluta e relativa	77
Tabela 4 - Tempo de exercício profissional e no SU dos enfermeiros: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimos e máximos	79
Tabela 5 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Conceito de Enfermagem Forense	80
Tabela 6 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Situações forenses	81
Tabela 7 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Vestígios Forenses	81
Tabela 8 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Comunicação e Documentação	82
Tabela 9 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Cuidados de Enfermagem Gerais.....	83
Tabela 10 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Preservação de Vestígios.....	83
Tabela 11 - Média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da pontuação (total e respostas corretas), do número de respostas corretas, erradas e com indecisão, e das dimensões do questionário	84
Tabela 12 - Correlação de Pearson entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro e no serviço de urgência com a pontuação (total e respostas corretas) e com cada dimensão do questionário	85
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre a pontuação (total e respostas corretas) e algumas variáveis ordinais.....	86
Tabela 14 - Correlação de Spearman entre a classificação do conhecimento sobre práticas de enfermagem forense com algumas variáveis ordinais e quantitativas.....	87

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre a importância atribuída ao conhecimento sobre práticas de enfermagem forense no âmbito da prática profissional com algumas variáveis ordinais e quantitativas	88
Tabela 16 - Correlação de Spearman entre a importância atribuída à inclusão de conteúdos sobre enfermagem forense no plano de formação com a pontuação total e de respostas corretas	88
Tabela 17 - Correlação entre a pontuação (total e respostas corretas) e as dimensões do questionário	89
Tabela 18 - Correlação ponto-bisserial entre a pontuação obtida nos conhecimentos e práticas de enfermagem forense com variáveis nominais dicotômicas.....	89
Tabela 19 - Associação entre a variável “Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?” e as suas classes e um conjunto de variáveis categóricas.....	90
Tabela 20 - Associação entre a variável “Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?” e o conhecimento as suas classes e um conjunto de variáveis categóricas.....	91
Tabela 21 - Comparação entre sujeitos do sexo masculino vs sexo feminino, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário	91
Tabela 22 - Comparação entre sujeitos de diferentes estratos etários, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário	93
Tabela 23 - Comparação entre sujeitos com diferentes níveis de formação académica, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário	95
Tabela 24 - Comparação entre enfermeiros que receberam e que não receberam formação na área forense relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense.....	96

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 .- Modelo de Intervenção de Enfermagem Forense.....	55
Quadro 2 .- Tipos de categorias forenses	57
Quadro 3 .- Coeficientes de correlação	74
Quadro 4 .- Classificação de alfa de Cronbach	75

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é a ciência que envolve o cuidado, no sentido de ajudar as pessoas a atingir o seu potencial humano e promover a adaptação individual, facilitar a interação entre a pessoa e enfermeiro e promover a harmonia entre a pessoa e o ambiente circundante.

Nos últimos anos têm ocorrido inúmeras mudanças nas políticas de saúde, nas instituições e ao nível da própria sociedade que exigem cada vez mais do posicionamento da Enfermagem perante os cidadãos. Deste modo, surge assim uma necessidade permanente de desenvolvimento profissional que possa corresponder a um mundo em evolução vertiginosa.

A aquisição e aprofundamento de novos conhecimentos e competências representam o meio para atingir esse fim. Como tal, ingressei no VIII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e neste âmbito surge este relatório. A elaboração do presente Relatório de ENP surge no culminar desta etapa de aquisição de competências e pretende ser um documento crítico-reflexivo do percurso efetuado até aqui chegados.

Através da criação dos Colégios de Especialidade pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2009 foram produzidas alterações na atribuição dos títulos de especialista. Estas visam a aquisição de um conjunto de Competências Comuns (Regulamento 140/2019, 2019) e Competências Específicas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A aquisição de competências e os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica visam a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Estes exigem a conceção, a implementação e a avaliação de planos de intervenção, tendo como finalidade a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação face a situações críticas.

A Pessoa em Situação Crítica (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” (Regulamento nº 124/2011, 2011, p. 8656). Assim, a prestação de cuidados à PSC impõe a necessidade de uma “atuação segura,

imediate e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa”, onde a formação dos enfermeiros e o trabalho em equipa assumem-se como fatores primordiais para a sobrevivência da PSC (Nunes, 2015, p.188).

O enfermeiro especialista (EE) é que aquele que possui conhecimento aprofundado sobre um domínio específico, com formação humana, científica e técnica para prestar cuidados, particularmente em situações complexas, numa equipa de emergência.

Assim, em paralelo com os objetivos e competências inscritas no plano de estudos do curso de MEMC (Despacho nº 7710/2018) e no protocolo do ENP (Sousa, 2022) e em articulação com as competências comuns (Regulamento 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) (Regulamento nº 429/2018, 2018), definimos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal;
- Desenvolver competências comunicacionais;
- Desenvolver competências na gestão e supervisão de cuidados;
- Contribuir para a implementação de novas dinâmicas de intervenção que favoreçam a transformação/ inovação dos contextos da prática clínica;
- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver competências na prática de investigação.

O ENP decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de um hospital da zona norte de Portugal, onde foi possível o desenvolvimento das referidas competências, e decorreu entre 03 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023. Os serviços de urgência (SU), considerados como locais onde são atendidas todas as situações clínicas de instalação súbita

e com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (DGS, 2001), são serviços complexos e revestidos de impessoalidade.

Como resultado de uma inquietação pessoal escolhi o tema da Enfermagem Forense para desenvolver um estudo de investigação no serviço onde decorreu o ENP.

A criminalidade tem apresentado um crescimento exponencial ao longos dos tempos, tanto a nível mundial como a nível nacional. Como tal as questões forenses têm vindo a adquirir uma maior visibilidade, suscitando o interesse da população e da sociedade em geral, promovida pela visibilidade mediática e séries televisivas, promovendo assim a evolução desta temática (Santos, 2013).

Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência e/ou Emergência, de onde emergem os enfermeiros, têm como principal objetivo a assistência à pessoa prestando cuidados que visam a manutenção da vida e promoção da saúde. Não raras vezes, as condições para a recolha de vestígios forenses nem sempre são as ideais, e muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência (Gonçalves, 2011). Neste sentido torna-se fundamental que os enfermeiros do SU detenham conhecimentos nesta área de intervenção.

Este relatório divide-se estruturalmente em dois capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma abordagem descritiva e crítico-reflexiva, onde se abordam todas as atividades realizadas que sustentam o desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro especialista. O segundo capítulo dedica-se à investigação realizada, iniciando pelo enquadramento conceptual da problemática, seguindo-se a metodologia, resultados, a sua discussão e as conclusões do estudo. Finalmente, apresenta-se a conclusão final respeitante ao ENP e sugestões futuras.

Pretende-se assim evidenciar as aprendizagens e competências desenvolvidas para validar a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

**CAPÍTULO 1. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: DAS ATIVIDADES
REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS**

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O processo formativo em contexto clínico proporciona um leque de experiências enriquecedoras que contribuem para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências na área de enfermagem. O desenvolvimento de competências deve ser percebido como um processo dinâmico e contínuo, que ocorre através da reflexão sobre experiências de aprendizagem e competências desenvolvidas ou adquiridas ao longo deste processo.

Realizar o ENP no local onde exerço funções revelou-se um desafio acrescido, levando-me a um outro olhar sobre o dia-a-dia de cuidados, a procurar com sentido mais crítico e intencional, novas e diferentes oportunidades de desenvolvimento que reflitam repercussão no meu futuro profissional. Assim, senti necessidade de “pensar diferente” para “agir diferente”, envolver-me em novos desafios, deixar a minha zona de conforto e arriscar, crescer e melhorar, enquanto profissional e futuro EEEMCPSC.

Durante o estágio existe uma interação entre o estudante em formação, o contexto de trabalho e o processo formativo, potenciando o pensamento crítico e o desenvolvimento de competências. Este orienta-se pelos objetivos do ENP e pessoais que constam na introdução deste relatório, orientados pelo perfil de competências do EEEMCPSC, cuja reflexão é apresentada nos subcapítulos seguintes.

1.1.1. Caracterização do serviço de urgência

De acordo com o Ministério da Saúde, a rede de serviços de urgência integra três níveis de capacidade de resposta, são eles: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho 10319/2014, 2014).

O Serviço de Urgência (SU) é o contexto de cuidados de saúde hospitalares onde ocorre o primeiro contacto com o doente crítico¹. “O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p. 1). A situação de urgência requer uma intervenção de avaliação e/ou correção, podendo ser ao nível curativo ou paliativo. Emergência é uma situação em que existe risco de perda de vida ou da função orgânica, com necessidade de intervenção num curto espaço de tempo. A situação crítica refere-se à condição em que se não for rapidamente reversível, necessitará de métodos de suporte avançado de vida e de órgãos (ACSS, 2015).

O SU onde decorreu o ENP está localizado no piso 2 do edifício principal de uma instituição hospitalar da Região Norte, tendo como capacidade de resposta o nível de SUMC, que é o nível de resposta intermédio às situações de Urgência e Emergência. É uma unidade orgânico-funcional que tem como finalidade prestar cuidados de saúde direcionados às necessidades da população da sua área, proporcionando através de uma resposta atempada, rigorosa e eficiente, longevidade com qualidade de vida. O SU é responsável por avaliar e orientar os doentes urgentes e emergentes, de acordo com os recursos existentes, assegurando as funções vitais do doente, com vista a estabilizar, tratar definitivamente, ou se não for possível, realizar o devido encaminhamento para o local melhor preparado para o tratamento definitivo do mesmo (website institucional). Este serviço é constituído pela urgência geral, urgência pediátrica e urgência ginecológica e obstétrica, tendo o ENP decorrido apenas na urgência geral e onde também exerço a minha atividade profissional.

A missão do serviço de urgência consiste em prestar “cuidados de saúde diferenciados em situações de urgência e emergência, em articulação com os cuidados de saúde primários e as instituições hospitalares que integram a rede do Serviço Nacional de Saúde” e a “formação contínua de todos os profissionais envolvidos nas atividades do SU” (website institucional, 2016, p. 2). Os objetivos deste serviço consistem em “responder com eficácia e polivalência aos cuidados de saúde solicitados, desenvolver a sua atividade de acordo com os avanços

¹ Neste relatório pode utilizar-se o termo doente crítico, utente, cliente, paciente, sendo que tal deve entender-se como “pessoa em situação crítica”, que é alvo dos cuidados de enfermagem, como definido no Regulamento n.º 429/2018.

contínuos da medicina e contribuir com as condições necessárias aos profissionais para o alcance do desiderato a que se propõe” (website institucional, 2016, p.2).

No SU, a escala mensal de trabalho é elaborada pelo enfermeiro gestor e diariamente são definidas equipas de trabalho, coordenadas por um chefe de equipa (médico) e um enfermeiro responsável de turno (responsável pela gestão diária do serviço em cada turno). A equipa é constituída por: médicos; enfermeiros; técnicos de diagnóstico e terapêutica; assistentes técnicos; assistentes operacionais; assistente social; pessoal dos serviços gerais; seguranças e voluntários.

Atualmente a equipa de enfermagem é constituída por 97 enfermeiros (um enfermeiro gestor, quatro enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e noventa e um enfermeiros de cuidados gerais).

O cálculo das dotações de enfermagem deve refletir uma combinação adequada de competências dos enfermeiros, sendo importante atender a aspetos como o número de enfermeiros especialistas e a experiência profissional destes. Em Portugal atende-se essencialmente ao número de enfermeiros e às horas de cuidados prestadas, com recurso ao Sistema de Classificação de doentes em Enfermagem (SCD/E). Dos números apresentados facilmente percebemos que o rácio de enfermeiros especialistas no serviço é manifestamente baixo.

A American Nurses Association (ANA, 2015) considera que se está na presença de uma dotação de enfermagem adequada quando em qualquer momento são asseguradas condições de trabalho isentas de risco e está disponível a quantidade de horas de enfermagem disponíveis e o número de enfermeiros, com uma experiência, formação e combinação de competências adequadas, que permita satisfazer as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem.

No que respeita à organização e planeamento dos cuidados de enfermagem aplicados neste SU podemos afirmar que o método de trabalho adotado é o método individual, uma vez que os enfermeiros estão divididos em diferentes áreas de trabalho em cada turno. Nessa área cada enfermeiro assume uma abordagem de total responsabilidade pelos utentes aí alocados. Na minha opinião este método de trabalho ajusta-se à realidade deste SU, que cresceu em

dimensão física, e desta forma será mais fácil atingir uma prática profissional segura e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Estão definidas as competências dos enfermeiros do SU, das quais se destacam as que vão de encontro ao regulamento de competências específicas do EEEMCPSC:

“Os enfermeiros da equipa do SU identificam, organizam, coordenam, executam, e avaliam as intervenções de enfermagem... Utilizam princípios e técnicas de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais... Acolhem o utente em situação de urgência/emergência... Colaboram na elaboração e atualização de protocolos referentes a normas e critérios de atuação em situações de urgência/emergência... Procedem ao acompanhamento do utente no transporte intra e inter-hospitalar... Colaboram na partilha do conhecimento, nos projetos de formação e investigação, tendo em conta a evolução e qualidade de cuidados.” (Website institucional, 2016, p.13)

As valências médicas disponíveis 24 horas por dia no serviço de urgência são: medicina geral e familiar, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, ortopedia, imunohemoterapia, imagiologia, patologia clínica e bloco operatório. Durante a semana no período diurno o serviço dispõe também de urgência de cirurgia vascular, oftalmologia e otorrinolaringologia. A psiquiatria funciona todos os dias das 8h às 20h e a cardiologia dá apoio ao serviço de urgência durante as 24 horas, embora não se encontre em presença física permanente no serviço de urgência.

O SUMC privilegia a orientação dos doentes através da ativação dos fluxos das Vias Verdes (VV), nomeadamente a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) e a Via Verde Trauma (VVT), em funcionamento 24 horas por dia, cabendo ao serviço garantir a criação e revisão dos protocolos necessários com vista à sua implementação e melhoria contínua. Dispõe de uma equipa de emergência interna, constituída por um enfermeiro do SUMC e um médico intensivista do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) que dão apoio a situações emergentes que ocorrem nos diversos serviços do hospital.

Relativamente à estrutura física, o serviço de urgência geral foi alvo de uma ampliação e remodelação recente (2019-2020), sendo atualmente constituído pelas seguintes áreas:

triagem de prioridades (Triagem de Manchester); triagem médica (área verde e área amarela); sala de psiquiatria; sala de emergência; área médica (área laranja); área cirúrgica e ortopédica; sala de trauma; unidade de decisão clínica e uma área de internamento designada de OBS (sala de observações) com capacidade para 8 utentes.

1.2. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de saúde e como consequência, os cuidados de enfermagem e a Enfermagem sofreram uma grande evolução, assumindo, atualmente, uma maior importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização são uma realidade transversal à generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A essência da profissão de enfermagem é o cuidar. Um cuidar onde, não só são exigidos os conhecimentos técnicos e científicos, mas também os que nos capacitam para os cuidados relacionais, humanos e éticos. É por isso fundamental que o cuidado seja eficiente e prestado de forma humanizada.

Mendonça (2009) assegura que a “saúde, inserida nos novos contextos, exige profissionais detentores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. Os enfermeiros, atores deste processo dinâmico e progressivamente evolutivo, aplicam saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos” (p.51). Salienta ainda que a “formação e desenvolvimento profissional, apontam para a necessidade do indivíduo “querer ser” competente, criando estratégias para promover a qualidade do seu exercício” (p.51).

Assim, fruto desta complexidade e exigência, muitos enfermeiros, tal como eu têm optado por realizar uma diferenciação e especialização, de forma a melhorar os cuidados que praticam nas diversas áreas de atuação. De forma a acompanhar esta premissa, existem diversas áreas de especialidade em enfermagem previamente criadas pela OE.

O EE “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4744).

Neste sentido, o EE será capaz de prestar cuidados especializados, qualificados, de forma contínua permitindo a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com vista à recuperação total dos doentes.

Além disso, o enfermeiro especialista também é responsável por garantir o conforto e a segurança do utente, prestando suporte emocional e psicológico tanto ao utente quanto aos seus familiares.

Para ser capaz de dar resposta a este cuidado especializado e diferenciado, o EEEMCPSC terá de agregar em si, em primeiro lugar as competências comuns a todos os EE, que são: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e simultaneamente as competências específicas para esta área de especialidade descritas no regulamento nº 429/2018 e que serão abordadas no contexto das atividades desenvolvidas neste ENP.

A Enfermagem é a profissão que se dedica ao cuidado da saúde das pessoas em diferentes fases da vida e em diversas condições de saúde. Quando se trata de pessoas em situação crítica, como muitas daquelas que cuidamos no SU, a atuação do enfermeiro especialista é ainda mais crucial.

O doente crítico é aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência da falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011).

A PSC e/ou falência orgânica constitui o foco do cuidar para o EEEMCPSC, sendo que o cuidado especializado à PSC envolve uma série de ações que visam monitorizar e controlar as funções vitais do utente, como a permeabilização da via aérea, a respiração, a circulação sanguínea, o nível de oxigenação do sangue e o estado de consciência. Nesse contexto, a enfermagem desempenha um papel fundamental na avaliação contínua do estado de saúde do utente, observando possíveis mudanças nos sinais vitais e nos indicadores clínicos, e tomando decisões e medidas imediatas para evitar complicações ou agravamento do estado clínico.

Para este cuidado especializado à PSC, o EE necessita de ser detentor de conhecimentos teóricos atualizados e apoiados na melhor evidência científica, competências clínicas (técnico-científicas e relacionais), de pensamento crítico e de gestão de cuidados, que lhe permitam tomar decisões de forma eficiente e segura em ambientes de alta complexidade, como são os SU e em particular as Salas de Emergência (SE).

Para orientar e desenvolver o meu percurso enquanto EE, desenvolvi a minha atuação baseando-me não só nas competências anteriormente enunciadas, mas também pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados à PSC, conforme Regulamento nº 361/2015, que se encontram fundamentados em quatro importantes conceitos: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de Enfermagem. A presença contínua destes padrões levamos à procura da excelência dos cuidados, com vista à satisfação do cliente.

Durante este mesmo percurso e apesar de neste SU onde foi desenvolvido o ENP não estar oficialmente adotado nenhum modelo teórico para a prática dos cuidados de enfermagem, procurei sempre ter presente a teoria de médio alcance de Afaf Meleis, no que respeita à abordagem da PSC, e o modelo concetual de Benner, no que concerne ao desenvolvimento de competências.

Segundo Meleis (2010) as transições são desencadeadas por eventos críticos em ambientes ou indivíduos. A transição é assim a mudança que acompanha a pessoa dum estado para o outro, não significando necessariamente um processo de doença.

Quer em contexto de SU, quer em contexto de internamento, os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam com o doente e, conseqüentemente, são eles que, aquando dos cuidados, mais encaram processos de transição resultantes de mudanças que afetam o estado de saúde dos doentes (Meleis, 2010). Para a mesma autora, o enfermeiro assume um papel importante ao longo de todo o ciclo vital dos seus clientes, na adaptação dos mesmos aos contextos transacionais.

Na situação de SU descrito neste relatório, as transições mais vivenciadas pelas pessoas, consistem na passagem de um estado saudável para um estado de doença aguda ou um estado de doença crónica para um estado de agudização da mesma. Nestes contextos as pessoas tornam-se incapazes de realizar as suas Atividades de Vida Diárias, sendo o enfermeiro o substituto da pessoa na realização das mesmas. Segundo Meleis (2010) no

contexto de SU a intervenção do enfermeiro à PSC com carácter urgente e/ou emergente, tem como principal objetivo promover o início do percurso de consciencialização da pessoa e familiares em relação às possíveis alterações de vida e ou de dinâmicas familiares que a situação de doença possa implicar (transição saúde-doença).

O enfermeiro revela-se um elemento fundamental neste processo, para que o utente vivencie uma transição saudável, na seleção das melhores estratégias e intervenções individualizadas.

Qualquer mudança na vida de um indivíduo provocará uma adaptação. Cardoso et al. (2019) acrescenta que os enfermeiros durante a sua prática, para além de assistirem na satisfação das necessidades humanas do cliente de que cuidam, também atuam com o propósito de compreender e auxiliar o processo de transição pelo qual os indivíduos passam.

Podemos concluir que a PSC e/ou falência orgânica passa por diversos processos de transição, onde o enfermeiro pode e deve representar o elemento facilitador, para ajudar a ultrapassar os mesmos.

1.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS, APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ADQUIRIDAS: ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA

A Enfermagem é descrita desde sempre como a profissão do “Cuidar”, e o cuidar sendo uma arte desenvolvida pelo enfermeiro, combina de acordo com Hesbeen (2000), elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição que lhe vão permitir cuidar alguém na sua situação singular. No contexto particular do SU, o enfermeiro terá de desenvolver um perfil profissional que lhe permita juntar à qualificação diferenciada a capacidade de implementar as intervenções adequadas ao seu juízo clínico, aliando conhecimento técnico e científico ao seu papel próprio para abordar a pessoa e a sua família numa perspetiva holística (Vargas e Ramos, 2010).

Para Benner (2001, p. 201) “(...) a enfermeira é um profissional clínico - um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo”. É cada vez mais exigido aos enfermeiros uma atualização permanente na lógica de aprendizagem ao longo da sua vida profissional. Foi com esse intuito e também pelo sentimento de necessidade de um novo

desafio que ingressei no mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, com a finalidade de desenvolver competências diferenciadas para melhorar a qualidade de cuidados prestados, nesta área de especialidade, particularmente à PSC.

Ainda segundo a mesma autora o processo de aquisição de competências é descrito por diferentes níveis de desenvolvimento das competências - principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito, identificando as necessidades na área de ensino e aprendizagem dos enfermeiros (Benner, 2005). A perícia profissional do enfermeiro é atingida após enorme experiência, em que compreende de forma intuitiva todas as situações. O perito é aquele que detém conhecimento profundo acerca de um determinado tema ou domínio, que possui conhecimentos e habilidades dirigidas a um fim definido. O enfermeiro perito é aquele que não se baseia apenas em princípios, linhas orientadoras ou regras, mas sim na sua experiência e compreensão intuitiva, através do seu percurso individual ao longo do tempo, pelo que se aplica a profissionais. Le Boterf (2003), referindo-se à competência, define-a como um saber agir em ação, profissionalmente responsável. A competência situa-se em três grandes eixos formados pela pessoa, pela formação e pela experiência profissional. Para este autor, a competência só pode ser competência em situação, a que é colocada no ato.

Como anteriormente referido, a formulação dos objetivos do ENP orientaram-se por dois regulamentos que são o complemento um do outro: o Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento nº 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Nos subcapítulos seguintes são abordadas, de forma descritiva e crítico-reflexiva, as atividades realizadas e as competências adquiridas ou desenvolvidas (comuns e específicas) do EEEMCPSC, no âmbito do ENP.

1.3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Conforme o descrito no Estatuto da OE e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), os enfermeiros no exercício da sua atividade contribuem para as diversas áreas da enfermagem, designadamente para a área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, com o intuito na promoção da melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (OE, 2015b).

As competências comuns são transversais a todos os EE, ou seja, competências que todos partilham, independentemente da sua área de especialidade, comprovadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e também pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, 2019). Segundo o mesmo regulamento, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.3.2. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio refere-se ao desenvolvimento da prática de enfermagem, com caráter ético e legal, na sua área de especialidade, orientada pelos princípios éticos, normas legais e deontologia profissional. As principais competências a adquirir referentes a este domínio são: desenvolver “uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Na mesma fonte está plasmado que o EE, no exercício das suas funções, deverá demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando as suas capacidades de tomada de decisão e um corpo de conhecimentos sustentado no domínio ético-deontológico na avaliação sistemática das melhores práticas e segundo as preferências de cada pessoa cuidada.

A deontologia profissional representa o instrumento que fundamenta o agir profissional do enfermeiro, composto por um conjunto de regras e indicações práticas orientadoras da forma como o enfermeiro deverá atuar na qualidade de membro de um grupo (OE, 2015a).

Os enfermeiros no seu exercício profissional assumem um papel essencial na prestação de cuidados de saúde à população, onde sustentam e orientam as suas tomadas de decisão, prática e atos delegados em princípios orientadores como a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício, assumindo sempre uma conduta responsável e ética e atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015a; OE, 2015b).

Os enfermeiros são responsáveis por proteger e garantir os direitos humanos em todos os momentos e situações, garantindo os cuidados adequados face aos recursos disponíveis de forma ética. É também da sua responsabilidade garantir que a pessoa cuidada recebe toda a informação adequada no sentido de consentir o tratamento ou o procedimento de forma livre, informada e esclarecida (Nunes, 2020).

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela interação e relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, onde “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015b, p. 80).

Durante o período de ENP, procurei sempre desenvolver uma prática que respeitasse os direitos das pessoas doentes e da sua família, e os princípios bioéticos considerados fundamentais em saúde: respeito, justiça, beneficência e não-maleficência, referida no artigo 81º dos valores humanos, presente na deontologia profissional dos enfermeiros. (OE, 2015).

O respeito pela dignidade da Pessoa Humana tem de ser o foco da intervenção em cuidados de saúde, não podendo nunca ser descurado tendo em conta as crenças e valores. Podemos assim evocar Madeleine Leininger e a sua Teoria do Cuidado Transcultural, teoria esta focada em fornecer cuidados que estejam em harmonia com as crenças, práticas e valores culturais dos utentes (George, 2000). Esta teoria enfatiza a importância da cultura e da diversidade no cuidado de enfermagem. Apresenta como aspetos positivos o reconhecimento da importância da cultura e da diversidade nos cuidados de enfermagem, incentiva os enfermeiros a serem culturalmente competentes ao desenvolver novas habilidades e conhecimentos, enfatiza também a importância de incluir a perspetiva do utente, levando em consideração suas crenças, valores e práticas culturais. Como pontos negativos esta pode ser complexa e difícil de aplicar na prática, especialmente onde há múltiplas culturas presentes. Tendo em conta que as sociedades atuais são multiculturais, estando o mesmo a acontecer no nosso país, poderá ser uma teoria importante no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Na perspetiva ética - a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções de enfermagem, tal como nos diz o nº 1 do artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005).

Na prática quotidiana dos enfermeiros de um serviço de urgência os dilemas éticos são uma constante. Questões como a recusa de tratamentos e procedimentos, obstinação terapêutica, a privacidade, a intimidade, o consentimento informado, a confidencialidade e o sigilo profissional fazem parte do nosso dia a dia. No decurso deste ENP, as questões éticas que mais relevância assumiram foram a privacidade, a intimidade, o consentimento informado, a confidencialidade e o sigilo profissional.

Durante a minha prática diária neste ENP deparei-me com momentos em que o doente se encontrava em fim de vida a curto prazo, com mau prognóstico, doentes, maioritariamente admitidos na SE e que mesmo após instituídas todas as medidas, o prognóstico não se alterou. Nestas situações tive em atenção os cuidados de final de vida, como facilitar a presença dos familiares para acompanharem os últimos momentos de vida da PSC, mesmo na sala de emergência, e informar da possibilidade de mais familiares se deslocarem ao hospital para o fazerem. Apesar de todas as condicionantes de uma sala de emergência foi sempre possível encontrar formas de facultar estes momentos quando os familiares assim o entendiam fazer. Uma pessoa de cada vez de forma a não interferir com a restante atividade da SE, na medida em que apresenta capacidade para atendimento a três PSC em simultâneo. Assim, foi possível respeitar a vontade dos familiares e o direito da pessoa em estar acompanhada nos últimos momentos da sua vida, promovendo a humanização dos cuidados.

Em relação à gestão dos cuidados na equipa, de forma a fomentar a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa, baseei-me na Carta dos Direitos do Doente Internado (Direção-Geral de Saúde [DGS,2020]), em que o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico/enfermagem.

Este serviço de urgência foi alvo de uma ampliação e remodelação recente, sendo notório que houve preocupação em criar salas próprias para realização de procedimentos invasivos e outros que obrigam a uma maior exposição corporal, de forma a garantir a privacidade, o sigilo e assegurar dignidade à pessoa alvo do nosso cuidado. No entanto, fruto também das características próprias de um SU (sobrelotação, elevada rotatividade, excesso de tempo de permanência no mesmo...) nem sempre é possível assegurar essa mesma privacidade. Um momento que se pode tornar exemplo disso é a passagem de turno (que é realizada junto ao utente), uma vez que as salas são em modo open space. Este facto pode levar a que os outros utentes e até familiares tenham acesso à informação partilhada entre os profissionais de saúde e até entre o profissional de saúde e o próprio utente. Assim procurei adotar algumas

estratégias que pudessem minimizar estes riscos, tais como: uso de cortinas e biombo para manter os utentes o mais resguardado possível, aumento do espaço de separação entre as macas o recurso a um tom de voz adequado.

Procurei focar-me no envolvimento da família no acesso à informação e na partilha da mesma, quer no que diz respeito à informação clínica, mas também em relação às dúvidas, receios e medos. Utilizei uma comunicação assertiva, calma e adequada a cada situação e tentei ser empático, respeitando sempre os valores e as crenças de cada individualidade.

Adotei assim uma prática profissional alicerçada no respeito pela dignidade da pessoa humana enquanto ser único.

1.3.3. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria da qualidade pretende-se que o enfermeiro apresente um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, para além de desenvolver “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

A OMS (2020) descreveu os cuidados de saúde de qualidade como sendo cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas e para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser oportunos, eficientes, equitativos e integrados.

A qualidade em saúde refere-se à prestação de cuidados de forma acessível e equitativa, com recurso a um nível profissional excelente, considerando os recursos disponíveis, com vista a atingir a adesão e satisfação do cidadão. Esta está ainda relacionada com a segurança dos cuidados, promovendo uma sustentabilidade quer do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer do sistema de saúde português.

A criação e implementação de sistemas de qualidade em saúde emerge como uma ação prioritária, sendo a qualidade em saúde uma tarefa multiprofissional. Neste sentido, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que esta definição fomenta a melhoria dos cuidados de enfermagem e a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Martins et al., 2016).

Desta forma em 2017, a OE procedeu à atualização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, “no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica consoante o alvo e contexto de intervenção” (OE, 2017b, p.2). Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de saúde e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estes constituem-se como um referencial dos cuidados de enfermagem e promovem a reflexão e criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Assim, o enfermeiro especialista assume um comportamento relevante na promoção, elaboração, colaboração e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2017b).

Assim ao longo do estágio procurei que os cuidados prestados fossem suportados pelas normas, protocolos e instruções de trabalho, em vigor no serviço, baseados em evidência científica, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, foram várias as oportunidades de desenvolver atividades protocoladas, normas ou instruções de trabalho, dando-me a possibilidade de implementar e consolidar práticas seguras como a realização da checklist no início do turno nomeadamente na sala de emergência, a participação em auditorias internas, o conhecimento das normas em vigor no serviço e a prestação de cuidados aquando da ativação de uma VV.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem é um objetivo fundamental para garantir a segurança, eficácia e a satisfação dos utentes. Envolve um processo contínuo de avaliação, planeamento, implementação e monitorização das práticas, no sentido da procura da excelência dos cuidados prestados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (DGS, 2022) atribui relevância à qualidade e à segurança na saúde, apresentando como objetivo a consolidação e a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, designadamente, no SNS. Este assenta em cinco pilares, nomeadamente: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e realização de práticas seguras em ambientes seguros (Diário da República nº 187/2021, Série II).

A melhoria da qualidade e segurança da pessoa é uma preocupação muito patente na política na unidade hospitalar onde se desenvolveu o estágio, sendo uma área prioritária de intervenção para o hospital, e naturalmente no SU. É uma entidade certificada pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), onde os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Embora já fosse conhecedor da política hospitalar neste âmbito, o facto de me encontrar em processo de formação académica levou-me a pesquisar e a procurar saber mais sobre determinados procedimentos e normas que, por vezes, no dia a dia enquanto profissional podemos não dar a devida atenção.

Assim, no decurso do estágio, de forma a promover e participar ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados, consultei e pude rever os protocolos/normas existentes no serviço, consultando e esclarecendo as dúvidas com a enfermeira orientadora numa perspetiva de partilha de opiniões e conhecimentos.

Esta consulta das normas e protocolos em vigor no SU foi importante para mim, uma vez que também faço parte do grupo dinamizador do projeto de candidatura à idoneidade formativa da OE para o serviço de urgência, após ter sido convidado pelo enfermeiro gestor para integrar o mesmo.

Foi necessário fazer uma junção e atualização de todos os documentos para submissão da candidatura. Iniciei este projeto enquanto decorria o estágio e continuarei no mesmo nas seguintes fases, na qualidade de profissional do serviço.

Durante estas semanas de aprendizagem contínua, foi possível reconhecer a importância que os protocolos e as normas assumem, fundamentados na investigação e evidência científica mais atual, bem como dos programas de auditorias internas e externas em linha com as metas internacionais, para a qualidade e segurança da pessoa. Em suma, para a melhoria contínua na prestação dos cuidados.

Deste modo, colaborei e participei ativamente no processo de auditoria realizado mensalmente e sempre que necessário aos carros de emergência do serviço, acompanhando

a enfermeira orientadora nessa atividade, e na elaboração do respetivo relatório (Anexo 4 e 5).

Pude também dar resposta a outro desafio no domínio da melhoria contínua da qualidade tendo criado um protocolo/norma para a Gestão das Reclamações no serviço de urgência (Apêndice 2), no qual sou o responsável por dar resposta a todas as exposições/reclamações direcionadas ao SU, no prazo de 5 dias úteis.

Foi-me possível participar de forma ativa na gestão do risco clínico, uma vez que a enfermeira tutora do meu ENP é a responsável por esse domínio no serviço de urgência. Através do contato mais aprofundado com a aplicação em uso no serviço, *Health Event and Risk Management* (Her+) para a notificação destes eventos, uma vez que por vezes em contexto profissional e com a azáfama diária acabamos por muitas vezes não atribuir a devida importância a estes mecanismos.

A aplicação Her+ é uma plataforma informática de registo de eventos adversos que tem como objetivo facultar a todos os colaboradores o processo de declaração de erros, acontecimentos adversos e acidentes que ocorram durante o seu turno, a qual está adaptada às necessidades dos utilizadores, permitindo eficazmente o acompanhamento, análise e resolução das situações identificadas.

A declaração do evento pode ser registada em qualquer posto de trabalho, com a possibilidade de ser efetuada em anónimo ou com identificação do autor. A informação é enviada para a área da Qualidade e Segurança - Gestão de Risco, onde é efetuado o acompanhamento e análise.

Colaborei ainda com os técnicos de higiene e segurança no trabalho do hospital na revisão/atualização do relatório relativo aos riscos não clínicos do serviço de urgência, uma vez que foi necessária esta atualização após as obras de remodelação e ampliação que o serviço sofreu e também para dar resposta aos itens da candidatura à idoneidade formativa da OE.

Como resultado destas atividades foi elaborado um novo manual relativo aos riscos não clínicos do SU, da competência do Gabinete de Higiene e Segurança no Trabalho, que

posteriormente foi englobado nos documentos necessários para a formalização da candidatura à idoneidade formativa da OE, tendo sido aceite pela mesma.

1.3.4. Domínio da Gestão de Cuidados

No domínio da gestão de cuidados o enfermeiro “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

O exercício de funções de gestão pelos enfermeiros apresenta-se como um fator “determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Diário da República nº 21/2018, Série II, p. 3478).

Na Enfermagem, a gestão apresenta duas dimensões complementares entre si, a dimensão da gestão, que visa a organização do trabalho e dos recursos humanos, e a dimensão da assistência, que visa a prestação de cuidados fundamentados nas necessidades de cuidados à pessoa (Mororó et al., 2017).

Competências como a liderança, a comunicação, o trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, interação, tomada de decisão e cooperação são atributos essenciais para o exercício de funções de gestão pelo enfermeiro (Soares et al., 2016; Mororó et al., 2017).

Como sublinha Martins et al. (2020), os enfermeiros desenvolvem atividades ao nível da prestação de cuidados e de gestão nas organizações, onde enquanto gestores, assumem o papel de líderes.

A gestão dos recursos humanos é realizada pelo Enfermeiro Gestor (que também teve a oportunidade de acompanhar), através da elaboração do horário mensal, de forma a assegurar a presença dos recursos humanos necessários, e a elaboração do plano de trabalho semanal é da responsabilidade dos enfermeiros responsáveis de equipa, com a distribuição pelas diversas áreas sendo posteriormente afixado no quadro de gestão diária.

A enfermeira tutora do meu estágio, além de especialista, era responsável de turno, pelo que desempenhava diferentes funções na gestão de cuidados, sendo também, responsável pela formação em serviço e responsável pelo risco clínico. Esta condição possibilitou-me um vasto conjunto de experiências nesta área, permitindo conhecer e compreender outras metodologias e formas de liderança, permitindo um contacto próximo com as tomadas de decisão ao nível da gestão de recursos humanos, materiais e organização do trabalho, como estes se moldavam ao contexto e às necessidades, no sentido de promover os melhores resultados na segurança e na qualidade dos cuidados.

Foi possível observar o papel do EE na gestão dos cuidados e processos de tomada de decisão com a finalidade da otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, potenciando o trabalho em equipa, a motivação, a comunicação e o relacionamento interpessoal.

Neste ENP tive oportunidade de gerir diariamente o material e organização do stock, nomeadamente a forma de articulação com o armazém geral do hospital. No serviço de urgência a gestão de stock é realizada diariamente por sistema informático, com necessidade de verificação de falhas e/ou de rutura de stocks. É o enfermeiro especialista/enfermeiro responsável de turno quem assume, coordena e articula todos os contactos com os demais serviços do hospital, quer seja, na área da prestação direta de cuidados, quer sejam serviços de apoio, como a central de esterilização, a farmácia, a rouparia, o aprovisionamento, o serviço de refeições, entre outros.

Relativamente aos equipamentos e outros materiais, acompanhei as verificações dos testes de operacionalidade, verifiquei os equipamentos e quando detetado algum problema de funcionamento, observei a referência para as oficinas. Além disso, a deteção de equipamento ou material danificado segue o seu encaminhamento, através da notificação em sistema informático e acondicionamento em local próprio, o qual também realizei durante o estágio. Alguns equipamentos que necessitaram de manutenção foram os ventiladores para ventilação não invasiva, cadeiras, mesas de apoio, suportes de cortinas, monitores para monitorização de sinais vitais, entre outros.

A gestão dos materiais e equipamentos é essencial para a resposta aos cuidados ao doente, uma vez que se refere a um serviço de urgência, onde não é previsível a afluência ou tipologia

de doentes, assim como a necessidade imediata de todo o material e equipamento se encontrar operacional para uso imediato.

Num contexto de saúde, complexo e norteado por grandes restrições económicas, os enfermeiros são um fator determinante na eficiência e efetividade da prestação de cuidados de qualidade, através da promoção da utilização eficiente dos recursos (International Council of Nurses [ICN], 2015).

Assim, quer a figura do enfermeiro chefe, como líder e gestor da equipa de enfermagem, quer o EE assumem um papel determinante, na organização diária de um serviço de prestação de cuidados que tem como objetivo a excelência dos mesmos.

De acordo com o referencial de competências para os enfermeiros gestores, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados em saúde está relacionada com a qualidade dos enfermeiros que ocupam o cargo de gestão onde trabalham, essas competências são: (Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, 2016, p.4):

- 1. Garante o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal;*
- 2. Garante as melhores práticas profissionais;*
- 3. Prevê necessidades e gere pessoas;*
- 4. Otimiza e promove o desenvolvimento de competências;*
- 5. Prevê e assegura os meios necessários à prestação de cuidados;*
- 6. Prevê e gere riscos;*
- 7. Participa na definição e implementação de políticas;*
- 8. Efetua planos de intervenção e projetos setoriais e estratégicos;*
- 9. Promove a enfermagem baseada na evidência;*
- 10. Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem.*

O enfermeiro gestor deste SU, demonstra características que o identificam com o estilo de liderança democrático, permitindo que os enfermeiros participem nas tomadas de decisão que vão ao encontro da visão estratégica de ação e organização dos cuidados prestados.

Penso tratar-se de uma abordagem correta e adaptada ao serviço, que é muito grande e heterogéneo em termos de recursos humanos.

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem especializados, o EEEMCPSC deve assegurar e garantir a máxima eficácia dos mesmos, através da “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade” (OE, 2017b, p. 15).

Compete assim ao enfermeiro especialista otimizar o trabalho da sua equipa, adaptando os recursos às necessidades de cuidados e adaptar a sua capacidade de liderança adequando-a ao clima organizacional e, deste modo, propiciar a melhor resposta do grupo e de cada indivíduo (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Posso afirmar que a enfermeira tutora deste ENP, fruto da sua formação especializada e larga experiência profissional demonstrava uma liderança ativa, empática, facilitadora do desenvolvimento profissional e geradora de consensos que procurarei adotar futuramente.

Através do acompanhamento mais próximo da enfermeira tutora e do enfermeiro gestor pude desenvolver capacidades na gestão dos recursos materiais (stocks de farmácia, material de consumo clínico, equipamentos e respetiva notificação em caso de avaria), assim como na gestão de recursos humanos, ao gerir falhas pontuais e também na mobilização de recursos dentro do próprio serviço.

1.3.5. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O processo formativo é essencial para a construção e desenvolvimento da nossa identidade profissional, assim como o autoconhecimento, a assertividade e as diversas experiências e relações interpessoais, desenvolvidas ao longo deste constante processo de aprendizagem.

A capacidade de autoconhecimento, a autoconsciencialização, o desenvolvimento de inteligência emocional, a adaptação ao imprevisto e ao desconhecido permite-nos saber lidar

com as mais variadas situações e emoções, tendo a consciência que esta afeta diretamente a forma como nos relacionamos com os outros.

O enfermeiro ao longo da sua vida profissional, e como EE, é confrontado com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas decisões que toma, perante os utentes e familiares, sociedade e a profissão. Pelo que estas decisões devem ser sustentadas em evidências científicas e na responsabilidade ética e deontológica profissional (OE, 2015). Esta prática sustenta o dever e a necessidade de procurar aprofundar e atualizar continuamente os seus conhecimentos, de modo a basear a prática clínica em evidência científica.

O conhecimento proporciona ao EE confiança e qualidade na prestação de cuidados, ou seja, uma resposta mais eficiente e com resultados mais eficazes em situações mais exigentes, diferenciadas e complexas, como no caso da PSC, onde as intervenções de enfermagem são altamente qualificadas, especializadas e contínuas, sendo exigido ao enfermeiro perícia a nível técnico, mas também a nível relacional, interpessoal e emocional.

Segundo Pinto (2015), "a formação desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem, pois esta é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes" (p. 6). A formação e o desenvolvimento profissional são "pilares fundamentais e determinantes para a melhoria contínua da qualidade do desempenho do exercício profissional e, consequentemente, dos serviços prestados à população" (OE, 2016, p. 1).

O grande avanço científico e tecnológico a que assistimos, também se reflete na enfermagem e no cuidado à PSC, conduzindo à necessidade permanente de aquisição e atualização de conhecimentos e competências face às novas exigências, resultando no contínuo investimento no nosso processo formativo. Como refere Pinto (2015), tanto em contexto académico como em contexto de local de trabalho, a procura pela evolução da qualidade e do desempenho gera uma permanente necessidade de formação. Assim, com vista à prestação de cuidados de excelência, o enfermeiro deve "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (OE, 2015b, p. 86).

Durante o estágio houve o interesse constante em novas aprendizagens e atualização de conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica, sobre a intervenção perante a PSC. Para a atualização e consolidação desses conhecimentos procurei relacionar a prática profissional

diária com a teoria, sempre com a orientação e contributo da enfermeira tutora e da restante equipa multidisciplinar. Foram aprofundados os conhecimentos de critérios, normas, procedimentos e protocolos do serviço, consultando os documentos existentes, que permitiram esclarecer dúvidas, tomar decisões e agir em conformidade.

No desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, a formação tem grande destaque, pois cimenta cuidados com segurança e de qualidade. No sentido do desenvolvimento desta competência, realizei formação em serviço sobre “Enfermagem Forense” (Apêndice 3), que acabou por ficar inserida no plano de formação do serviço, indo também ao encontro das necessidades formativas dos profissionais do serviço.

A formação realizada teve por base o tema da Enfermagem Forense (Apêndice 3), previamente selecionado para desenvolver no estudo de investigação, e não como resultado de uma necessidade detetada junto da equipa, no entanto esta veio a verificar-se, tal como irá ser demonstrado no segundo capítulo aquando da apresentação dos resultados do questionário aplicado no serviço.

A formação foi disponibilizada na plataforma Moodle do hospital, realizada de forma assíncrona pelos enfermeiros do serviço, conforme a sua disponibilidade. De referir que foi bem acolhida e com avaliação muito positiva (Anexo 3).

Ainda neste âmbito da formação e relacionado com o projeto de Investigação que estava a desenvolver e que será detalhado no Cap. 2 deste relatório tive a oportunidade de participar no Webinar “Enfermagem Forense: Uma realidade” (Anexo 6).

Frequentei também o “III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023”, promovido pelo Gabinete de Formação e Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (Anexo 7 e 8).

O investimento em participação nas ações de formação fomenta o sentido crítico-reflexivo, reforçando a prestação de cuidados especializados, de forma segura e competente. Desta forma realçamos a importância da procura e atualização de conhecimentos no processo de tomada de decisão dos enfermeiros.

Com a participação nas atividades formativas desenvolvi as minhas habilidades e competências no âmbito da pessoa em situação crítica, o que enriqueceu a partilha de

conhecimento e fomentou a prática diária, baseada em evidência científica. Para além disso, permitiu o conhecimento de ferramentas (Genially - plataforma para a criação de conteúdo interativo e animado) para a implementação da ação de formação para a equipa e para o desenvolvimento de habilidades e competências, como formando, e como formador, na gestão da formação e comunicação.

1.4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Face à evolução da sociedade e da complexificação dos cuidados, o investimento na especialização dos enfermeiros aumentou consideravelmente devido à necessidade de os dotar de conhecimentos acrescidos proporcionar melhores cuidados de saúde. Lopes et al. (2018), refere que a prática especializada influencia qualidade dos serviços de saúde prestados de uma forma positiva e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Assim e com o propósito de dar resposta a esta necessidade, a Ordem dos Enfermeiros definiu as competências especializadas específicas através do Regulamento nº 429/2018 (2018), sendo estas as competências esperadas, pelos cidadãos, de EE na área médico-cirúrgica.

No âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica surge como uma área emergente. No mesmo regulamento, a PSC é entendida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, 2011, p. 8656). A mesma fonte conceptualiza os cuidados especializados à PSC como “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 8656).

Ao longo do estágio, as competências específicas do cuidar especializado à PSC foram a linha orientadora do meu processo formativo no âmbito do ENP, que descrevo e analiso no ponto seguinte.

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

Esta competência específica do EEEMCPSC refere-se à competência do enfermeiro que responde em tempo útil e de forma holística, baseada nos conhecimentos e habilidades adquiridas, de acordo com as unidades de competência definidas no Regulamento nº 429/2018, 2018.

No decorrer do estágio procurei alcançar todas essas competências, tendo em conta o contexto do serviço de urgência.

O SU em muitos casos é a porta de entrada no SNS, caracterizando-se por um contexto de intervenção onde a adaptação e a imprevisibilidade são uma constante, exigindo dos EEEMC uma resposta eficiente e eficaz em tempo útil com o intuito permanente da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Noivo, 2015).

Este SUMC integra o nível intermédio da rede de referência dos serviços de urgência dando resposta a situações de urgência e emergência, sendo assim um serviço com múltiplas possibilidades de prestação de cuidados à PSC.

Foi possível prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de grande complexidade de uma forma contínua que permitiu manter funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, o que vai de acordo com o regulamento citado.

No sentido de desenvolvimento desta competência, ao longo do estágio, dei prioridade às áreas onde a prestação de cuidados à PSC era uma constante, nomeadamente a SE. A SE apresenta-se como a área de interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo desta forma uma área fundamental para a mais correta abordagem da pessoa em estado emergente, grave e crítico (ACSS, 2019).

Na sala de emergência, reanimação ou ressuscitação, a equipa deve estar de prontidão, com capacidade de atuar imediatamente ao acionamento. Os cuidados aqui prestados são específicos e emergentes, não podendo ser padronizados, pelo que o EEEMCPSC é o profissional detentor de competências para responder à sua chamada, uma vez que o doente aqui se encontra em estado crítico (OE, 2018b).

Um elemento facilitador no desenvolvimento desta competência deveu-se à minha experiência prévia em SU e especificamente em contexto de sala de emergência, aliado também à minha experiência atual na área do pré-hospitalar. Durante o estágio foram prestados cuidados à PSC, antecipando, identificando e respondendo prontamente a focos de instabilidade e ao risco de falência orgânica.

Com comportamento alicerçado na minha qualidade de formando e sustentando o mesmo com os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso especializado, baseado em evidência científica, levou-me a uma reflexão profunda acerca dos cuidados prestados e adotei atitudes que os elevasse a um nível superior, quer na prestação direta de cuidados, quer no envolvimento da família, assim como na relação com os pares e demais grupos profissionais.

O atendimento ao doente no SUMC onde foi realizado o estágio inicia-se com a atribuição de uma prioridade clínica através do Sistema de Triage de Manchester (STM) em vigor no mesmo, no sentido de antecipar e prevenir complicações.

Assim, tendo por base o STM, qualquer pessoa que recorre ao SU é avaliada e definida a sua prioridade de atendimento e respetivo encaminhamento. A triagem de doentes “permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos” (DGS, 2018a, p.9).

Procurei então desenvolver competências na rápida identificação de sinais e sintomas que me pudessem ajudar a identificar focos de instabilidade, através do desenvolvimento da capacidade de observação, decisão e pensamento crítico aquando do primeiro contacto com o doente que recorre ao SU. Algumas situações específicas dizem respeito à célere identificação de sinais e sintomas que permitam a ativação das diferentes vias verdes em funcionamento neste SU, como é o caso da Via Verde AVC, Via Verde Dor Torácica e Via Verde Trauma.

As Vias Verdes (VV) tem como objetivo melhorar a acessibilidade no acesso rápido ao tratamento mais adequado e eficaz, sendo definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves e pela sua relevância em termos de impacto

na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o período de tempo decorrido desde o início dos sintomas/problemas e à eficácia do tratamento, com repercussões diretas ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020). São, assim, um conjunto de atitudes que, quando realizadas numa fase precoce da doença, diminuem as taxas de morbilidade e mortalidade. A implementação ampliada destes protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a otimização na gestão dos recursos existentes e simultaneamente com uma redução ao nível dos custos (DGS, 2010b).

Desta forma, garantimos a administração de protocolos terapêuticos complexos específicos de abordagem à PSC, através da aplicação de protocolos de VV, designadamente a VVAVC, VV Dor Torácica e VVT, assim como do protocolo de suporte avançado de vida em caso de paragem cardiorrespiratória.

A gestão da dor e do bem-estar da PSC foram para mim uma prioridade, bem como a gestão das situações com necessidade de sedo-analgesia, pois está quase sempre presente, derivada não só da patologia subjacente, mas também dos vários procedimentos invasivos a que a pessoa é sujeita.

A avaliação da dor no serviço de urgência é um processo muitas vezes negligenciado, tendo em conta a subjetividade da sua avaliação/mensuração. Uma avaliação eficaz da dor depende da aplicação correta das ferramentas adequadas, mesmo considerando que esta é afetada pela dificuldade em comunicar de alguns doentes que recorrem ao SU.

A dor aguda, num doente que ocorre ao SU, é considerada um sinal de alarme e um dos principais motivos de admissão hospitalar, apesar de ser por vezes, subvalorizada.

É da responsabilidade dos enfermeiros a avaliação da dor, tendo em conta as manifestações clínicas, a sua apresentação, subjetividades inerentes, tratamento e gestão de todo o processo. O enfermeiro promove o controlo da dor, com necessidade de reavaliações sistemáticas, no entanto verifico que mesmo após a instituição de medidas terapêuticas esta reavaliação é por vezes inexistente.

Como forma de minimizar e na tentativa até de erradicar esta má prática, procurei centrar os cuidados no utente/família e sendo a dor uma experiência subjetiva, privilegiei a autoavaliação da mesma por parte do utente em situação crítica. Como exemplo disso mesmo,

envidei esforços e implementei medidas, tais como recurso à tecnologia, utilizando dispositivos como patient-controlled analgesia (PCA), ou analgesia controlada pelo doente, e a patient-controlled epidural analgesia (PCEA), tendo esta ainda a vantagem de fazer com que o doente tenha um papel ativo no controlo da sua dor, configurando também alguma autonomia na sua gestão; procurei ainda conhecer a posição de conforto do utente e por conseguinte otimizar os posicionamentos.

A gestão e controlo da dor na PSC exige vigilância e monitorização, sendo para tal necessário o recurso a escalas de monitorização da dor (Teixeira & Durão, 2016). A monitorização da dor nas suas diversas vertentes é essencial para o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada.

Sempre que o doente tinha capacidade de comunicação e funções cognitivas preservadas, executei a avaliação e monitorização da dor através de escalas de autoavaliação como a Escala Visual Numérica e Escala das Faces de Wong-Baker. Quando o doente apresentava incapacidade de comunicação e/ou alterações cognitivas, recorri a escalas de heteroavaliação, validadas e confiáveis, como a *Behavior Pain Scale*.

Mais uma vez, o EEEMSPSC desempenha um papel muito relevante, assegurando “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363).

A gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e/ou família/cuidador a vivenciar um processo complexo de doença crítica foi outra das competências que procurei desenvolver e na qual coloquei todo o meu empenho e considero ter adquirido ao adotar comportamentos facilitadores para, por exemplo, proporcionar a presença da família na sala de emergência, logo que oportuno e sempre que esta o desejava.

A interação entre os profissionais de saúde e a família é considerada um suporte fundamental enquanto elemento facilitador para o bem-estar das pessoas da equipa e dos elementos da família.

Segundo Dec. Lei nº 156, 2015 (2015) a gestão da comunicação é muito importante e de grande relevância no processo complexo da doença, não apenas para a PSC, como para a sua família, pois a informação é um direito que possuem e é um dever do enfermeiro informá-

los sobre os cuidados de enfermagem realizados à pessoa como um todo, inserido numa família.

De forma a aproximar e informar os familiares dos utentes do serviço de urgência, nesta unidade de saúde existe um projeto de comunicação através de mensagens (SMS) ao contacto privilegiado sobre os procedimentos ou acontecimentos de forma resumida, em tempo real, acerca do doente que permanece no SU. Com este projeto verificou-se uma redução do número de solicitações do enfermeiro e do médico, pelos familiares que esperavam na sala de espera. Como reforçam Sá, Botelho & Henriques, (2015), na comunicação interpessoal, o enfermeiro como protagonista na comunicação em saúde deve otimizar o triângulo terapêutico, ou seja, a pessoa, a família e o profissional de saúde.

Mesmo no ambiente de SE, onde os cuidados se revestem de natureza emergente e muito técnica, com o objetivo da sobrevivência da pessoa, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador.

Na SE, a comunicação pode ficar comprometida devido ao facto do utente geralmente não ser capaz de verbalizar e expressar as suas vivências, as suas necessidades, angústias, inseguranças, sentimentos e desejos. Ainda neste âmbito, a comunicação restrita a curto período de tempo causa ansiedade quer aos profissionais, que têm de concentrar ao máximo a informação, quer aos familiares que podem passar longos períodos de tempo sem informação sobre o seu familiar.

Surge assim, uma dificuldade em alcançar uma relação de cooperação e de interação com os familiares dos doentes que recorrem ao SU.

Desta forma, sempre que os familiares da PSC se encontravam presentes no SU e apesar de não existir espaço físico exclusivamente destinado a estas situações, encaminhei-os para uma zona mais calma e resguardada naquele momento, onde em conjunto com o médico responsável pelo utente transmitíamos as informações necessárias de forma serena e empática.

Confesso que era uma prática pouco habitual da minha parte, mas que hoje em dia faz parte da minha atividade diária e para a qual estou melhor preparado, como resultado deste desenvolvimento de competências.

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

O EEEMCPSC face a uma situação de emergência, exceção ou catástrofe deve atuar, de forma pronta e sistematizada, na conceção, planeamento e gestão da resposta, no sentido da sua eficácia e eficiência (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Uma situação de emergência é resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, provocando perda de saúde, de modo brusco e violento, colocando a sua vida em risco, exigindo assistência imediata. Por sua vez, uma situação de exceção corresponde fundamentalmente a uma situação onde se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, impondo desta forma a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (INEM, 2012b).

Na literatura consultada, a definição de catástrofe é ampla e de grande complexidade, sendo referida como um desastre ou acidente, não só a nível nacional como também internacionalmente. As situações de catástrofe podem ocorrer e são geralmente imprevisíveis, o que requer que haja uma preparação prévia face à possibilidade de acontecimento de uma situação de catástrofe ou de exceção.

Na Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3.º da Lei nº 27/2006 (2006), alterada pela Lei nº 80/2015 (2015, p. 5316), catástrofe é definida como um “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Os hospitais e as unidades de saúde desempenham um papel crítico em tempos de emergência e desastres. Neste alinhamento, Silva e Carvalho (2013) afirmam que a preparação do hospital na resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe representa um importante aspeto para o desempenho do enfermeiro, sendo para tal, indispensável a existência de um Plano de Emergência (PE) devidamente definido.

Um hospital seguro deve permanecer organizado com planos de contingência e com profissionais de saúde treinados para manter a rede operacional. Os recursos humanos continuam a ser os mais importantes entre os recursos disponíveis num hospital ou unidade

de saúde, devendo estar adequadamente preparado para emergências e desastres (World Health Organization [WHO], 2010).

A DGS recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a elaboração de um PE, de acordo com a Orientação nº 007/2010 (DGS, 2010). Perante a possibilidade de ocorrência de uma situação de catástrofe natural ou epidemia, as unidades de saúde detêm a responsabilidade de realizar periodicamente uma análise da sua situação, de forma a planear uma resposta de emergência, perante a existência de diferentes cenários, que possam despoletar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes, isto é, uma crise. Numa situação de crise, os profissionais das unidades de saúde vivenciam uma grande tensão, momento que não tem lugar para improvisos ou dúvidas. Assim, o PE consiste num plano dinâmico, validado e re-atualizado, de acordo com as orientações da DGS, o qual deve estar integrado de forma coerente e articulada (DGS, 2010a).

O SU é o serviço de eleição para o encaminhamento das possíveis vítimas de catástrofe ou situação de exceção externa, exigindo uma preparação prévia e organização do serviço de urgência e da sua equipa, para uma resposta com prontidão. Assim, a equipa multidisciplinar necessita de possuir conhecimentos técnicos e científicos para responder de forma imediata a qualquer situação de catástrofe, bem como, a existência de um plano de emergência atualizado.

De referir que o PE do serviço onde foi realizado o estágio estava a ser revisto, uma vez que se encontrava desatualizado, devido também às alterações estruturais que ocorreram no mesmo, no passado recente.

Tive assim a oportunidade de colaborar na gestão e organização do plano de emergência e catástrofe, na sua operacionalização prática, ao colaborar na preparação e organização dos kits e materiais para a triagem (etiquetas, dísticos, fluxogramas, circuitos, entre outros), existentes num armário equipado para este fim.

O PE elaborado encontrava-se a aguardar a aprovação do conselho de administração para ser implementado, não tendo ficado validado até ao final do estágio.

A prática de enfermagem em situação de catástrofe ou situação de exceção não é possível praticar, nem treinar, a não ser em simulacros, pelo que carece ainda de enfermeiros com formação e preparados para implementar um plano de emergência com prontidão.

Durante este estágio não foi possível participar ou presenciar nenhuma situação de catástrofe/emergência multi-vítimas, mas realizei formação em serviço no âmbito da Enfermagem Forense, onde foram abordados, entre outros, conteúdos relativos à colheita e preservação de vestígios de indícios de crime (Apêndice 3).

1.4.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A diversidade de contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados aliada à necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, necessários à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, o EE tendo em consideração o risco aumentado de infeção, deve atuar de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O serviço de urgência face à complexidade das técnicas instituídas, invasivas e não invasivas, requer o cumprimento rigoroso das medidas de prevenção e controlo de infeção por todos os enfermeiros, bem como de todos os profissionais que aí trabalham ou apoiam.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica descreve que o EE define estratégias e lidera a implementação do plano referente à prevenção e controlo de infeção, considerando as suas vias de transmissão na PSC. Além disso, revela a importância da formação dos profissionais nesta área de cuidados (Regulamento nº 361/2015, 2015).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são definidas como adquiridas pelas pessoas em virtude dos cuidados e dos procedimentos de saúde e que, também podem afetar os profissionais de saúde durante o seu exercício profissional, em todas as unidades prestadoras de cuidados, ou seja, resultam da prestação de cuidados de saúde (DGS, 2007a). Como salienta Friedrich (2019), as IACS devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos (RAM) são atualmente um dos mais importantes desafios para a medicina moderna.

As IACS e o aumento da RAM apresentam uma ameaça à saúde pública com impacto nacional e mundial, pois as implicações destas infeções nos utentes, unidades de saúde e comunidade são preocupantes e levam a um aumento da morbilidade/mortalidade e consequentemente ao prolongamento do tempo de internamento, com custos elevados em saúde (DGS, 2018). Neste seguimento, a mesma fonte recomenda que é muito importante que qualquer país ou unidade de saúde não ignore as implicações destas infeções.

No momento de admissão de um utente ao SU, este é considerado como potencialmente colonizado ou infetado, pelo que deve ser considerado uma fonte potencial de transmissão de infeção cruzada (DGS, 2013).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi criado através do despacho nº 2902/2013 e atualizado em 2017, pela fusão do então Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas com objetivos e estratégias comuns para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos.

Ainda no ano de 2013, foi determinado, por meio do Despacho nº 15423/2013, a criação de Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA em cada uma das Administrações Regionais de Saúde, assim como a criação de Grupos de Coordenação Local do PPCIRA em todas as unidades prestadoras de cuidados integradas no SNS (DGS, 2018b).

É assim, missão do PPCIRA “promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos”. “(...) promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo e das resistências aos antimicrobianos.” (DGS, 2018, p.31).

Dados do relatório anual do PPCIRA, da DGS (2022) relativo ao período compreendido entre 2015 e 2020 revelam que Portugal assistiu a um decréscimo na incidência das infeções em meio hospitalar, assim como uma tendência decrescente na resistência a antimicrobianos desde 2013. No mesmo documento destaca-se também a redução em 2020 do consumo de antibióticos em ambulatório.

O enfermeiro assume um papel fundamental na equipa multidisciplinar no SU pelo contacto mais permanente com o doente, pelo elevado número de procedimentos de enfermagem e pelo contacto com elevado número de doentes em cada turno.

No serviço de urgência onde decorreu o ENP, o grupo de coordenação local do PPCIRA é constituído por uma equipa multidisciplinar, com um papel ativo em relação à prevenção e controlo de infeção de acordo com as orientações a nível nacional e regional, que integra o Plano da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente da instituição.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira do serviço que é especialista em EMC e elo de ligação com o grupo de coordenação local do PPCIRA do hospital e está responsável pela sua implementação no serviço de urgência. Assim, participei em auditorias com o grupo coordenador local do PPCIRA aquando das suas visitas ao serviço (higiene das mãos, monitorização do uso de luvas e de práticas seguras na preparação e administração de terapêutica) e colaborei na revisão e atualização de algumas das normas (ex: revisão da norma para descontaminação do Insuflador manual; instrução de trabalho para utilização do detergente/desinfetante Hexaquart®) em vigor no mesmo.

O EEEMCPSC, detentor de conhecimentos e competências específicas na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos no cuidado à PSC, é um elemento fundamental na promoção e integração das orientações do PPCIRA tanto no seu exercício diário, bem como no seio da equipa multidisciplinar.

Detentor de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, deve assumir o seu papel de líder. Sendo uma referência para a equipa que cuida da PSC, deve estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC e salvaguardar o seu cumprimento assim como deve proceder à monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (Regulamento nº 429/2018, 2018).

CAPÍTULO 2.

SABERES E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM FORENSE - UM ESTUDO DE

INVESTIGAÇÃO

2.1. ENFERMAGEM FORENSE: EMERGÊNCIA, CONCEPTUALIZAÇÃO E PRÁTICAS

A EF foi oficialmente reconhecida, nos EUA, em 1991, pela criação da International Association of Forensic Nurses (IAFN), fundada por 72 enfermeiros (IAFN, 2006; Silva & Silva, 2009). Em meados dos anos 90, nos EUA, foi atribuída à EF uma função importante e essencial a nível dos cuidados de saúde, constituindo uma nova perspectiva na abordagem holística dos enfermeiros.

O conceito de Enfermagem Forense é atribuído à enfermeira Virgínia Lynch, fundadora e primeira presidente da International Association of Forensic Nursing (IAFN) (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). A EF é definida como a combinação da aplicação de aspectos forenses aos cuidados de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, na investigação científica, no tratamento das vítimas de trauma ou morte por trauma, perpetradores de violência, atividades criminais e acidentes traumáticos (Lynch & Duval, 2010). A IAFN em 2008 adaptou a definição da EF, que se tornou corrente, como “a prática global da enfermagem, quando intercepta o sistema de saúde e o sistema legal” (Gomes, p.2, 2015).

A EF surge como uma nova prática de enfermagem, a qual alia o saber científico e técnico de enfermagem, com os princípios da clínica forense, tornando o enfermeiro um elemento crucial no sistema judicial (Lynch & Duval, 2011; Lopes, 2011).

Uma vez que os enfermeiros são o maior grupo prestador de cuidados de saúde a nível mundial, torna-se essencial que recebam formação e adquiram conhecimentos acerca dos princípios forenses, para que os possam aplicar na prática clínica (Camilo, 2017; Cunha, Libório, & Coelho, 2017).

A essência da prática da EF assenta na resposta aos problemas de saúde, decorrentes de trauma e/ou toda e qualquer forma de violência, nunca se limitando somente à prática clínica reparadora, mas passando pelo índice de suspeita de lesões sugestivas de traumatismos não acidentais e pela salvaguarda de vestígios de relevância criminal (Gomes, 2017).

Assim, os enfermeiros devem estar despertos para uma nova perspectiva de cuidar holístico: o corpo, a mente, o social e a lei. O enfermeiro tem um papel preponderante ao envolver no cuidado holístico, o seu contributo na colaboração com a justiça. Este deve articular os

conhecimentos científicos, na humanização dos cuidados, realçando que é essencial a simbiose entre cuidados prestados e o sistema de justiça (Santos, 2013).

A EF tem diversas configurações, podendo os enfermeiros atuar em diversas áreas, tais como cuidados de saúde nos setores público ou privado (saúde mental, extra hospitalar e serviços de urgência), investigação, justiça criminal, educação (escolas, universidades), serviços sociais (proteção de menores) ou até mesmo organizações internacionais (American Nurses Association & International Association of Forensic Nurses, 2017).

2.1.1. Enfermagem Forense em Portugal

Ao contrário do que acontece na Europa ou nos EUA, em Portugal, a EF é uma área ainda pouco desenvolvida e que carece, por parte dos enfermeiros, de formação específica e direcionada, para lidar com as vítimas de violência (Simões, 2010).

Em Portugal, a primeira disciplina a surgir foi a medicina legal em 1836. Os primeiros programas de formação em EF surgiram em 2009, através de cursos de pós-graduação. Em Agosto de 2011, foi constituída a Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APEF), visando promover o “...desenvolvimento, qualificação, atualização e aperfeiçoamento, inseridos no contexto diferencial e evolutivo da prática de enfermagem, e a par dos direitos e deveres dos enfermeiros.” (APEF, 2011).

Segundo a APEF (2011), a ciência da Enfermagem Forense procura combinar o conceito geral da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais, prestando serviço direto às vítimas, ofensores e a todos aqueles que testemunham fenómenos de violência, num contexto clínico forense, aplicando a ciência forense na prestação de cuidados de saúde.

Para o presidente da APEF, Enf. Albino Manuel Gomes, os profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, enfrentam desafios que assentam na proteção legal das vítimas, na proteção da sociedade e dos direitos humanos, uma vez que todas as situações que envolvem vítimas de trauma são consideradas potenciais casos forenses até que o devido esclarecimento permita a sua exclusão (Gomes, 2011).

O enfermeiro forense identifica, intervém e avalia situações de trauma, doença e morte, documenta, preserva e recolhe os vestígios, para determinar apoio jurídico e cuidados à vítima, uma vez que a violência e o trauma subsequente são hoje encarados como um grave problema de saúde em todo o mundo (Gomes, 2014).

A criação do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) atualmente Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) representou uma evolução das Ciências Forenses em Portugal, fomentando a progressão da sua influência, qualidade, credibilidade, mas também um maior investimento no ensino e na investigação (Vieira, 2012).

O conhecimento das práticas forenses permite ao enfermeiro, enquanto profissional de saúde, dar resposta à sua responsabilidade de colaborar com a justiça e ao mesmo tempo cumprir com o que está definido no Código Deontológico dos Enfermeiros: as “intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação, da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contraírem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (OE, p. 2, 2009).

Neste sentido, em 2021 a OE cria a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense através do Regulamento nº 728/2021 (2021), configurando mais um importante passo no desenvolvimento da Enfermagem Forense em Portugal.

Ainda em conformidade com a OE, a EF consiste na resposta aos problemas de saúde decorrentes dos processos de vida da pessoa, família e comunidade envolvidas em fenómenos de violência, traumatologia forense e/ou desastre de massa, acrescendo à prática clínica reparadora, o índice de suspeita de lesões sugestivas de relevância criminal, interligando a enfermagem com as ciências forenses (Regulamento nº 728/2021, 2021).

A prática da EF não se sustenta apenas diretamente na vítima, familiares e comunidade, os Enfermeiros Forenses também prestam serviços de consultadoria, serviços sociais e serviços jurídicos, e quando necessário prestam depoimento em tribunal como especialistas em áreas relacionadas com a lesão (Gomes, 2014).

Gomes (2014, p.14) define um modelo orientador da intervenção da EF de acordo com a mnemónica constante no quadro 1.

Quadro 1.- Modelo de Intervenção de Enfermagem Forense

A	Avaliação para defender a vítima
B	Ligações com as agências de fora (polícia)
C	Cadeia de custódia – conhecer os métodos de recolha de vestígios, estabelecer a continuidade e a disposição de posse desses vestígios. Manter a confidencialidade
D	Documentação de dados (incluindo diagramas e fotos)
E	Evidências físicas e eventuais
F	Familiares – manter os familiares informados
G	Testemunhar em tribunal
H	Hospital (outras instituições) – respeitar as políticas adotadas
I	Índice de suspeita – estar em alerta para os sinais e sintomas de abuso de crianças e idosos, bem como violência doméstica

Adaptado de Gomes (2014)

Definindo também um conjunto de competências que a EF deve abranger (Gomes, 2014, p. 16):

- *Avaliação, diagnóstico, planeamento de respostas, implementação e avaliação científica das intervenções após ocorrer uma lesão;*
- *Investigação baseada na evidência e intervenção forense;*
- *Identificação da lesão intencional ou não intencional que sofreu o morto;*
- *Preservação e recolha de vestígios forenses;*
- *Entrevista forense com o objetivo de realização de um diagnóstico e respetivo tratamento; Avaliação do local do crime e trauma;*
- *Prestar testemunho, na qualidade de perito, quando solicitado pelo sistema judicial;*
- *Utilização de processos de avaliação formativa em Enfermagem Forense;*
- *Providenciar segurança à vítima, nos casos de violência, crime, vitimização, abuso ou exploração;*
- *Desenvolvimento, e promoção da colaboração interprofissional entre enfermeiro forense e os outros grupos profissionais em todas as funções e ambientes da sua prática;*

- *Desenvolvimento de estratégias de qualidade de cuidados de Enfermagem Forense, através da prática baseada na evidência e prevenção de lesões intencionais ou não intencionais.*

2.1.2. Enfermagem Forense no Serviço de Urgência

Frequentemente, são os enfermeiros os primeiros profissionais a contactar com os utentes que se deslocam aos serviços de saúde (Pyrek, 2006), tendo muitas vezes como porta de entrada os SU (Silva, 2010). Pelo que, os enfermeiros do SU encontram na sua prática clínica variadas oportunidades de aplicar princípios das Ciências Forenses, sendo fundamental desenvolver competências para melhorar a qualidade da sua intervenção nesta área.

A violência e o trauma associado estão amplamente reconhecidos, como um problema crítico de saúde a nível mundial, sendo um dos motivos que levam os utentes à procura de cuidados nos serviços de urgência. Situações de trauma, de asfixia e intoxicação, de violência interfamiliar, de violência coletiva, de psiquiatria e detenção, e investigações de morte constituem algumas das situações forenses com que o enfermeiro do SU se pode deparar (Ferreira, 2018). A Enfermagem Forense será, certamente, um desafio atual para os enfermeiros que prestam cuidados nestes serviços.

Para além destas situações e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), ocorreram em Portugal em 2020, 81 crimes de homicídio intencional, 2434 crimes de violência sexual, 8976 crimes por roubo, 19133 crimes por assalto, 3966 outros atos ilícitos envolvendo drogas. Em 2021 foram registados 29217 acidentes de viação com um total de 36323 feridos e 390 mortos (Pordata, 2022).

Segundo Pasquealone, citado por Gomes (2014) existem, pelo menos 24 tipos de categorias forenses de vítimas que recorrem ao serviço de urgências, conforme no quadro 2.

Quadro 2.- Tipos de categorias forenses

Tipos de categorias	Procedimentos
Acidentes de trabalho	Deve-se recolher urina para toxicologia
Acidentes de viação	Requerem avaliação minuciosa e recolha de diversos vestígios
Abuso de substâncias	Requer avaliação de substância em causa, avaliação de implicações legais
Agressão pessoal	Enquadramento legal da gravidade da ofensa e de intenção
Abuso de crianças	Qualquer suspeita deve ser denunciada
Admissão de doentes psiquiátricos	Enquadramento legal no internamento compulsivo
Riscos ambientais	Exposição a substâncias que ponham em risco a população
Abuso de incapacitados	Intervenção legal
Mordeduras humanas e de animais	Constituem uma forma de violência interpessoal, as de animais requerem vigilância de saúde pública
Mortes suspeitas	Qualquer morte suspeita requer cuidados especiais com o corpo
Abuso de idosos	Denúncia obrigatória e intervenção legal
Violência doméstica	Denúncia obrigatória, crime público, fotografia das lesões
Abuso sexual	Abordagem e recolha vestígios
Feridas cortantes	Registo fotográfico das lesões
Reação medicamentosa	Responsabilidade legal dos laboratórios
Práticas transculturais	Mutilação genital feminina
Doações de órgãos	Enquadramento legal e critérios de recolha
Queimados com mais de 5% de área	Devem ser investigados para determinar intencionalidade; Feridas com arma de fogo - recolha de vestígios
Intoxicação alimentar coletiva	Caso de saúde pública, apurar responsabilidades
Violência de gangues	Enquadramento em crime organizado
Negligência e má prática clínica	Implicações legais
Assalto e agressão	
Pessoas sob custódia policial	Vigiar os riscos de privação de drogas e álcool

Adaptado de Gomes (2014)

Como tenho salientado, o enfermeiro tem papel de assistência à vítima promovendo cuidados de saúde. Porém, também é seu dever proceder à preservação dos vestígios que, à posteriori poderão ser alvo de prova pericial em Tribunal como relevância médico legal (Berishaj et al., 2020; Cruz, 2017).

Toda a lesão, agressão, doença ou morte pode ter implicações forenses. Como salienta Lynch (2006), os enfermeiros forenses representam uma componente importante numa equipa multidisciplinar na investigação criminal, não substituindo ou se sobrepondo a qualquer outra disciplina, mas sim preenchem um vazio com as suas capacidades únicas de enfermagem.

O principal objetivo dos profissionais de saúde num SU e ou SE é de manter a vida e promover a saúde dos utentes, que passa imediatamente pela avaliação e tratamento das lesões. Contudo,—os utentes e a sociedade em geral estarão mais bem servidos por profissionais que possam também reconhecer, documentar, preservar e recolher evidências sob a hipótese de mais tarde poderem vir a ter significado médico-legal (Gonçalves, 2011).

2.1.3. Conceito de prova e vestígio

Uma prova é um indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo enquanto um vestígio também pode ser uma prova só que mais frágil e menos visível (Braz, 2013). No artigo nº 341 do Código Civil Português (CCP 2024, p.144), menciona que “a prova tem por função a demonstração da realidade dos fatos”. Assim, as provas são os meios ou instrumentos que visam convencer o tribunal da existência ou inexistência dos fatos discutidos (Rodrigues, 2008).

Em Portugal os tribunais reconhecem três tipos de provas: real (objetos visíveis), circunstancial (prova física ou declarações de testemunhas) e direta (testemunha que observou o evento em primeira mão) (Braz, 2013). As provas e os vestígios físicos podem incluir desde armas e fragmentos de engenhos explosivos, documentos, roupas, fluídos corporais, fibras e outros, tanto da vítima, como do agressor (Braz, 2013; Lynch & Duval, 2011).

Os vestígios são designados por Dr. Edmond Locard (patologista e criminologista Francês, 1877-1966) como “*as testemunhas mudas do crime*”, revestem-se de fundamental importância e delas poderá depender o sucesso da investigação. Esta afirmação configura o “princípio de Locard” que deve ser conhecido por todos os enfermeiros do SU e diz-nos que sempre que haja contacto entre dois objetos existe uma partilha mútua de materiais entre as duas superfícies, que pode ser útil para a investigação das circunstâncias em que ocorreu determinado crime ou acidente. Ou seja, o criminoso deixa sempre vestígios no local do crime/acidente e transporta consigo vestígios do local, inevitavelmente. Esta teoria serve de base para estabelecer uma ligação entre a vítima, o perpetrador e o local do crime.

Para Cristal (2009) os conceitos de evidência, vestígio, indícios e prova não têm necessariamente o mesmo significado, em concordância com Espíndula (2006):

- **Vestígio** é todo objeto ou material bruto detectado e/ou recolhido no local do crime para análise posterior;
- **Evidência** é o vestígio depois de feitas as análises, onde se constata técnica e cientificamente a sua relação com o crime;
- **Indício** é uma expressão, utilizada no meio jurídico, que significa cada uma das informações (periciais ou não) relacionadas com o crime.

2.1.4. Recolha e manutenção de provas/vestígios no serviço de urgência

Em Portugal, assiste-se a um aumento em crescendo de ocorrências aos SU relacionadas com atos de violência.

O enfermeiro deve usar conhecimento e experiência, assim como o índice de suspeita para identificação de situações que podem necessitar de recolha e preservação de vestígios.

No seu pensamento deve estar sempre presente a possibilidade de existirem problemas forenses. É necessário que estes estejam conscientes dos procedimentos de recolha e manutenção dos vestígios, para que possam ser alvo de investigação, caso assim se justifique.

No momento em que um utente dá entrada num SU, as queixas, as lesões, o motivo que levou a recorrer à unidade hospitalar e todo o tratamento e exames efetuados ficam registados no seu processo clínico. Esses registos podem mais tarde vir a ser usados como informação médico-legal ou pericial num eventual processo jurídico. É dever profissional do enfermeiro documentar o que observa, executa e avalia (OE, 2009). Como um processo criminal pode levar meses ou anos a chegar aos tribunais, estes registos revestem-se de uma importância crescente, devendo ser o mais detalhados possíveis, precisos e minuciosos (Gomes, 2014; Lynch, 2011; Schub & Balderrama, 2017; Sheridan, Nash, & Bresee, 2011).

A prioridade da equipa multidisciplinar de saúde, no momento da intervenção à vítima, é a prestação de cuidados (Cruz, 2017). Segundo Lynch & Duval (2011), nenhum procedimento forense pode atrasar ou inibir o tratamento, a avaliação nas situações relacionadas com o risco iminente de vida, pois é prioritária a manutenção da vida da PSC e eventuais agressores.

Assim sendo torna-se fundamental a existência de protocolos específicos nos serviços que delineiam as intervenções dos profissionais de saúde, de forma a combinar a assistência clínica com os procedimentos da investigação judicial (Lourenço, 2004). Convém antes de mais realçar que o exame pericial se efetua com o consentimento escrito da vítima antes do início do exame, e após o consentimento verbal durante o exame. Em qualquer instante, a vítima tem o direito de mudar de ideia e desistir do processo (Silva & Silva, 2009; Leaner, 2012 citado em Ribeiro, 2016).

Os vestígios devem ser recolhidos de forma adequada, organizada, sem induzir danos físicos ou psicológicos na vítima, e requerem uma pesquisa minuciosa de todos os procedimentos realizados (Gomes, 2014), incluindo um exame físico exaustivo e extensivo, mantendo sempre a cadeia de custódia intacta (Bader & Gabriel, 2010 citado em Gomes, 2016).

Um dos grandes objetivos da ação do Enfermeiro Forense consiste na identificação e recolha de vestígios que tenham sido transferidos do agressor ou do local para a vítima, pelo que em determinadas circunstâncias, pode efetuar a recolha de vestígios da vítima enquanto a Polícia Judiciária efetua a recolha de vestígios do local (Gomes, 2014).

Segundo Darnell (2011) citado em Gomes (2016), em contexto clínico é importante reconhecer que o utente pode vir a ser considerado como local do crime, e que, portanto, os vestígios encontrados neste devem ser colhidos de uma forma abrangente e sistemática sem comprometer os cuidados imediatos à sua saúde.

Globalmente, a colheita de vestígios deve ser efetuada com recurso a material esterilizado, zaragatoas humedecidas com água esterilizada ou soro fisiológico e o recurso a movimentos rolantes em detrimento dos esfregaços (Bader & Gabriel, 2010). Da mesma forma Gomes (2014) e Simões (2016), acrescentam que conteúdos eméticos e/ou fluídos devem ser recolhidos em recipientes esterilizados e individualizados, que vestígios biológicos passíveis de degradação devem ser conservados em solução alcoólica, enquanto os restantes devem ser armazenados em sacos de papel.

Importante também realçar a especial atenção que deve ser dada às mãos da vítima, devido à riqueza de vestígios que podem conter, devendo por isso proceder-se à sua proteção, logo que possível, utilizando para isso sacos de papel selados a nível do antebraço, com adesivos ou elásticos (Lynch & Duval, 2011) e (Foresman-Capuzzi 2014). Os mesmos autores alertam ainda para a possibilidade de destruição de provas periciais quando se esfrega ou

efetua a lavagem das mãos, devendo também sempre que possível evitar-se a punção de veias no dorso das mãos.

As colheitas de amostras sanguíneas devem ser realizadas logo no início da avaliação da vítima, visto que posteriormente poderão estar alteradas, pela administração de fluídos, fármacos ou hemoderivados (Gomes, 2014a). Portanto, é importante realçar a existência de princípios que se devem aplicar no atendimento no serviço de urgência, que tem como finalidade orientar os profissionais de saúde, tais como:

- Retirar corretamente a roupa, cortar sempre pelas costuras longe do local de lesão;
- Evitar usar sacos de plástico na recolha e preservação de vestígios biológicos, para assim evitar a aceleração da degradação;
- Realizar uma descrição correta e pormenorizada de todas as lesões em documento próprio (Sheridan et al. 2011; Lynch & Duval 2011).

Para além destes princípios básicos orientadores da prática dos enfermeiros na pesquisa, recolha e manutenção de vestígios, abordam-se seguidamente algumas especificidades relativas às situações mais comuns nos serviços de urgência.

Preservação da roupa

Como chama a atenção Lynch (2006, p.56) “A nível dos serviços de saúde não existe, provavelmente, vestígio físico mais importante que a roupa do paciente”. Como realça este autor, atendendo ao Princípio de Locard, “*que todo o contato deixa uma marca*”, a roupa de uma vítima de violência é, portanto, um importante foco de atenção na recolha de provas com o objetivo de identificar o agressor.

Os enfermeiros devem estar preparados para tratar a roupa como potencial vestígio, devendo inspecionar danos, material estranho, manchas ou substâncias biológicas. Um dos mais importantes itens das provas físicas em ambiente hospitalar é a roupa do doente, por exemplo, em vítimas de armas de fogo as roupas podem conter muita informação, pois quando a bala penetra uma peça de roupa ficam aí depositadas características materiais, que podem ser encontradas em volta do orifício. A forma de distribuição dessas partículas revela informação sobre a distância entre o atirador e a vítima, possibilitando concluir se a vítima foi atacada intencionalmente ou se foi em legítima defesa (durante uma luta, por exemplo). Mesmo quando não há resíduos de pólvora na roupa, pode retirar-se informação importante

do anel escuro em volta do orifício de entrada da bala, nesse anel fica um depósito de material transferido da superfície da bala para a roupa aquando da sua passagem (Lynch, 2006).

Também nos casos de agressão com arma branca, os cortes na roupa resultantes de objetos afiados, como facas, contêm informação forense importante, exames laboratoriais cuidadosos podem revelar o tipo de faca ou objeto usado, e até se o agressor hesitou quando infligiu os ferimentos (Lynch, 2006).

Conhecendo, assim a importância da roupa pelas informações que nos pode fornecer (orifícios encontrados, eventuais manchas de sangue, sémen, tintas...) e sabendo que são os enfermeiros quem despe as vítimas, é primordial que possuam conhecimentos sobre a forma correta de manipulá-la e acondicioná-la, pois, é muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha de provas em meio hospitalar. Assim, torna-se claro que o simples ato de retirar a roupa a um doente vítima de violência e/ou trauma é extremamente importante e deve ser realizado de forma consciente e cuidadosa, cortar o vestuário pelas costuras e longe da área da lesão para diminuir a interferência com a possível prova. Nunca se deve cortar a roupa pelo buraco da bala, facada ou outro rasgo produzido no contexto da lesão (Lynch, 2006).

Seguindo o mesmo autor, o acondicionamento da roupa é também um procedimento de extrema relevância, não devendo ser colocada em sacos de plástico, uma vez que acumulam humidade e favorecem a aceleração da degradação de alguns materiais. Se possível, a roupa não deve ser dobrada e cada peça deve ser embalada individualmente para manter a integridade forense. Todos os elementos de prova molhados ou húmidos devem ser cuidadosamente secos ao ar antes de serem colocados em sacos de papel. Cada saco deve ser selado, identificado com o número de processo do utente, o seu conteúdo, nome da pessoa que o recolheu, data e hora. Sempre que o vestígio transite entre pessoas diferentes, esta passagem deve ser registada/descrita e assinada por ambas as partes (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

A preservação de evidências consiste no registo completo, pormenorizado, objetivo, preciso, minucioso, fatural evitando suposições ou imprecisões (Gomes, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011).

É fundamental que os registos sejam completos, pormenorizados, objetivos, precisos, minuciosos, sem suposições ou imprecisões (Lynch & Duval, 2011; Sheridan, Nash & Bresee, 2011) e que esteja documentado todo e qualquer contacto com os vestígios, desde o

manuseamento, a recolha e o transporte até ao armazenamento (Matos, 2016; Menezes et al., 2018).

Outras provas físicas

Para além da roupa e da sua extrema importância na investigação de possíveis situações forenses, existem também outros vestígios que poderão se revelar fundamentais numa qualquer investigação. Em seguida, são abordados os vestígios mais comumente encontrados nos serviços de urgência e para os quais os enfermeiros devem estar despostos.

Nas vítimas de agressão por **armas de fogo**, a entrada da bala na roupa deixa vestígios na mesma, nomeadamente partículas de pólvora em volta do buraco. A forma e a distribuição dessas partículas podem dar indicação, por exemplo, da distância a que ocorreu o disparo. Essa investigação não cabe diretamente ao enfermeiro, mas sim o cuidado na remoção e preservação da roupa. Não se deve lavar as mãos da vítima e se possível evitar punccionar veias no seu dorso. No caso de vítimas que entram já cadáver no serviço de urgência, devem permanecer vestidas e enviadas assim para a morgue.

Balas, cartuchos, fragmentos de metal e outro tipo de detritos, são por vezes encontrados na vítima que chega ao SU. Para a sua recolha devem ser usadas luvas e pinças com pontas de borracha, estas não devem ser limpas ou secas manualmente, devem sim secar ao ar antes de embaladas e não devem ser colocadas em contato com outros objetos metálicos (Lynch, 2006).

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

Assim, segundo a mesma fonte:

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

Um **fragmento de vidro**, que pode parecer liso e incolor a olho nu, mas quando analisado ao microscópio por um investigador forense, pode revelar, pela sua estrutura e densidade,

não só o objeto a que pertence, mas também o seu fabricante e ajudar a chegar a um suspeito (Roland, 2008). É fundamental tentar recolher o maior número de fragmentos possíveis, pois pode existir mais do que um tipo de vidro. Por exemplo, em situações de atropelamento os vidros dos faróis do carro, para além de ficarem dispersos no local do acidente, podem-se encontrar eventualmente na roupa da vítima. Devem ser colocados em recipientes de plástico e de seguida colocar em envelope, etiquetar e selar.

As **fibras**, como prova física, podem estar associadas a todo o tipo de crime. São um tipo de prova que usualmente não consegue ser visualizada a olho nu, e podem facilmente ser perdidas. Para aumentar a possibilidade de serem encontradas em laboratório, é importante o transporte e preservação do material que as possam conter. A sua análise pode determinar a cor, o tipo e a composição de vários fabricos, a sua origem e a natureza do vestuário. A análise das fibras pode servir para comparar a vítima, o agressor, a roupa, tapetes, veículos e provar que existiu transferência de um para o outro (Lynch, 2006).

A **tinta** (e fragmentos) pode ser encontrada na pele, debaixo das unhas, no cabelo e na roupa. Os fragmentos podem ser visíveis a olho nu ou serem tão pequenos que só podem ser identificados por análise microscópica. Deve-se estar atento para a possibilidade de transferência de vestígios de tinta, entre roupa de uma vítima atropelada e os veículos em caso de acidente. Devem-se recolher as lascas de tinta para um tubo de vidro, colocar num envelope e selar, se a tinta for encontrada na roupa, não remover, apenas colocar a peça de roupa num saco de papel, indicando o local onde foi encontrado o vestígio (Gomes, 2014).

No caso de **fluidos corporais** deve-se humedecer a zaragatoa com água esterilizada e passar na superfície suspeita de conter fluidos corporais secos, deixar secar a zaragatoa ao ar livre (cerca de 15 a 30 minutos), colocar em envelope, selar e etiquetar. Deverão ser realizadas antes de qualquer contato com a superfície corporal da vítima (DGS, 2016).

A **colheita de sangue para doseamento de alcoolémia** requer conhecimentos de princípios e conceitos básicos. Não se deve usar substâncias com álcool na desinfecção da pele, e deve-se colocar em notas de enfermagem como foi feita a desinfecção da pele. Após a colheita de sangue, o tubo deve ser selado e etiquetado com o nome, hora da recolha e identificação de quem efetuou o procedimento.

Nos casos de homicídio, devem ser recolhidas duas amostras, uma à entrada e outra uma hora depois para determinar a curva da alcoolémia (está estimado que o nível de sangue diminui 15- 20mg/100ml/hora), para efeitos legais em tribunal (Gomes, 2014).

As **marcas de dentadas** podem identificar o autor das mesmas e têm a mesma validade das impressões digitais, sendo consideradas um vestígio positivo. No caso de mordeduras, a recolha deve ser feita na área da impressão do arco dentário, por dentro, no meio e no perímetro por fora (DGS, 2016).

As zonas mais frequentes são as mamas, os braços, as pernas, o pescoço, a face, as costas e os genitais. No caso de mordeduras o importante é identificá-las, uma vez que perdem as suas características com o passar do tempo. Deve-se fazer zaragatoa do local e tirar fotografias com escala métrica.

Em **vítimas de asfixia com laço**, se a vítima estiver cadáver, o laço deve permanecer no corpo, se tiver que ser removido nunca se deve desatar, mas sim cortá-lo pelo menos a 15cm do nó (DGS, 2016). É importante tirar foto ou desenhar a forma do laço no diagrama corporal, pois pode fornecer informação sobre quem o fez. Deve também ficar registado em notas de enfermagem, de que lado está o nó, a coloração da vítima e descrever o sulco no pescoço quanto ao tamanho, profundidade, cor e largura.

A **violência doméstica** é um padrão de comportamento abusivo e coercivo, que inclui a agressão física, sexual e psicológica, em adultos ou adolescentes. A abordagem do enfermeiro perante estas vítimas assenta na recolha de dados sobre o caso, na instituição de medidas de segurança, no tratamento das lesões, na recolha de vestígios, na documentação dos achados e na discussão das opções possíveis (Gomes, 2014).

As **feridas** facultam informações importantes no que respeita ao mecanismo de lesão e também para o tratamento adequado, pelo que se devem efetuar notas descritivas de cada uma: tamanho, forma, cor, localização, características da pele circundante e presença de material na lesão ou à sua volta (Lynch & Duval, 2011). Para além deste registo escrito, deve existir também um diagrama corporal e um registo fotográfico (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). As lesões cutâneas são várias sendo as mais frequentes: equimoses, hematomas, escoriações, feridas incisais e feridas contusas.

Relativamente ao processo de acondicionamento e rotulagem, Gomes (2014) refere que importa ter em atenção alguns aspetos:

- Secagem – a secagem ao ar é o método preferencial para preservar vestígios húmidos. Cada item deve secar separadamente.
- Rotulagem – todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia. Escrever no envelope antes de colocar os vestígios dentro, de

forma a não os danificar. Os envelopes devem ser colocados num segundo contentor para proteção do mesmo, registando-se no processo o número total de envelopes usados, bem como quem os manuseou. Deve-se rotular com número do processo, idade, data de nascimento, breve descrição da fonte (incluindo localização de onde foi recolhido), data e hora da recolha, iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e empacotou vestígio.

- Selagem – Cada saco/envelope deve ser selado, de forma a não ser adicionado qualquer item. Importa também assinar por cima do selo para garantir a custódia da prova. Não agrafar envelope. O enfermeiro após selar os sacos de papel deve datar e rubricar a fita adesiva, garantindo-se assim a inviolabilidade dos sacos.

2.1.5. Cadeia de custódia

Um vestígio encontrado no local do crime, corpo da vítima ou suspeito, pode eventualmente constituir um meio de prova numa investigação médico-legal, no entanto esta só terá valor jurídico se houver a certeza de que não foi contaminada ou adulterada em todo o seu percurso durante a investigação. Para atestar essa validade a cadeia de custódia deve ter sido corretamente mantida e registada (Gonçalves, 2011).

A Cadeia de Custódia é descrita por Newton (2008), Silva (2015), Edinger (2016) e Matos (2016) como sendo um conjunto de procedimentos técnico-legais preponderantes, realizados com o objetivo de manter, documentar e garantir a autenticidade e idoneidade do vestígio recolhido, tal como a transparência em todo o processo de encaminhamento até à análise e inserção da prova no processo criminal.

Os documentos da cadeia de custódia identificam todos aqueles que lidaram com a prova. Toda a transferência da prova de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deve ficar registada e esse registo acompanha a prova até ao final da investigação. No final obtém-se um registo cronológico de onde e com quem a prova esteve até ser apresentada em tribunal (Lynch, 2006).

A Cadeia de Custódia pretende provar que não houve alterações nos vestígios, desde a sua colheita até ao momento que entra no laboratório, ou seja, estes constituem uma amostra viável e com valor probatório (Braz, 2010).

Todos os procedimentos efetuados desde a identificação, recolha, análise e interpretação, passando pela preservação e transporte da prova, devem ser minuciosamente registados. Esse registo deve ter início no momento em que o vestígio é encontrado, documentando a hora,

data, local e identificação de quem fez a recolha e se possível um registo fotográfico. Todas as manipulações e tratamentos dados ao vestígio devem ser descritas e explicitadas. O seu acondicionamento, armazenamento e transporte, deve ser efetuado em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade, utilizando contentores com sistema de fecho e etiquetagem adequadas. Toda a operação que exija abertura do contentor de vestígio deve ficar registada, não só quem é que procedeu à manipulação do vestígio, mas também o momento e o local (Braz, 2010).

2.2. METODOLOGIA

Neste subcapítulo, dedicado às questões metodológicas, descrevemos os objetivos e hipóteses a testar, variáveis em análise, tipo de estudo, população e amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e de análise de dados. Por fim, descrevemos as considerações éticas a ter em conta durante o percurso de investigação.

Podemos afirmar que a Enfermagem enquanto disciplina e profissão é recente, no entanto, segundo Martins (2008), apesar da sua origem modesta percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância que detém atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação e na consolidação científica da disciplina. Vamos assistindo, ao longo do tempo, que os enfermeiros vão apostando numa formação mais profunda e academicamente mais elevada.

A investigação científica define-se como um processo sistemático e rigoroso de observação dos factos, que promovem a reconstrução do conhecimento organizado, sistemático e preciso, como processo de aprendizagem científica, procurando dar respostas a questões previamente levantadas (Pradanov & Freitas, 2013). Vilelas (2020) acrescenta que a investigação é um processo criativo, mas repleto de dificuldades, de imprevisibilidades e de obstáculos diversos. Quando aplicada à Enfermagem, a investigação conduz à produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão como uma ciência (Coelho, 2013). Constitui assim um método de aprendizagem e de obtenção de novo conhecimento, sendo uma forma muito metódica para encontrar respostas a questões problema.

Para Fortin, Côte e Fillion (2009), a fase metodológica consiste na identificação dos meios para realizar a investigação, sendo nesta fase que “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificação de hipóteses”.

O ponto de partida, para se realizar uma investigação, inicia com a seleção do problema, o qual deve ser atual e adequado, de forma a dar resposta a questões reais e pertinentes para a prática de enfermagem, contribuindo para confirmar ou obterem novos conhecimentos (Coelho, 2013).

O foco desta investigação centra-se nos conhecimentos sobre práticas forenses de enfermeiros em SU, sendo a pertinência do tema justificada pela importância que esta temática tem no atual paradigma destes serviços (cada vez mais acometidos de situações de violência e trauma), mas também como competência inerente à prática de cuidados holísticos, humanizados e especializados.

A literatura revista é unânime quanto à complexidade das práticas de EF, em que os enfermeiros desempenhem um papel fundamental na proteção legal e cuidados às vítimas, na identificação e avaliação de situações de trauma, doença e morte e na preservação, recolha e documentação de vestígios (Gomes, 2011; 2017). Esta responsabilidade exige formação e aquisição de conhecimentos acerca dos princípios forenses e recomendações atuais, que lhes permitam práticas seguras (Camilo, 2017; Cunha, Libório, & Coelho, 2017).

Indo ao encontro de Fortin (2009) que entende a questão de investigação como um enunciado claro, inequívoco que precisa os conceitos a estudar, particulariza a população em análise e sugere uma investigação empírica, enunciou-se a seguinte questão de partida: Quais os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência Médico-cirúrgico de um hospital do norte de Portugal sobre as práticas em enfermagem forense?

Atendendo à questão de investigação, formulou-se como objetivo principal: analisar os conhecimentos sobre as práticas em enfermagem forense dos enfermeiros de um Serviço de Urgência Médico-cirúrgico.

Pretendendo a definição clara dos aspetos que se pretendem analisar, de modo a que culminem na solução da problemática pesquisada (Pradanov & Freitas, 2013), traçamos como:

Objetivos específicos:

- Descrever os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre práticas de enfermagem forense;
- Relacionar as dimensões que formam os conhecimentos sobre as práticas de enfermagem forense nos enfermeiros do serviço de urgência;
- Verificar a associação entre a formação e as variáveis socioprofissionais dos enfermeiros do serviço de urgência;
- Comparar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre práticas de enfermagem forense, considerando o sexo, idade e formação académica e profissional;
- Identificar necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência, na área forense.

Pretende-se, com este estudo, promover a reflexão sobre as práticas dos enfermeiros nesta área, sensibilizando-os para as implicações das suas intervenções e para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.2.1. Variáveis

Variável é algo que varia, podendo ser qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas. A sua operacionalização assenta num processo criterioso de modo a defini-las corretamente, quanto ao seu conteúdo e forma de as quantificar (Fortin, 2009).

Conforme os objetivos do estudo, consideramos a variável independente: a formação em enfermagem forense e a variável dependente: conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense nos vários domínios (conceito de enfermagem forense; situações forenses; vestígios forenses; comunicação e documentação; cuidados de enfermagem gerais; preservação de vestígios).

Definiram-se ainda, variáveis atributo ou de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, nomeadamente: sexo, idade, tempo de exercício profissional, situações clínicas nesta área com as quais teve contacto no SU, existência de protocolo de abordagem a situações médico-legais, frequência de formação em enfermagem forense.

Quanto à sua natureza, são estudadas variáveis qualitativas nominais, qualitativas ordinais e quantitativas contínuas e discretas.

Assim, colocamos como hipótese, espera-se que os enfermeiros com mais formação detenham mais conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense.

2.2.2. Tipo de estudo

Este estudo inscreve-se no paradigma quantitativo, observacional ou não experimental, do tipo descritivo-correlacional. Consideramos que este estudo se enquadra num método de investigação quantitativo pois está orientado para que os resultados se possam generalizar, focando-se na explicação através da medida dos fenómenos e análise dos dados numéricos para obter informação, descrever e testar relações (Fortin, 2009). Observacional descritivo-correlacional, na medida em que permitiu compreender se os enfermeiros do serviço de urgência do referido hospital detêm conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense e ao mesmo tempo “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre as variáveis que são estudadas tal e qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2021, p. 317). Nestes estudos o investigador descreve uma realidade, não existe nenhum tipo de manipulação de qualquer variável, ou seja, apenas pretende descrever um fenómeno a partir da observação (Vilelas, 2020).

2.2.3. Contexto, População e Amostra

A população de uma investigação é entendida como um conjunto de elementos, onde se encontra, pelo menos, uma característica comum, sendo sobre esta que recai o estudo e sobre a qual se pretendem tirar conclusões (Pradanov & Freitas, 2013). Habitualmente não é possível trabalhar com a população, pelo que se opta pela população-alvo, que na presente investigação é formada por 94 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do SUMC do norte do país.

Da população-alvo ainda se pode extrair uma amostra que consiste num subconjunto de elementos, retirados da população alvo e que possuindo desta, características em quantidade

e qualidade suficientes, permite constituir uma boa representação da mesma (Almeida & Freire, 2017).

Estimou-se, à partida, uma amostra constituída por 90 enfermeiros, excluindo o enfermeiro gestor, uma enfermeira especialista por não estarem na prestação direta de cuidados e ainda os enfermeiros em ausência médica. No entanto, a amostra final foi composta por 83 enfermeiros, que responderam ao questionário, correspondendo a 92,2% do total da população-alvo.

Caraterizamos a amostra de não probabilística por conveniência, uma vez que foi obtida sem nenhum plano preconcebido, apenas foram definidos os critérios de exclusão, como já referido, tendo englobado os enfermeiros que se dispuseram a responder de forma livre e esclarecida ao questionário construído para o efeito e disponibilizado na plataforma Google Forms.

2.2.4. Instrumento de recolha de dados

As informações pertinentes ao estudo são os dados a recolher junto da amostra, indo assim ao encontro de Pradanov e Freitas (2013), ao referirem que o instrumento de colheita de dados subordinar-se-á aos objetivos e ao universo da investigação. Neste sentido, optou-se no presente estudo, pela utilização de questionário, de autopreenchimento, como anteriormente referido, elaborado para o efeito. Estes, consistem num conjunto ordenado de perguntas, as quais deverão ser respondidas por escrito pelo elemento da amostra em estudo (Pradanov & Freitas, 2013). Este tipo de instrumento, de acordo com Moreira (2007) tem como vantagens a apresentação uniformizada e igual ordem das questões para todos os sujeitos, sentindo-se as pessoas mais seguras relativamente ao anonimato das respostas, podendo exprimir mais livremente as opiniões que consideram pessoais.

O instrumento foi organizado em duas partes. Na primeira parte abordam-se questões relativas a dados sociodemográficos (sexo, idade, formação académica), de caracterização profissional e contexto (tempo de exercício profissional e no SU, especialização em enfermagem, formação em enfermagem forense, situações clínicas na área com as quais teve contacto e existência de protocolo de abordagem a situações médico-legais.

Na segunda parte, abordaram-se questões sobre conhecimentos e práticas de enfermagem forense, formuladas com base no Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de

Enfermagem Forense (QCPEF), desenvolvido por Cunha e Libório (2012). É composta por 34 afirmações (itens) com três opções de resposta (verdadeiro, falso, e não sei, codificadas com 2, 1 e 0 pontos, respetivamente, visando avaliar os conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Os itens agrupam-se em seis dimensões (Tabela 1) que abordam aspetos relacionados com o conceito de enfermagem forense; as situações forenses; os vestígios forenses utilizados na investigação de situações suspeitas; a comunicação da ocorrência e a documentação das evidências; os cuidados gerais de enfermagem e os cuidados na preservação de vestígios (Cunha & Libório, 2012).

Os itens 32, 36, 37, 40, 47 foram invertidos, pelo que a resposta “verdadeiro” foi codificada com 1 e a resposta “falso” com 2, variando a amplitude pontual entre 0 e 68 pontos².

Tabela 1 - Dimensões, itens e pontuação do questionário

Dimensão	Item	Pontuação
Conceito de Enfermagem Forense	5 (14-18)	0-10
Situações Forenses	7 (19-25)	0-14
Vestígios Forenses	6 (26-31)	0-12
Comunicação e Documentação	5 (32-36)	0-10
Cuidados de Enfermagem Gerais	5 (37-41)	0-10
Preservação de Vestígios	6 (42-47)	0-12

De forma a separar a pontuação das respostas corretas vs erradas, consideramos uma nova variável com a pontuação obtida nas respostas corretas, onde, a maior pontuação corresponde melhor nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense.

O tempo de preenchimento do instrumento estimou-se em 15 minutos. A recolha de dados realizou-se durante o mês de janeiro de 2023.

2.2.5. Procedimentos Formais e Éticos

Numa pesquisa, independentemente dos aspetos abordados, o respeito dos direitos da pessoa deve ser sempre uma linha orientadora (Fortin et al., 2009). Nunes (2013) reforça, salientando que a ética na investigação científica baseia-se na conduta moral que salvaguarde os direitos humanos, encontrando-se assim inerente ao estudo e aos métodos de colheita de dados, na procura de soluções para uma problemática.

² Um sujeito obtém 0 pontos se responder a todas as questões como “não sei”; obtém 34 pontos no caso de errar todas as respostas e obtém 68 pontos se tiver todas as respostas corretas.

Em relação aos procedimentos para a recolha de dados, foi pedida e autorizada a realização da pesquisa pela Direção de Enfermagem do hospital e pelo Enfermeiro Gestor do SUMC (Anexo 1).

Para a recolha de dados, foi fornecida aos participantes informação sobre o tema em estudo e seus objetivos, solicitando também a sua participação, salvaguardando a sua liberdade de participar ou não.

O questionário foi distribuído na forma de link e por email, sendo preenchido através de plataforma online, permitindo que chegasse ao investigador sem qualquer referência ou informação que pudesse identificar o participante, bem como, era solicitado no próprio, o seu acendimento a participar.

Concomitantemente, durante a realização desta investigação foram considerados todos os princípios universais da Ética procurando-se assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas. Foi garantido o anonimato dos participantes no preenchimento dos na realização dos questionários e dados colhidos, assim como, no tratamento e divulgação dos resultados.

A recolha da informação não acarretou nenhum risco para a integridade física, mental e social ou moral dos inquiridos. Não houve nem haverá benefícios financeiros para os participantes.

2.2.6. Tratamento dos dados e procedimentos estatísticos

“Após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis” (Fortin, 2009, p.57).

O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), v.28. O tratamento e a análise dos dados, sendo uma das etapas fundamentais dos estudos de investigação, tem por objetivo a comparação e confrontação das informações obtidas, permitindo confirmar ou rejeitar as hipóteses e os pressupostos da pesquisa, levando deste modo ao alcance das respostas às questões do estudo (Pradanov & Freitas, 2013; Coutinho, 2015).

A análise exploratória de dados foi efetuada com a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e com a média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de

variação (CV)³, valores mínimos (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk (W) quando $n \leq 50$, ou pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (D) quando $n > 50$, e homogeneidade das variâncias verificada pelo teste de Levene (F).

Decorrente da violação da normalidade e/ou homocedasticidade, a comparação entre duas amostras independentes foi efetuada pelo teste U Mann-Whitney. Com 3 ou mais amostras independentes, usamos o teste H Kruskal-Wallis. Na presença de diferenças estatisticamente significativas, usamos o *post-hoc* de Dunn-Bonferroni.

A verificação da existência de relações de independência entre duas variáveis qualitativas, foi efetuada pelo teste de independência do quiquadrado de Pearson (χ^2). O teste do quiquadrado pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Na impossibilidade do cumprimento dos pressupostos, recorremos ao teste de independência do quiquadrado com simulação de Monte Carlo.

A correlação entre duas variáveis (quantitativas e/ou ordinais) foi realizada pelo coeficiente de correlação de Pearson (r) e/ou pela correlação de Spearman (r_s). A análise da relação entre uma variável quantitativa e uma variável nominal dicotômica, foi efetuada pelo coeficiente de correlação ponto-bisserial (R_{pb}). A interpretação da magnitude da correlação (r , r_s , R_{pb}) foi feita segundo o intervalo de correlação apresentado em Pestana e Gageiro (2014, p.347), onde independentemente do sinal (+ ou -), se:

Quadro 3. - Coeficientes de correlação

$\theta \leq 0.19$	correlação Muito Fraca
$0.20 \leq \theta \leq 0.39$	correlação Fraca
$0.40 \leq \theta \leq 0.69$	correlação Moderada
$0.70 \leq \theta \leq 0.89$	correlação Forte
$0.90 \leq \theta \leq 1.0$	correlação Muito Forte

³ Coeficiente de variação (CV): $CV = (DP/M) \times 100$, onde $CV \leq 15\% \rightarrow$ fraca dispersão; $15\% < CV \leq 30\% \rightarrow$ moderada dispersão; $CV > 30\% \rightarrow$ forte dispersão (Pestana & Gageiro, 2014).

A consistência interna foi verificada pelo teste alfa (α) de Cronbach. A consistência interna de um instrumento é definida como a concordância entre os diversos parâmetros que o constituem, ou seja, refere-se ao grau de homogeneidade dos vários itens que compõem o instrumento global ou cada um dos seus domínios em particular, de forma a medirem o conceito de igual forma. Pode variar entre 0 e 1, em que um valor mais alto de correlação pressupõe uma maior consistência interna (Fortin, 2009).

De acordo com Pestana e Gageiro (2014), está convencionada a seguinte classificação (Quadro 4).

Quadro 4. - Classificação de alfa de Cronbach

Muito Boa	$\alpha_c \geq 0.90$
Boa	$0.80 \leq \alpha_c < 0.90$
Razoável	$0.70 \leq \alpha_c < 0.80$
Fraca	$0.60 \leq \alpha_c < 0.70$
Inaceitável	$\alpha_c < 0.60$

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p=0.05$). Não existem valores omissos.

2.2.7. Resultados

Neste subcapítulo são apresentados os resultados apurados na presente investigação, iniciando-se pela caracterização da amostra e avaliação da consistência interna do questionário.

Avaliação da consistência interna do instrumento

Verificou-se a consistência interna como meio de estimação da fidelidade do instrumento de recolha de dados utilizado e respetivas dimensões. Constatou-se (Tabela 2), tem “boa” consistência interna ($\alpha=0.88$); as dimensões “Comunicação e Documentação” e «Cuidados de Enfermagem Gerais» apresentam valor baixo caracterizado de “inaceitável”, respetivamente ($\alpha=0.55$) e ($\alpha=0.43$); ao passo que as restantes dimensões têm “razoável” consistência interna. Considerando unicamente as dimensões dos conhecimentos e práticas de enfermagem forense, a consistência interna varia entre 0.43 e 0.78, que é um resultado

similar ao observado no estudo de Libório (2012), com amplitude de 0.53 a 0.82, no estudo de Coelho (2013), com amplitude de 0.53 a 0.81, no estudo de Ferreira (2018), os quais variam entre 0.60 e 0.82.

Tabela 2 - Consistência interna das dimensões e do total do instrumento

Dimensões	nº de itens	α Cronbach	Classificação
Conceito de Enfermagem Forense	5	0.77	Razoável
Situações Forenses	7	0.78	Razoável
Vestígios Forenses	6	0.73	Razoável
Comunicação e Documentação	5	0.55	Inaceitável
Cuidados de Enfermagem Gerais	5	0.43	Inaceitável
Preservação de Vestígios	6	0.72	Razoável
Pontuação total	34	0.88	Boa

Caracterização da amostra

A tabela 3 apresenta os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica e profissional da amostra. Como anteriormente referido, a amostra foi constituída por 83 enfermeiros, correspondendo a 92% do total da amostra (N=90) que cumpria os critérios de elegibilidade.

Observou-se que a maior parte dos enfermeiros são do sexo feminino (67.5%). A faixa etária [30-39 anos] é a predominante (45.8%), seguida da faixa etária [40-49 anos] (27.7%). As idades extremas são as menos representativas, particularmente as idades mais altas (2.4%). Em termos de formação académica, quase todos possuem apenas a licenciatura (92.8%) e formação profissional (pós-licenciatura/especialidade), 15.7%.

Existe uma panóplia de situações clínicas, passíveis de envolver alguma forma de violência, com as quais os enfermeiros tiveram contato no decurso da atividade profissional. As mais relevantes são acidente de viação e/ou traumatismos (98.8%), lesões por arma de fogo ou branca (80.7%), violência conjugal, contra idosos ou crianças (69.9%), homicídio ou suicídio (45.8%), agressão sexual (41%), negligência e má prática clínica (38,6%)

Quase metade dos enfermeiros (49.4%) afirmou não saber se no serviço onde exerce a atividade profissional existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais, apenas 16.9% referiu a existência deste protocolo.

A maior parte dos enfermeiros não teve formação em ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses (88%), decorrente, da pouca oferta formativa na área (72.6%). Entre aqueles que tiveram formação, o contexto é diversificado, embora se destaquem os cursos de pós-graduação e a presença em conferências/seminários.

Maioritariamente, os enfermeiros autoavaliam os seus conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense como sendo “pouco” (68.7%). De salientar que, 19.3% mencionou não possuir “nenhum” conhecimento. Todavia, quando questionados acerca da importância que atribuem ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional, predominou a referência de ser “importante” (75.9%). Registos baixos, mas não desprezíveis, encontram-se nas opções “pouco importante” e “indiferente” (<5%).

Relativamente à inclusão da temática da Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha, a maioria dos enfermeiros revelou ser “importante” (74.7%) e “muito importante” (19.3%), que no seu conjunto representam 94%.

Quanto à necessidade formativa para a atuação prática na área da Enfermagem Forense e Práticas Forenses, a maior parte dos enfermeiros mencionou a formação base e específica nesta área (75.9%), sendo que os restantes indicaram que necessitam de atualizar/complementar a formação que detêm (24.1%).

Quando questionados sobre a sua intervenção, no âmbito dos cuidados forenses, perante uma vítima de violência, considerando saber os procedimentos a adotar e atuar com segurança, a maioria dos enfermeiros referiu não saber como atuar (66.3%). Apenas 19.3% dos enfermeiros já realizaram o procedimento.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra: frequência absoluta e relativa

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
+ Sexo		
Masculino	27	32.5
Feminino	56	67.5
+ Idade		
[20, 29] anos	8	9.6
[30, 39] anos	38	45.8
[40, 49] anos	23	27.7
[50, 59] anos	12	14.5

[60, 69] anos	2	2.4
+ Qual a sua formação académica?		
Licenciatura/ Pós-Licenciatura/Especialidade	77	92.8
Mestrado	6	7.2
+ Situações clínicas com as quais teve contato no seu exercício profissional		
Acidente de viação e/ou traumatismos	82	98.8
Lesões por arma de fogo ou branca	67	80.7
Violência conjugal, contra idosos ou crianças	58	69.9
Homicídio ou suicídio	38	45.8
Agressão sexual	34	41.0
Negligência e má prática clínica	32	38.6
Colheita e preservação de vestígios	14	16.9
Nenhuma das anteriores	1	1.2
+ No serviço onde exerce a sua atividade existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais?		
Não sei	41	49.4
Não	28	33.7
Sim	14	16.9
+ Algumas vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?		
Não	73	88.0
Sim	10	12.0
* Se sim, em que contexto?		
Cursos de pós-graduação	6	60.0
Conferências/Seminários	4	40.0
Formação em serviço	2	20.0
Congressos	2	20.0
Cursos breves	1	10.0
Workshops	1	10.0
Mestrado	1	10.0
Curso de Pós-Licenciatura	1	10.0
* Se não qual(ais) o(s) motivo(s)		
Pouca oferta formativa na área	53	72.6
Não teve conhecimento da formação	35	47.9
+ Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?		
Nenhum	16	19.3
Pouco	57	68.7

Razoável	10	12.0
+ Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?		
Pouco importante	3	3.6
Indiferente	4	4.8
Importante	63	75.9
Muito importante	13	15.7
+ Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?		
Pouco importante	2	2.4
Indiferente	3	3.6
Importante	62	74.7
Muito importante	16	19.3
+ Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção?		
Necessito realizar formação base e específica nesta área	63	75.9
Necessito de atualizar/complementar a formação que detenho	20	24.1
+ Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber quais os procedimentos a adotar e atuar com segurança no âmbito dos cuidados forenses?		
Nunca prestei	12	14.5
Não	55	66.3
Sim	16	19.3

A tabela 4 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo do tempo de exercício profissional dos enfermeiros e no SU. Nas duas variáveis existe uma forte dispersão dos enfermeiros, ou seja, o comportamento dos enfermeiros face ao tempo de atividade profissional é heterogéneo. Cerca de 67.1% do tempo de atividade profissional foi passado no serviço de urgência.

Tabela 4 - Tempo de exercício profissional e no SU dos enfermeiros: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimos e máximos

Variáveis	M	DP	CV (%)	Mín	Má x
Tempo de exercício profissional como enfermeiro (anos)	15.5	8.82	56.9	4.0	42.0
Tempo de exercício profissional como enfermeiro no SU (anos)	10.4	8.17	78.6	0.5	35.0

Conhecimentos dos enfermeiros sobre as práticas de Enfermagem Forense

As Tabelas 5 a 10 apresentam os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização dos conhecimentos sobre as práticas de enfermagem forense da amostra, nas dimensões em avaliação.

Na tabela 5 existe um equilíbrio entre as prevalências de respostas erradas e corretas nos itens que formam a dimensão “Conceito de Enfermagem Forense”. As questões 14, 16 e 18 registam uma grande taxa de insucesso, ainda que menos evidente na questão 18. Em todos os itens, um considerável número de enfermeiros afirmou não saber a resposta (>18%). O item 17 é o que regista maior sucesso (30.1%).

Tabela 5 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Conceito de Enfermagem Forense

Conceito de Enfermagem Forense	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
14.A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	16	19.3	63	75.9	4	4.8
15.A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	25	30.1	13	15.7	45	54.2
16.A enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.	15	18.1	63	75.9	5	6.0
17.A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.	15	18.1	---	---	68	81.9
18.Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	24	28.9	43	51.8	16	19.3

Na tabela 6 verifica-se que existe um predomínio de respostas corretas nos itens que formam a dimensão “Situações Forenses”. De todas as questões destacam-se os itens 23, 24 e 19, com uma grande taxa de sucesso superior a 90%. Nos itens 21 e 22, verifica-se um considerável número de enfermeiros que não sabe a resposta (>16%).

Tabela 6 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Situações forenses

Situações Forenses	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
19.Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	6	7.2	---	---	77	92.8
20.A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	7	8.4	2	2.4	74	89.2
21.A violência contra idosos designa uma situação forense.	14	16.9	2	2.4	67	80.7
22.Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	18	21.7	3	3.6	62	74.7
23.As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	2	2.4	---	---	81	97.6
24.A agressão sexual é uma situação forense.	2	2.4	1	1.2	80	96.4
25.O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	6	7.2	3	3.6	74	89.2

Na tabela 7 observa-se um predomínio de respostas corretas nos itens que formam a dimensão “Vestígios Forenses”. De todas as questões destacam-se os itens 30, 28, 26 e 29, com uma grande taxa de sucesso superior a 90%. Nos itens 27 e 31, verifica-se um considerável número de enfermeiros que não sabe a resposta (>10%).

Tabela 7 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Vestígios Forenses

Vestígios Forenses	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
26.Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.	5	6.0	---	---	78	94.0
27.A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	9	10.8	1	1.2	73	88.0
28.A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	3	3.6	1	1.2	79	95.2
29.Pelos e/ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	5	6.0	---	---	78	94.0
30.Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	1	1.2	1	1.2	81	97.6
31.Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	17	20.5	2	2.4	64	77.1

Na tabela 8 refere-se aos itens que formam a dimensão “Comunicação e Documentação”. Nos itens 35, 34 e 36, mais de 90% dos enfermeiros responderam corretamente. No item 32, esta frequência é quase 70%. No item 33 a maior parte dos enfermeiros responde de modo incorreto (61.4%). Nos itens 32 e 33, verifica-se um considerável número de enfermeiros que não sabe a resposta (>19%).

Recorde-se que os itens 32 e 36 foram invertidos, onde as respostas “Falso” são consideradas corretas.

Tabela 8 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Comunicação e Documentação

Comunicação e Documentação	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
32.Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	16	19.3	9	10.8	58	69.9
33.A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	19	22.9	51	61.4	13	15.7
34.O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	6	7.2	---	---	77	92.8
35.O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	4	4.8	---	---	79	95.2
36.Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	6	7.2	1	1.2	76	91.6

Na tabela 9 refere-se aos itens que formam a dimensão “Cuidados de Enfermagem Gerais”. Nos itens 38 e 41 predomina uma frequência de respostas corretas superior a 90%. Nos itens 37 e 41, esta frequência é superior a 60%. O item 39 mostra que a maior parte dos enfermeiros regista resposta errada (51.8%). Nos itens 37, 39 e 41, verifica-se um considerável número de enfermeiros que não sabe a resposta.

Os itens 37 e 40 foram invertidos, onde as respostas “Falso” são consideradas corretas.

Tabela 9 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Cuidados de Enfermagem Gerais

Cuidados de Enfermagem Gerais	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
37.O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	14	16.9	17	20.5	52	62.7
38.A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	4	4.8	---	---	79	95.2
39.A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	32	38.6	43	51.8	8	9.6
40.A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	4	4.8	3	3.6	76	91.6
41.O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	26	31.3	---	---	57	68.7

Na tabela 10 refere-se aos itens que formam a dimensão “Preservação de Vestígios”. Nos itens 43, 44 e 45 predominam as respostas corretas. O item 45 mostra que a maior parte dos enfermeiros regista resposta errada (75.9%). Em todos os itens existe um elevado número de enfermeiros que não sabe a resposta, sendo mais evidente nos itens 42, 43, 44 e 47 (>21%). O item 47 foi invertido, tendo as respostas “Falso” sido consideradas corretas.

Tabela 10 - Caracterização dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense nos itens que avaliam o domínio: Preservação de Vestígios

Preservação de Vestígios	Não sei		Errado		Correto	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
42.Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	45	54.2	30	36.1	8	9.6
43.Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	37	44.6	9	10.8	37	44.6
44.O lençol de cima (da maca/cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	26	31.3	5	6.0	52	62.7
45.Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	19	22.9	---	---	64	77.1
46.Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	18	21.7	63	75.9	2	2.4
47.A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	26	31.3	11	13.3	46	55.4

Avaliação dos conhecimentos sobre as práticas de Enfermagem Forense

A tabela 11 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis, pontuação total e pontuação das respostas corretas, bem como das dimensões de avaliação dos conhecimentos sobre as práticas de Enfermagem de Forense.

Destaca-se que a média do número de respostas erradas e de respostas com indecisão registam valor médio similar, ainda que as respostas com indecisão possuam maior variabilidade e maior amplitude.

Tabela 11 - Média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da pontuação (total e respostas corretas), do número de respostas corretas, erradas e com indecisão, e das dimensões do questionário

	M	DP	CV (%)	Mín	Máx
Pontuação total	50.8	10.07	19.8	4	63
Pontuação (respostas corretas)	45.5	9.00	19.8	2	58
Número de respostas corretas	22.8	4.50	19.8	1	29
Número de respostas erradas	5.3	2.26	42.7	0	13
Número de respostas com indecisão	5.9	5.75	97.0	0	31
Dimensões					
Conceito de Enfermagem Forense	5.5	2.46	44.5	0	10
Situações Forenses	12.5	2.67	21.3	0	14
Vestígios Forenses	11.0	2.10	19.1	0	12
Comunicação e Documentação	8.0	1.77	22.0	0	10
Cuidados de Enfermagem Gerais	7.3	1.86	25.4	0	10
Preservação de Vestígios	6.5	3.13	48.4	0	11

Análise da correlação entre o tempo de exercício profissional e o tempo no SU com os conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense

A Tabela 12 apresenta os resultados do coeficiente de correlação de Pearson entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro e como enfermeiro no serviço de urgência com a pontuação (total e respostas corretas) e com cada dimensão da avaliação dos conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense.

Quer o tempo de exercício profissional como enfermeiro quer o tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência registam correlações de muito fraca ($r \leq 0.19$) e fraca magnitude ($0.20 \leq r \leq 0.39$) com a pontuação e com as dimensões da avaliação dos conhecimentos sobre as práticas de Enfermagem Forense. Contudo, apenas as correlações assinaladas com asterisco (*) são estatisticamente significativas ($p < 0.05$), indiciando a relação consistente entre as variáveis, ou seja, as mudanças numa variável estão associadas às mudanças na outra variável, sugerindo, assim, que é improvável que a correlação observada na amostra seja o resultado de flutuações aleatórias dos dados, podendo ser uma representação confiável da verdadeira relação estatística entre as variáveis na população, ainda que não haja garantia de que a mesma correlação seja exatamente replicada em todas as situações ou em diferentes conjuntos de dados.

Embora fracas, mas todas as correlações têm orientação negativa, o que indica que com o aumento do tempo de serviço diminuem os conhecimentos sobre as práticas de Enfermagem Forense.

Ainda que não apresentado na tabela abaixo, a correlação entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro *versus* o tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência é de forte magnitude, com sentido positivo e estatisticamente significativo ($r = 0.74$, $p < 0.01$).

Tabela 12 - Correlação de Pearson entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro e no serviço de urgência com a pontuação (total e respostas corretas) e com cada dimensão do questionário

	Tempo de exercício profissional como enfermeiro		Tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência	
	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
Pontuação total	-0.23	0.037*	-0.31	0.004*
Pontuação (respostas corretas)	-0.18	0.097	-0.27	0.012*
Dimensões				
Conceito de Enfermagem Forense	-0.23	0.034*	-0.32	0.004*
Situações Forenses	-0.10	0.372	-0.18	0.104
Vestígios Forenses	-0.13	0.261	-0.20	0.070
Comunicação e Documentação	-0.08	0.458	-0.18	0.114

Cuidados de Enfermagem Gerais	-0.18	0.109	-0.24	0.028*
Preservação de Vestígios	-0.24	0.032*	-0.23	0.036*

* correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

A tabela 13 apresenta os valores de correlação de Spearman entre as variáveis ordinais e a pontuação (total e de respostas corretas). Verifica-se uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa entre as variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” vs “Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?” ($r_s = 0.83$, $p < 0.001$). As restantes correlações são de muito fraca ($r_s < 0.20$) e fraca ($0.20 \leq r_s \leq 0.39$) magnitude, todas com orientação positiva e não significativas, com exceção da correlação entre as variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” vs “Pontuação total” que é estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Tabela 13 - Correlação de Spearman entre a pontuação (total e respostas corretas) e algumas variáveis ordinais

	B	C	D	E
A	0.02	0.03	0.19	0.17
B		0.83**	0.22*	0.18
C			0.16	0.12
	** $p < 0.01$		* $p < 0.05$	

- A Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?
- B Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?
- C Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?
- D Pontuação total
- E Pontuação (respostas corretas)

A tabela 14 apresenta os valores de correlação de Spearman entre a variável “Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?” vs variáveis nominais dicotômicas e a pontuação (total e de respostas corretas). Todas as correlações são de muito

fraca magnitude, com sentido positivo e não-significativas ($p>0.05$). De notar que nas variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” e “Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?”, devido à reduzida frequência de casos nas classes mais baixas, tendo as mesmas sido agrupadas na classe “pouco importante”.

Tabela 14 - Correlação de Spearman entre a classificação do conhecimento sobre práticas de enfermagem forense com algumas variáveis ordinais e quantitativas

Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense? vs ...	r_s	p
Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?	0.02	ns
Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?	0.03	ns
Pontuação total	0.18	ns
Pontuação (respostas corretas)	0.17	ns

ns – não significativo ($p>0.05$)

A tabela 15 apresenta os valores de correlação de Spearman entre as variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” vs “Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?”, a qual é de forte magnitude, positiva e estatisticamente significativa, mostrando que estas variáveis não são fruto do acaso, sugerindo que a possibilidade de encontrar a mesma intensidade de relação devida ao acaso é baixa. A relação estatística entre as variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” vs “Pontuação total” é de fraca magnitude, positiva e estatisticamente significativa; por sua vez a correlação entre as variáveis “Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?” vs “Pontuação (respostas corretas)” é de muito fraca magnitude, positiva e não-significativa.

Tabela 15 - Correlação de Spearman entre a importância atribuída ao conhecimento sobre práticas de enfermagem forense no âmbito da prática profissional com algumas variáveis ordinais e quantitativas

Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional? vs ...	r_s	p
Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?	0.83	<0.001*
Pontuação total	0.22	0.046*
Pontuação (respostas corretas)	0.18	ns

ns – não significativo ($p>0.05$) * correlação estatisticamente significativa

A tabela 16 apresenta os valores de correlação de Spearman entre as variáveis “Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?” vs “Pontuação total” e “Pontuação (respostas corretas)”, verificando-se que são de muito fraca magnitude, com orientação positiva e não-significativas.

Tabela 16 - Correlação de Spearman entre a importância atribuída à inclusão de conteúdos sobre enfermagem forense no plano de formação com a pontuação total e de respostas corretas

Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha? vs ...	r_s	p
Pontuação total	0.16	ns
Pontuação (respostas corretas)	0.12	ns

ns – não significativo ($p>0.05$)

A tabela 17 apresenta a correlação entre a pontuação total com as respostas corretas e as dimensões de avaliação dos conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense.

Todas as correlações são estatisticamente significativas e todas têm orientação positiva, o que significa que ao aumento do valor de uma variável ocorre o aumento do valor da outra variável. Portanto, em todos os casos, a relação entre cada par de variáveis é consistente, não se deve a fenómenos aleatórios e é muito provável que ocorra na população em idêntica magnitude.

Tabela 17 - Correlação entre a pontuação (total e respostas corretas) e as dimensões do questionário

	B	C	D	E	F	G	H
A	0.98**	0.73**	0.76**	0.68**	0.57**	0.78**	0.76**
B		0.69**	0.77**	0.72**	0.57**	0.73**	0.71**
C			0.45**	0.27*	0.41**	0.47**	0.48**
D				0.56**	0.34**	0.52**	0.36**
E					0.26*	0.47**	0.41**
F						0.37**	0.27*
G							0.58**

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

- A** Pontuação total
- B** Pontuação (respostas corretas)
- C** Conceito de Enfermagem Forense
- D** Situações Forenses
- E** Vestígios Forenses
- F** Comunicação e Documentação
- G** Cuidados de Enfermagem Gerais
- H** Preservação de Vestígios

A tabela 18 apresenta os valores de correlação ponto-bisserial entre a pontuação e a variável nominal dicotômica “Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?”. Verifica-se que as correlações são de muito fraca magnitude e não significativas ($p > 0.05$). Contudo, a pontuação total tem uma orientação positiva e a pontuação obtida através das respostas corretas tem orientação negativa.

Tabela 18 - Correlação ponto-bisserial entre a pontuação obtida nos conhecimentos e práticas de enfermagem forense com variáveis nominais dicotômicas

Variáveis	R_{pb}	p
Pontuação total vs Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?	0.18	ns
Pontuação total vs Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção?	-0.18	ns
Pontuação (respostas corretas) vs Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?	0.18	ns

Pontuação (respostas corretas) vs Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção? -0.15 ns

ns – não significativo ($p>0.05$)

Análise de associação entre a formação e as variáveis socioprofissionais

A tabela 19 apresenta os resultados do teste do quiquadrado de independência entre a variável “Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?” vs diversas variáveis categóricas. A um nível de significância de 5%, verifica-se a existência de uma relação de dependência com a variável “Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção?” ($p<0.001$), rejeitando a hipótese nula da independência. Nos restantes casos, não existem evidências para rejeitar a hipótese nula, pelo que a relação é de independência.

Tabela 19 - Associação entre a variável “Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses?” e as suas classes e um conjunto de variáveis categóricas

Alguma vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses? vs ...	χ^2	p	Anexo
Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?	5.236	0.054•	2
Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional?	1.121	0.731•	3
Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha?	1.397	0.533•	4
Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção?	19.428	<0.001*	5
Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber quais os procedimentos a adotar e atuar com segurança no âmbito dos cuidados forenses?	2.346	0.410•	6

• Simulação de Monte Carlo

A tabela 20 apresenta os resultados do teste do quiquadrado de independência entre a variável “Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?” vs “Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber quais os procedimentos a adotar e atuar com segurança no âmbito dos cuidados forenses?”. A um nível de significância de 5%, verifica-se que relação entre as

duas variáveis é de dependência ($p=0.001$), levando à rejeição da hipótese nula da independência.

Tabela 20 - Associação entre a variável “Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?” e o conhecimento as suas classes e um conjunto de variáveis categóricas

Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense? vs ...	χ^2	p	Anexo
Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber quais os procedimentos a adotar e atuar com segurança no âmbito dos cuidados forenses?	12,347	0.017•	7

• Simulação de Monte Carlo

Análise comparativa por sexo, idade, formação académica e profissional

A tabela 21 apresenta os resultados da comparação entre sujeitos do sexo masculino vs sexo feminino, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário conhecimentos e práticas de enfermagem forense no serviço de urgência. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U* Mann-Whitney verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre enfermeiros vs enfermeiras em qualquer variável em estudo. Portanto, os sexos são homogêneos.

Tabela 21 - Comparação entre sujeitos do sexo masculino vs sexo feminino, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário

	Masculino			Feminino			Comparação		
	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	U	Z	p
Pontuação total	47.6	13.41	36.87	52.4	7.67	44.47	617.5	-1.348	0.178
Pontuação (respostas corretas)	43.2	12.04	38.19	46.7	6.93	43.84	653.0	-1.005	0.315
Dimensões									
Conceito de Enferm. Forense	4.9	3.09	38.31	5.8	2.06	43.78	656.5	-0.994	0.320
Situações Forenses	12.1	3.56	40.63	12.8	2.11	42.66	719.0	-0.423	0.672
Vestígios Forenses	10.5	3.12	43.39	11.2	1.34	41.33	718.5	-0.451	0.652
Comunicação e Documentação	7.5	2.26	36.26	8.3	1.44	44.77	601.0	-1.588	0.112

Cuidados de Enferm. Gerais	6.8	2.19	36.09	7.6	1.64	44.85	596.5	-1.594	0.111
Preservação de Vestígios	5.8	3.72	38.52	6.8	2.78	43.68	662.0	-0.920	0.358

A tabela 22 apresenta os resultados da comparação entre sujeitos de diferentes estratos etários, quanto à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário conhecimentos e práticas de enfermagem forense no serviço de urgência.

É de referir que decorrente do reduzido número de sujeitos na classe [60, 69] anos ($n=2$), esta classe foi agrupada com a classe precedente, formando-se uma nova classe designada [50, +] anos ($n=14$).

A um nível de significância de 5%, pelo teste H Kruskal-Wallis verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre enfermeiros vs enfermeiras em qualquer variável em estudo. Portanto, os géneros são homogéneos. Contudo, na variável “Cuidados de Enfermagem Gerais”, as diferenças são marginalmente significativas ($H=7.596$, $p=0.055$).

Tabela 22 - Comparação entre sujeitos de diferentes estratos etários, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário

		[20, 29] anos (n=8)			[30, 39] anos (n=38)			[40, 49] anos (n=23)			[50, +] anos (n=14)			Comparação	
		M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	H	p
Pontuação total		47.8	6.88	30.00	52.9	7.87	46.41	50.7	9.79	41.37	47.1	15.57	37.93	3.679	0.298
Pontuação	(respostas corretas)	42.0	6.33	28.75	47.3	7.40	46.01	45.7	8.01	42.22	42.6	14.09	38.32	3.831	0.280
Dimensões															
Conceito de Enfermagem Forense		5.8	2.38	44.56	6.0	2.20	45.54	5.1	2.56	38.22	4.9	2.96	37.14	2.161	0.540
Situações Forenses		11.9	1.89	30.88	12.7	2.35	43.28	12.7	2.75	45.07	12.2	3.73	39.86	3.172	0.366
Vestígios Forenses		10.5	2.78	38.44	11.1	1.64	41.43	11.4	1.40	44.39	10.4	3.44	41.64	0.650	0.885
Comunicação e Documentação		7.6	2.56	40.25	8.2	1.40	43.30	8.1	1.36	41.07	7.6	2.68	41.00	0.235	0.972
Cuidados de Enferm. Gerais		6.3	1.83	27.19	7.9	1.42	48.75	7.2	1.81	39.96	6.6	2.56	35.50	7.596	0.055
Preservação de Vestígios		5.8	2.61	34.25	7.1	2.50	46.16	6.2	3.53	41.11	5.4	4.05	36.61	2.726	0.436

A tabela 23 apresenta os resultados da comparação entre sujeitos de diferentes níveis de formação académica e profissional, quanto à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário conhecimentos e práticas de enfermagem forense no serviço de urgência. A um nível de significância de 5%, pelo teste H Kruskal-Wallis verifica-se que apenas na variável “Preservação de Vestígios”, se verificam evidências estatisticamente significativas de diferenças entre pelo menos um par de níveis de formação académica ($H=6.336$, $p=0.042$). Pelo *post-hoc* de Dunn-Bonferroni, constata-se que as diferenças ocorrem entre «Pós-Licenciatura/Especialidade vs Mestrado» ($p=0.041$), devido ao *mean rank* mais elevado dos enfermeiros com o grau académico de mestre (41.26 vs 64.42); entre os graus académicos «Licenciatura vs Mestrado» não há diferenças significativas ($p=0.070$).

Tabela 23 - Comparação entre sujeitos com diferentes níveis de formação académica, relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário

	Licenciatura (n=64)			Pós-Lic./Espec. (n=13)			Mestrado (n=6)			Comparação	
	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	H	p
Pontuação total	50.8	10.48	42.30	48.3	9.10	33.73	56.8	4.67	56.75	3.797	0.150
Pontuação (respostas corretas)	45.6	9.51	42.32	43.4	7.50	34.42	50.0	4.00	55.00	3.067	0.216
Dimensões											
Conceito de Enfermagem Forense	5.5	2.52	42.40	5.4	2.73	41.77	5.8	0.98	38.25	0.173	0.917
Situações Forenses	12.6	2.70	43.09	11.8	2.95	32.19	13.8	0.41	51.67	4.491	0.106
Vestígios Forenses	11.1	2.16	44.13	10.2	2.09	31.62	11.3	1.03	41.83	4.451	0.108
Comunicação e Documentação	8.0	1.88	42.73	7.9	1.46	35.15	8.5	1.23	49.08	1.805	0.406
Cuidados de Enfermagem Gerais	7.3	2.00	42.23	7.2	1.35	36.19	8.2	0.98	52.08	1.914	0.384
Preservação de Vestígios	6.3	3.30	41.26	5.9	2.10	35.31	9.2	1.60	64.42	6.336	0.042*

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$)

A tabela 24 apresenta os resultados da comparação entre sujeitos que receberam e que não receberam formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses, quanto à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões do questionário conhecimentos e práticas de enfermagem forense no serviço de urgência. Pelo teste *U* Mann-Whitney verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre enfermeiros que receberam formação na área forense vs enfermeiros que não receberam formação na área forense em qualquer variável em estudo, apenas na dimensão “Preservação de Vestígios” se encontraram diferenças marginais ($p=0.052$), afigurando que os enfermeiros com formação na área forense, obtiveram mais respostas certas neste domínio.

Portanto, existe uma homogeneidade entre os profissionais de enfermagem que receberam e que não receberam formação sobre ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses.

Tabela 24 - Comparação entre enfermeiros que receberam e que não receberam formação na área forense relativamente à pontuação (total e respostas corretas) e às dimensões dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense

	Não ($n=73$)			Sim ($n=10$)			Comparação		
	M	SD	Mean rank	M	SD	Mean rank	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Tempo de exercício profissional como enfermeiro	16.0	8.52	43.77	12.6	10.83	29.10	236.0	-1.807	0.071
Tempo de exercício prof. como enfermeiro no SU	10.8	8.33	43.11	7.7	6.63	33.90	284.0	-1.136	0.256
Pontuação total	50.2	10.42	40.51	55.7	5.19	52.85	256.5	-1.520	0.129
Pontuação (respostas corretas)	45.0	9.29	40.33	49.8	4.85	54.20	243.0	-1.714	0.087
Conceito de Enferm. Forense	5.3	2.55	40.49	6.8	0.92	53.00	255.0	-1.582	0.114
Situações Forenses	12.4	2.78	41.09	13.4	1.35	48.65	298.5	-1.094	0.274
Vestígios Forenses	11.0	2.13	41.59	11.1	1.91	45.00	335.0	-0.519	0.604
Comunicação e Documentação	8.0	1.79	41.27	8.3	1.70	47.30	312.0	-0.781	0.435
Cuidados de Enferm. Gerais	7.2	1.90	40.98	7.9	1.52	49.45	290.5	-1.072	0.284
Preservação de Vestígios	6.2	3.16	40.11	8.2	2.39	55.80	227.0	-1.943	0.052

2.2.8. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados revela-se uma fase fundamental do processo de investigação. Como tal, nesta etapa pretendemos refletir sobre a investigação realizada e os resultados dela obtidos.

Utilizando como suporte o enquadramento conceptual em que se encontra sustentado este estudo, a enfermagem forense é uma área aliciante e desafiadora para os enfermeiros, para a profissão e para a sociedade. Realizou-se este estudo com o intuito de aferir sobre os conhecimentos nesta área de uma equipa de enfermeiros de um SU de um hospital do Norte de Portugal e perceber necessidades de formação. Para dar cumprimento aos objetivos delineados, utilizou-se um instrumento adaptado do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF), de Cunha e Libório (2012).

Na presente investigação, a amostra foi composta por 92,2% do total da população alvo, o que, segundo Pestana e Gageiro (2014) revela uma muito boa adesão, sendo representativa da classe profissional de enfermagem do referido SU. Relativamente ao tempo de exercício profissional, apresentou uma média de 15,5 anos e em relação ao tempo de exercício profissional no SU, era aproximadamente de 10 anos (M=10,4 anos). Deste estudo ressalta que cerca de 67,1% do tempo de atividade profissional dos enfermeiros desta amostra foi desenvolvido em contexto de SU. Tal como nos estudos de Libório (2012) 78,9%, Coelho (2013) 84,7% e Ferreira (2018) 74,8%, a amostra é predominantemente feminina (67,5%), o que está de acordo com o divulgado pela OE (2023) que revelou que no ano de 2023 existiam 69% de enfermeiros do sexo feminino, sendo a faixa etária predominante a que se situa entre os 30-39 anos de idade.

A nível de resultados globais relativos aos conhecimentos sobre práticas de EF, a média de pontuação total situa-se nos 50,8 pontos (74,7%), para um máximo de 68 pontos, o que revela bons conhecimentos, embora algo inferiores aos dos estudos de Libório (2012), Coelho (2013) e Ferreira (2018) que obtiveram valores entre 78,3% e 84,6%. Como enfatiza Gomes (2014) o enfermeiro presta cuidados diretos às vítimas, agressores e testemunhas de situações de violência, pelo que deve estar atento a eventuais indícios físicos e comportamentais, necessitando de dominar conhecimento próprio, sustentado nas mais atuais recomendações nacionais e internacionais.

Relativamente às habilitações literárias verificou-se que 92,8% era detentor de uma licenciatura/Pós-licenciatura/especialidade e apenas 7,2% eram detentores de mestrado, dados em consonância com o estudo de Santos (2013), que obteve valores semelhantes com 91,2% de licenciados e 5,3% de mestres.

A maior parte dos enfermeiros não realizou formação em ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses (88%), decorrente da pouca oferta formativa na área (72,6%). Entre aqueles que tiveram formação, o contexto é diversificado, embora se destaquem os cursos de pós-graduação e a presença em conferências/seminários. Os resultados obtidos são similares aos de Ferreira (2018), em que 84,5% dos inquiridos referiu não ter frequentado qualquer formação extracurricular em EF, em que apenas 26% referiram como motivo a pouca oferta formativa.

Neste mesmo sentido, os enfermeiros presentes neste estudo autoavaliaram os seus conhecimentos sobre práticas de EF como “pouco” (68,7%) e 19,3% mencionou mesmo não possuir nenhum conhecimento. Todavia 75,9% atribuem importância ao conhecimento em EF e também acham importante (74,7%) e muito importante (19,3%) a sua inclusão no plano de formação do serviço. Desta forma, esta ideia é também reforçada nos estudos de Gonçalves (2011) e de Santos (2013) em que existe uma elevada percentagem de enfermeiros que reconhece a importância da formação em Ciências Forenses. Vários autores salientam a relevância dos Enfermeiros deterem conhecimentos e competências em EF (Lynch & Duval, 2011), sendo assim fundamental a formação contínua destes (Machado, 2009). Libório (2012) no estudo com estudantes de Enfermagem, constatou que a frequência de formação curricular e extracurricular influenciam o nível de conhecimentos sobre práticas de EF nos estudantes. Corroborando estes dados, 66,3% dos enfermeiros participantes deste estudo consideram não saber atuar com segurança perante casos de violência.

Praticamente metade dos enfermeiros (49,4%) afirmou desconhecer se no serviço onde exerce a atividade profissional existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais e apenas 16,9% referiu a existência deste protocolo. Mesmo assim, esta constatação está aquém do observado por Gomes (2016), em que 92% dos enfermeiros referiram não existir qualquer protocolo no SU e/ou Emergência, pelo que é defensor da existência dos mesmos, uma vez que parecem tornar mais eficaz/eficiente a atuação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros.

Discute-se em seguida os resultados das dimensões do conhecimento dos enfermeiros sobre as práticas de EF avaliadas neste estudo: Conceito de Enfermagem Forense, Situações Forenses, Vestígios Forenses, Comunicação e Documentação, Cuidados de Enfermagem Gerais e Preservação de Vestígios.

Tendo por base as respostas aos itens da dimensão Conceito de Enfermagem Forense, verifica-se um equilíbrio entre a prevalência de respostas corretas e incorretas, o que demonstra conhecimentos bastante frágeis sobre esta conceptualização e respetiva prática. Os itens com maior percentagem de respostas erradas (75,9%) foram o item 14 “A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social” e o item 16 “A enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência”. Como salienta a literatura, o enfermeiro presta cuidados diretos às vítimas de violência/maus tratos físicos e sociais ou negligência, ofensores e às testemunhas de situações de violência, pelo que também são focos de intervenção do enfermeiro forense a reintegração e reabilitação dos agressores (Lynch & Duval, 2011).

Relativamente à dimensão das Situações Forenses todas as respostas apresentam percentagens elevadas de acerto (>74%), demonstrando neste domínio conhecimentos por parte dos inquiridos. No entanto, no item 21 “A violência contra idosos designa uma situação forense” e no item 22 “Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos médico-legais” verifica-se um número significativo de enfermeiros que não sabe a resposta (>16%).

Quanto à dimensão dos Vestígios Forenses observa-se novamente um predomínio de respostas corretas com percentagens de sucesso bastante elevadas. Apenas o item 31 “Vestígios de vidros poderão ter importância forense” denota alguma incerteza nos inquiridos, com 20,5% a responder “Não sei”. No entanto, este resultado está longe de Silva (2010) que constatou 67,8% dos enfermeiros não consideraram o vidro como potencial vestígio forense. Como refere Gomes (2014) um dos grandes objetivos da ação do Enfermeiro Forense consiste na identificação e recolha de vestígios que tenham sido transferidos do agressor ou do local para a vítima, de forma minuciosa, adequada e organizada sem induzir danos físicos ou psicológicos na vítima.

Na dimensão Comunicação e Documentação, a generalidade dos inquiridos revelou conhecimentos sobre os aspetos relacionados com a denúncia e documentação em situações do foro médico-legal, à exceção do item 33 “A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.” que apresentou 61,4% de respostas erradas. Silva (2010) e Libório (2012) obtiveram igualmente resultados negativos neste item, respetivamente 41,9% e 37,4%, embora menos elevados. Neste particular, o CPP (2023) sublinha que, quando o profissional no exercício das suas funções e por causa delas, toma conhecimento de crimes, a sua denúncia é obrigatória.

Em relação à dimensão Cuidados de Enfermagem Gerais, a maioria dos participantes demonstraram conhecimentos nesta área de intervenção, excetuando o item 39 “A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do(a) acompanhante”, no qual 51,8% respondeu de forma errada. Como refere Trotman (2015) idealmente a vítima deve ser entrevistada sozinha.

No domínio da Preservação de Vestígios, verificam-se elevados percentuais de enfermeiros que não sabem a resposta, especialmente no item 42 “Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.” com 54,2% a responder “Não sei” e no item 43 “Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.” com 44,6%. O item 45 “Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.” regista 77,1% de respostas erradas. São resultados indicadores da necessidade de investimento nesta área, de forma a prestar os melhores cuidados na defesa dos cidadãos. No pensamento do enfermeiro deve estar sempre presente a possibilidade de existirem problemas forenses. É necessário que estes estejam conscientes dos procedimentos de recolha e manutenção dos vestígios, para que possam ser alvo de investigação, caso assim se justifique.

Gomes (2016) no seu estudo, pode verificar, em relação à gestão de vestígios forenses, que quanto maior a frequência de assistência à vítima, maior será a executabilidade dos procedimentos.

Na relação dos conhecimentos sobre práticas em EF com algumas variáveis socioprofissionais, constatou-se não existirem diferenças com significância estatística nas respostas certas em função do sexo, da idade e da formação académica e profissional. Verificou-se, assim como Ferreira (2018), quando comparamos o nível de conhecimentos

sobre práticas de EF consoante o sexo, que apesar dos enfermeiros do sexo feminino apresentarem melhores resultados globais, estes não são estatisticamente significativos, sendo portanto homogêneos. Já no estudo de Coelho (2013), os resultados revelaram que os enfermeiros do sexo masculino obtiveram um score pontual mais elevado de conhecimentos globais face às mulheres. Coelho (2013), verificou também que a idade se associa inversamente com os conhecimentos sobre práticas forenses, ou seja, à medida que a idade aumenta diminui o nível de conhecimentos sobre práticas, apesar de ter constatado que a idade não configurava influência nos conhecimentos globais.

Quanto à formação académica e ou profissional (licenciatura, mestrado, Pós-Licenciatura/Especialidade em enfermagem), apenas se encontraram diferenças significativas na pontuação de respostas certas na dimensão Preservação de Vestígios, entre os enfermeiros com Pós-Licenciatura/Especialidade *vs* Mestrado ($p=0.041$), sendo mais elevada nos enfermeiros com o grau académico de mestre. Em relação à formação contínua, também se observaram diferenças, na dimensão Preservação de Vestígios, embora marginais ($p=0.052$), respondendo mais acertadamente os enfermeiros que realizaram formação em ciências forenses, enfermagem forense e/ou práticas forenses.

Neste mesmo sentido, o estudo de Libório (2012) apurou que, quer a frequência de formação curricular quer de formação extracurricular influenciam o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Verificou simultaneamente que os Enfermeiros detentores de formação obtiveram melhores conhecimentos em todas as subescalas e no global.

Associando os conhecimentos sobre práticas de EF com o exercício profissional, os resultados revelam que com o aumento do tempo de serviço os mesmos diminuem.

2.2.9. Conclusões do estudo

Esta fase representa o momento de uma reflexão final acerca do desenvolvimento do estudo, dos resultados obtidos mais relevantes e as implicações decorrentes para a prática.

O enfermeiro, na sua prática clínica intervém na assistência a vítimas das diferentes formas de violência interpessoal. Ele é com frequência, o primeiro profissional a assistir as vítimas, pelo que tem o importante dever de identificar, recolher e preservar vestígios médico-legais.

Constatou-se um maior desconhecimento nas dimensões do Conceito de Enfermagem Forense e na Recolha e Preservação de Vestígios, o que pode configurar dificuldades na prestação de cuidados a vítimas forenses. Nos Serviços de Urgência os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, têm a oportunidade única de executar procedimentos de forma a preservar os vestígios forenses, assumindo um papel primordial. Para tal estes têm que possuir um conhecimento rigoroso na área das Ciências Forenses, o que só pode ser conseguido através da formação, que ainda é escassa nesta área, como mostra a elevada percentagem de enfermeiros deste estudo que revela não ter tido qualquer tipo de formação.

Do estudo realizado não sobressaem diferenças estatisticamente significativas relativamente à formação ou ausência desta e o nível de conhecimentos demonstrado, o que poderá ser explicado, em parte, pela discrepância da amostra (grande maioria não teve formação). Independentemente de deterem ou não, formação os inquiridos atribuem muita importância à necessidade de formação e estão receptivos à sua integração no plano anual de formação do serviço. Constatou-se também que praticamente metade (49,4%) dos inquiridos desconhece a existência de protocolos no SU que possam sustentar uma prática segura.

Pela literatura consultada e pelos resultados do presente estudo a EF, conhecimentos e práticas é ainda pouco dimensionada e valorizada nas instituições de saúde a nível nacional, não estando os enfermeiros preparados e consciencializados para as implicações, nomeadamente legais, que resultam da incorreta preservação de vestígios, durante os cuidados às vítimas. A sociedade de hoje confronta-se com o aumento da insegurança e crimes de várias ordens, em que todos de um modo ou outro estamos envolvidos, quer como cidadão, quer como profissional de saúde, de segurança e outros, pelo que de cada vez mais são necessários conhecimentos sólidos e atualizados sobre procedimentos associados à preservação de vestígios forenses, por parte das equipas de saúde. Uma formação forense adequada permitirá o desenvolvimento de competências, nomeadamente, nos enfermeiros para um cuidado mais seguro e de maior qualidade.

Como limitações deste estudo podemos apontar a aplicação do questionário num único contexto, com uma amostra de pequena dimensão, condicionando a generalização de resultados. Por outro lado, a avaliação contempla um dado momento, correspondendo à perceção do inquirido nesse espaço temporal, não havendo seguimento, como nos estudos

de corte longitudinal. Também, se deve ter em conta que é um questionário de conhecimentos, com três alternativas de resposta, no qual o inquirido tem uma elevada probabilidade de selecionar o item correto. No entanto, a opção “não sei” poderia ter influenciado as respostas, levando o inquirido a não “arriscar” as alternativas “sim” ou “não”, pelo que a interpretação destes resultados requer alguma prudência.

Apesar das limitações, crê-se que este estudo poderá contribuir para a reflexão e formação em EF dos enfermeiros do serviço onde foi realizado, dado que os resultados serão partilhados e discutidos na equipa, e delinear estratégias de intervenção como planos de formação e auditorias. Também cederá contributos à Enfermagem em geral, impulsionando investigações futuras nesta área.

Recomendações para trabalhos futuros

- A replicação deste estudo em instituições de diferentes áreas geográficas do país seria relevante para conhecer mais profundamente os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros neste âmbito e identificar barreiras que dificultem o processo;
- Realização de estudos longitudinais que avaliem o impacto de planos de formação dirigidos (com componente teórica e prática simulada), no nível de conhecimentos e nas competências clínicas dos enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- Seria de considerar a integração dos conteúdos da EF na formação de especialistas em EMCPSC.
- Quanto à análise do instrumento:
 - Sendo a pontuação total uma variável quantitativa discreta, resultante da soma dos pontos obtidos nas questões de 14 a 47, a mesma poderá ser prevista através do recurso a uma análise de regressão linear múltipla, onde as variáveis preditoras seriam as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais;
 - Dado que as 6 dimensões e a pontuação (total e respostas corretas) são variáveis quantitativas, uma informação mais objetiva da pontuação obtida por cada sujeito em cada uma destas variáveis, seria estabelecer uma escala percentílica. Desta forma, todos os sujeitos poderiam ser posicionados face

a um dado valor de referência, possibilitando a tomada de decisões informadas. Para além disso, a definição de uma tabela percentílica para cada variável possibilita a criação de pontos de corte, indicando a frequência de sujeitos que está abaixo e acima de um determinado valor.

- Ponderar a manutenção da opção “não sei”.

CONCLUSÃO

Com o culminar deste percurso torna-se imperativo fazer uma reflexão acerca deste caminho de aprendizagem e desenvolvimento contínuo.

A profissão, ciência e disciplina que é a Enfermagem tem vindo a desenvolver-se no âmbito da melhor resposta e diferenciação na prestação de cuidados, nomeadamente na formação profissional cada vez mais diferenciada. O empenho, a resiliência, a constante busca pelo conhecimento científico mais atual e pela excelência da Enfermagem, baseada na evidência, foram elementos indispensáveis ao longo desta jornada.

De uma forma crítica e reflexiva, a realização deste relatório serviu como estratégia para a análise ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, quer as comuns do EE e específicas do EEEMCPSC.

A realização deste ENP visou a aquisição das referidas competências, assim como um aperfeiçoamento profissional e pessoal, tendo como foco a prestação de cuidados altamente qualificados à pessoa e família/cuidador em situação crítica, contribuindo para a qualidade e excelência do cuidar em Enfermagem.

Num SU onde a realidade diária passa pelo atendimento ao doente crítico, onde muitas vezes se trabalha “contra o tempo” e sob pressão permanente, facilmente se privilegia a execução de técnicas e procedimentos, o que muitas vezes nos desvia do que é importante para o doente e sua família. Portanto um dos objetivos, para além de toda essa parte mais técnica, foi desenvolver competências que me permitam ouvir o doente e família e com isso desenvolver uma parceria na prestação de cuidados que possa exponenciar o cuidado humanizado e ao mesmo tempo, obter ganhos em saúde.

Assim, entre os principais ganhos posso destacar a aquisição de conhecimentos específicos para a prestação de cuidados especializados à PSC e o desenvolvimento de competências não técnicas, como a capacidade crítica e reflexiva, comunicação, liderança, gestão e organização de equipa e a aquisição de competências no domínio da investigação científica.

A exigência da sociedade e a procura de cuidados de saúde cada vez mais complexos, requer do enfermeiro uma evolução constante, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, sendo também esse um dos motivos que me levou a procurar este desafio e posso afirmar que hoje sinto-me melhor preparado para responder a essa exigência, tendo a consciência que a minha

caminhada não termina por aqui e procurarei novos desafios, no sentido de ser melhor e mais competente a cada dia que passa.

O SU é um dos contextos que necessita de cuidados especializados e neste sentido o EEMCPSC é o profissional que estará em melhores condições para prestar cuidados de saúde diferenciados, baseando-se na melhor evidência científica.

Relativamente ao estudo de investigação sobre *“Enfermagem Forense: Conhecimentos dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”*, este visava também desenvolver competências na prática de investigação. Além dos contributos anteriormente referidos, permitiu-me desenvolver essas competências. Nos resultados obtidos, constatou-se que a maioria dos enfermeiros não se sentia preparado e considerava não saber quais os procedimentos mais corretos a adotar nestas situações. Procurei através da formação realizada colmatar algumas dessas lacunas e ao mesmo tempo desenvolver competências formativas. No que se refere à avaliação da formação e do formador através do preenchimento do questionário de avaliação da satisfação da formação pela equipa de enfermagem, recebemos um feedback muito positivo e construtivo, onde o tema foi considerado pertinente, apropriado e importante para o desempenho da sua atividade profissional. Os colegas também manifestaram a necessidade de mais formações neste âmbito e com componente prática.

Atualmente investir no conhecimento sobre práticas forenses ainda depende muito da vontade pessoal e profissional do enfermeiro, pelo que espero no futuro poder continuar a desenvolver esta temática no serviço onde exerço funções.

Perante todos os desafios decorridos desde o início do percurso formativo, no âmbito do curso, até ao final, senti um enriquecimento significativo ao nível do conhecimento e do desenvolvimento das competências, assim como um aumento da confiança em lidar com novos desafios na área da enfermagem.

A reflexão crítica sobre as competências específicas requer uma observação do exterior perante o nosso desempenho, o que implica uma auto-crítica e identificação das nossas limitações, assim como o reconhecimento do crescimento do ser enfermeiro especialista, e são exatamente essas “avaliações” externas que tenho recebido por parte dos pares com um feedback extremamente positivo e que me motivam a continuar este percurso de desenvolvimento.

As principais dificuldades sentidas foram sobretudo a conciliação da atividade profissional e vida pessoal, com o ritmo inerente ao estágio, realizado em exclusivo em horário pós-

laboral, aliada à exigência do desenvolvimento do estudo de investigação e elaboração do relatório, juntamente com a ainda pouca experiência no âmbito da investigação, impondo neste sentido uma motivação, empenho, dedicação e esforço acrescido.

Este percurso não termina aqui, espero ter a perspicácia e motivação para continuar a identificar as minhas “fraquezas” e os problemas com os quais me vou encontrando no desenrolar da minha vida profissional, e deste modo ser capaz de procurar soluções que me levem ao desenvolvimento de novas competências e aptidões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências* - RT 11/2015. UIE/ACSS. https://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf
- American Nurses Association. (2015). *Nurse Staffing Plans & Ratios*. Available at: <http://www.nursingworld.org/mainmenucategories/policyadvocacy/sate/legislative/agenda/reports/state/staffingplanesratios>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança. (2016). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. Ordem dos Enfermeiros.
- Bader, D. M. G., & Gabriel, S. (2010). *Forensic Nursing: A Concise Manual*. New York: CRC Press - Taylor & Francis Group.
- Berishaj, K., Boyland, C. M., Reinink, K., & Lynch, V. (2020). *Forensic Nurse Hospitalist: The Comprehensive Role of the Forensic Nurse in a Hospital Setting*. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3), 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.03.002>
- Braz, J. (2010). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade* (2.^a ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Braz, J. (2013). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade* (3.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Coelho, M. A. A. (2013). *Impacto da formação em ciências forenses* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2079>
- Camilo, L. (2017). *Preservação da cena de crime pelo enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: uma revisão integrativa*. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT*, 4(2), p. 184
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–38). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Cristal, I. F. L. (2009). *A recolha de vestígios no local do crime pela investigação criminal da GNR. Dissertação de Mestrado apresentada à Academia Militar*, pags 1–118.
- Cruz, C. (2017). *Praticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Cunha, M., Libório, R., & Coelho, M. (2017). *Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices. Procedia-Social and Behavioral Sciences* (217), pp. 1089- 1097. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=52953&code=942>
- Decreto-Lei 156/2015. (2015, agosto10). Diário da República. <https://dre.pt/pesquisa/search/69977686/details/maximized>
- Diário da República n.º 149/2015, Série I. Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto de 2015, *Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil*. (pp. 5311–5326). <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>
- Diário da República n.º 187/2021, Série II. Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021 -*Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026)* (pp. 96–103). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (pp.1–20). https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2010a). *Orientação 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018a). Norma 002/2018. *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*.

<https://www.dgs.pt/directrizes-dags/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–37).
<https://www.arscentro.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Ferreira, C. M. E. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]*. Repositório científico do Politécnico de Viseu.

<http://hdl.handle.net/10400.19/5061>

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Foresman-Capuzzi, J. (2014). CSI & U: Collection and Preservation of Evidence in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 40 (3), 229-336.

Friedrich, A. W. (2019). Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 169(S1), 25–30.

<https://doi.org/10.1007/s10354-018-0676-5>

George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4.). Artmed.

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

Gomes, Albino. (2017). *Padrões de aptidão do enfermeiro forense*. Nursing.

Gomes, C.I.A. *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. dezembro 2016.

- Gonçalves, S.I.F. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.*
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar. (M. Ferreira, Tran.). Camarate, Portugal: Lusociência. doi:972-8383-11-8.*
- Hospital da Senhora da Oliveira (2016). *0787_Doc_GLC. E1.R1 – Regulamento do Serviço de Urgência.*
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Situação de Exceção (1a Edição).*
- Libório, R.P.G. (2012) *Práticas de Enfermagem Forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem.* Dissertação Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Libório, R.P.G., & Cunha, M.M.J. (2012) *Práticas de Enfermagem Forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem.* Dissertação Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Lourenço, I. M. S. (2004). *A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais.* III Congresso Luso-Brasileiro da Bioética, Ponta Delgada.
- Lynch, V., & Duval, J. (2011). *Forensic nursing science (2ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.*
- Lynch, V. A. (2006). *Evolution of Forensic nursing science.* In V. A. Lynch, & J.B.Duval, *Forensic Nursing Science (2nd.,chap. 1, pp. 1-9).* St Louis: Elsevier, Mosby.
- Lopes, A. C. G. (Ed.). (2018). *Necessidades da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Relação Terapêutica como Intervenção Especializada do Enfermeiro.* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL.
- Martins, J. C. A. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensa Enfermagem Vol. 12, N 2.*
- Martins, M. M. F. P. da S., Gonçalves, M. N. da C., Ribeiro, O. M. P. L., & Tronchin, D. M. R. (2016). *Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(5), 920–926.*
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Martins, M. M., Trindade, L. de L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). *Conflict management strategies used by portuguese nurse managers. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(suppl 6).*
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>

- Matos, E. (2016). *Cadeia de Custódia na Investigação Criminal nos Limites do Processo Penal*. *Revista Científica do ISCTAC*, 3 (9), 8-18.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27943/1/Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gio_AnaClaraLopes_77.pdf.
- Mendonça, S.S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. (1ª ed). Vila Nova de Famalicão: Editorial Novembro.
- Menezes, I. A., Borri, L. A., & Soares, R. J. (2018). A Quebra da Cadeia de Custódia da Prova e seus Desdobramentos no Processo Penal Brasileiro. *Revista Brasileira de Direito Processual Penal*, 4 (1), 277- 300.
- Miguel, S Caldeiras (2017). *A Metodologiana Investigação em Enfermagem: Fundamentos, Adequação e oportunidades*. *Cuidarte. Enferm*; 11; 193-7
 Moreira, C. D. *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). *Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Negreiros, R., & Lima, V. (2018). *Importância do Estágio Supervisionado para o Académico de Enfermagem no Hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipa de trabalho*. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 2(16) (1–7).
<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4359>
- Noivo, C. (2015). *Dotações adequadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica no Serviço de Urgência*. *Livro de Resumos. 3o Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica*, Lisboa
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Nunes, L. (2015). *Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica*. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Deontologia Profissional em Enfermagem*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (pp. 1–109). Ordem dos Enfermeiros – outubro 2015*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros (pp. 1–37). Ordem dos Enfermeiros*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Parecer N.º 14 / 2018: alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência*, 1-3.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Pinto, P. (2015). *Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. Nursing*, 1–7.
<http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-aprestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>
- Pordata - Instituto Nacional de Estatística. (2022, Dezembro 12). *Acidentes de viação, com vítimas, feridos e mortos: Continente*.
<https://www.pordata.pt/portugal/acidentes+de+viacao+com+vitas++feridos+e+mortos+++continente-326>
- Pradanov, C. C., & Freitas, E. C. de (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico (2ª ed.)* Rio Grande do Sul: Universidade Feeval.
- Pyrek, K. (2006). *Forensic Nursing*. pags 1–664.
- Regulamento n.º 76/2018. (2018, janeiro 30). *Diário da República n.º 21/2018, Série II. - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (pp. 3478–3487)*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamentoda-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf

- Regulamento n.º 429/2018.(2018, julho16). *Diário da República n.º 135/2018, Série II.- 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* (pp. 19359–19370).
<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 19). *Diário da República n.º 26/2019, Série II. - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro* (pp. 4744–4750).
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ribeiro, G. P. D. O. (2016). *Eficácia de uma intervenção estruturada de enfermagem forense realizada a estudantes de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria).
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1940>.
- Rodrigues, J. A. (2008). *Código Civil e Constituição da República Portuguesa*. (21.ª ed.). Lisboa: Rei dos Livros.
- Roland, P. (2008). *Cenas do crime*. Lisboa: Dom Quixote
- Sá, F. G., Botelho, M. R., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1) (32–46.).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Santos, C. (2013). *Contributos para a implementação da enfermagem forense em Portugal*. Dissertação de Mestrado.
- Schub, T., & Balderrama, D. (2017). *Forensic Evidence: Preserving. Nursing Practice & skill*.
- Sheridan, D. J., Nash, K. R., & Bresee, H. (2011). A enfermagem forense na urgência. In S. Sheehy, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6.ª ed., pp. 189-202). Loures: Lusociência
- Silva, C. J. D. C. (2010). *Os Enfermeiros e a Preservação de Vestígios Perante Vítimas de Agressão Sexual, no Serviço de Urgência*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, M. A., & Carvalho, R. (2013). *Situação de Desastre: Atuação da Equipe de Enfermagem em Cirurgias Emergenciais*. In *Revista SOBECC* (Vol. 18, Issue 2, pp. 67–76).
<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/145/pdf-a>

- Soares, M. I. Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. de S. (2016). *Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676–683. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Sousa, C. (2022). *Estágio de Natureza Profissional*.
- Susano, J. P. (2019). *Práticas Forenses em contexto Pré-hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/4712>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). *Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento (3ª edição)*. Lisboa. Edições Sílabo
- Vieira, D. N. (2012). *O atual sistema médico-legal e forense português*. In F. Almeida & M.F.D.S. Paulino (Eds.). *Profiling, Vitimologia & ciências forenses: Perspetivas atuais (pp. 1-15)*. Lisboa: Pactor.
- World Health Organization. (2010). *Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Nonstructural and Functional Indicators (pp. 1–45)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>
- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. In World Health Organization (pp. 1–81). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO ENFERMEIRO GESTOR/DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência do [REDACTED]
Adjunto da Direção de Enfermagem

Exmo. Senhor Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência do [REDACTED]

Luís Carlos Nogueira de Oliveira, enfermeiro do Serviço de Urgência, na qualidade de Aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no âmbito da realização da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional e sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa, vem por este meio, solicitar a Vossas Exas. autorização para aplicar à equipa de enfermagem do Serviço de Urgência o questionário *Conhecimentos e Práticas de Enfermagem Forense no Serviço de Urgência*, com os seguintes objetivos:

- Analisar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência do Hospital da [REDACTED] sobre as práticas em enfermagem forense;
- Identificar necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência na área forense;
- Verificar se as variáveis socioprofissionais influenciam o conhecimento acerca das Práticas de Enfermagem Forense;

Mais se declara que a participação é voluntária, anónima, confidencial e essencial para levar a cabo a presente Unidade Curricular. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico, sendo que nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Todo o material recolhido e analisado será arquivado em lugar seguro e destruído decorridos 6 meses após o final do estudo.

Data

15/01/2023

[REDACTED]
Enfermeiro Gestor
Serviço de Urgência

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CONHECIMENTOS

	Enfermagem Forense	Código: REG.003.CAF Data Elaboração: Edição: 01 Revisão: 00
Questionário Avaliação Conhecimentos		

Perguntas Respostas 00 Definições Total de pontos: 1

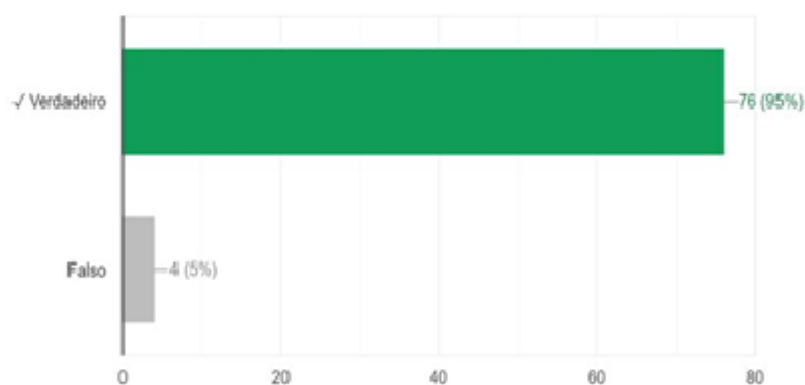
Ficha de Avaliação de Conhecimentos - Enfermagem Forense

B I U G X

Descrição do formulário

A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.

76/80 respostas corretas



A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.

79/80 respostas corretas

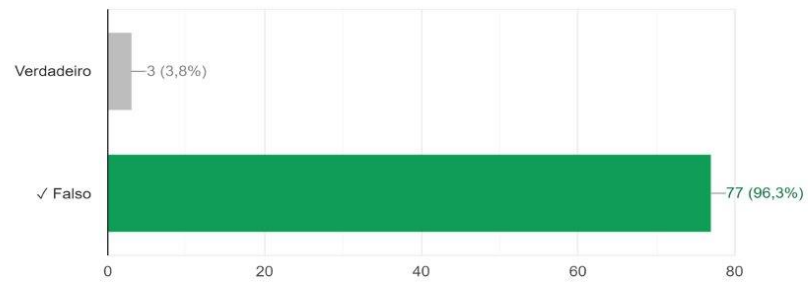


Questionário Avaliação Conhecimentos

Código: REG.003.CAF
Edição: 01

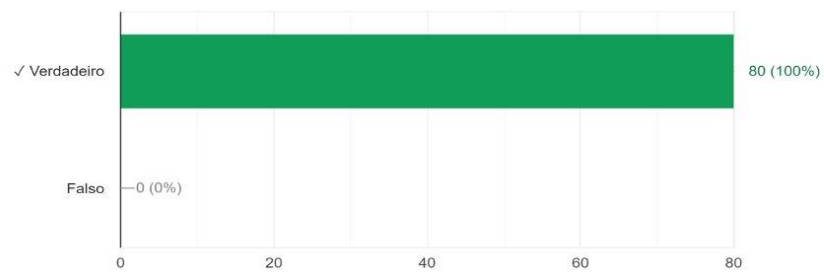
Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.

77/80 respostas corretas



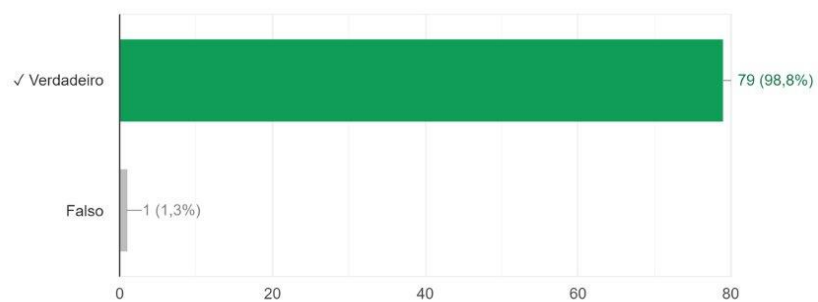
Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses

80/80 respostas corretas



As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais

79/80 respostas corretas

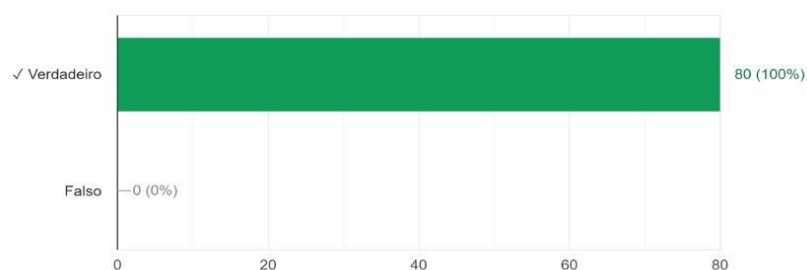


Questionário Avaliação Conhecimentos

Código: REG.003.CAF
Edição: 01

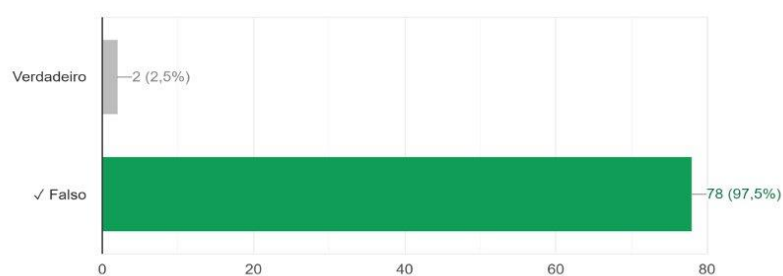
Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.

80/80 respostas corretas



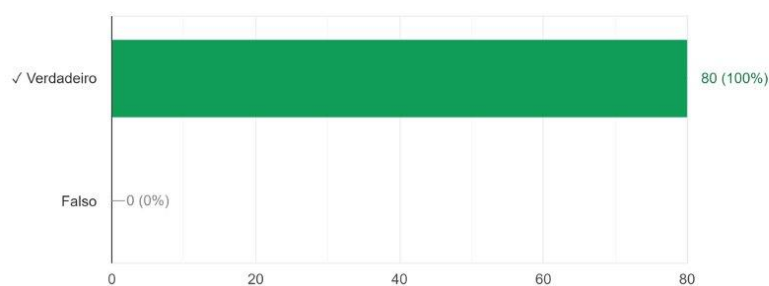
O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal

78/80 respostas corretas



Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras

80/80 respostas corretas

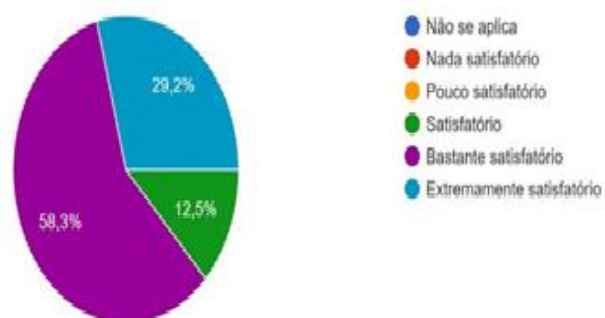


ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO

	Enfermagem Forense	Código: REG.003.CAF Data Elaboração: Edição: 01 Revisão: 00
Questionário Satisfação		

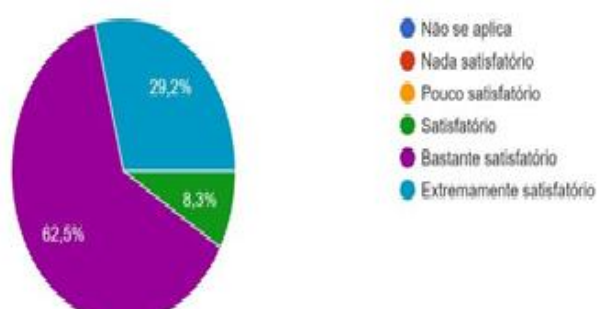
1.1. Classifique a clareza na definição dos objetivos desta ação de formação

24 respostas



1.2. Avalie o grau de realização dos objetivos propostos

24 respostas

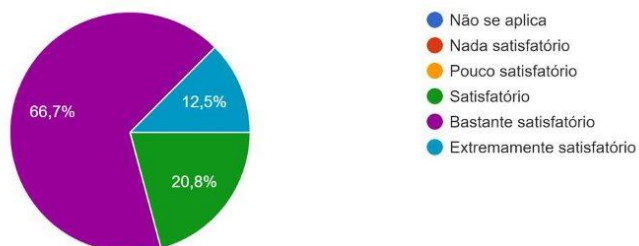


Questionário Satisfação

Código: REG.003.CAF
Edição: 01

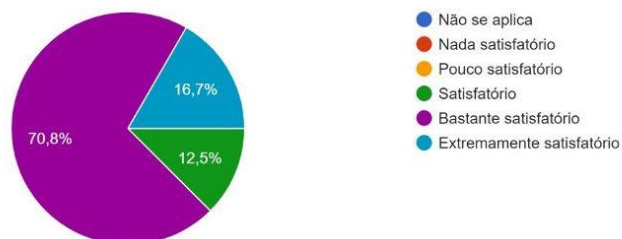
2.1. Classifique a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções

24 respostas



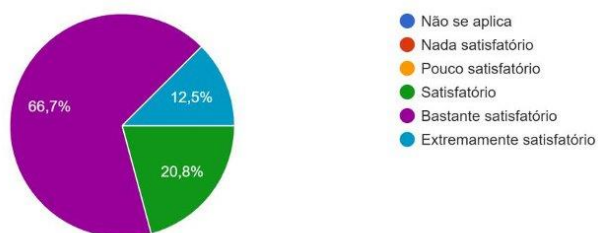
2.2. Avalie o nível de conhecimento adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional

24 respostas



3.1. Classifique esta ação de formação quanto à duração (tempo total do curso)

24 respostas

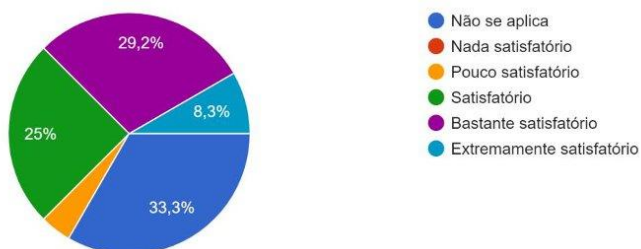


Questionário Satisfação

Código: REG.003.CAF
Edição: 01

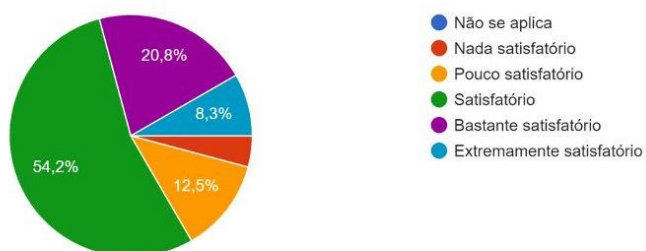
3.2. Avalie o nível de componente prática desta ação de formação

24 respostas



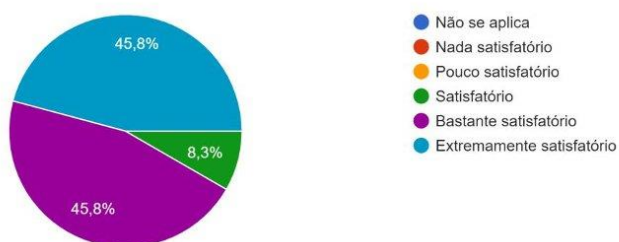
4.1. Nível de conhecimento no início da ação

24 respostas



5.1.1. O formador dominou os temas tratados

24 respostas

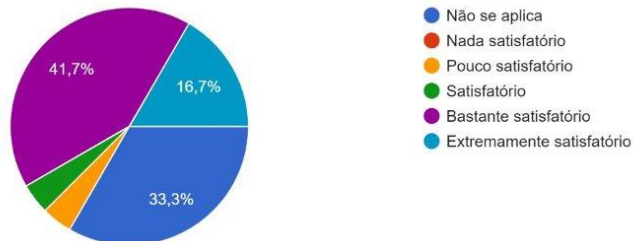


Questionário Satisfação

Código: REG.003.CAF
Edição: 01

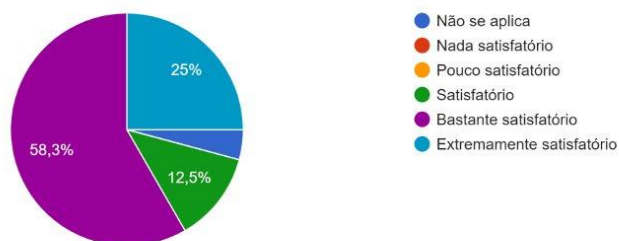
5.1.2. O formador motivou a participação do grupo

24 respostas



5.1.3. O formador utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos

24 respostas



Sugestões / Comentários

24 respostas

Formação pertinente para o âmbito da nossa prática

Trata-se de uma área pouco trabalhado no serviço, pelo que deve ser repetida

formação pertinente para a pratica clinica

Adaptar conteúdo da ação de formação ao contexto de prática clínica.

Nada a referir

Tema oportuno para a prática em contexto de serviço de urgência

Sem sugestões

Sugestão de um possível caso prático

Formação útil para o serviço

Questionário Satisfação	Código: REG.003.CAF Edição: 01
--------------------------------	---

Mais formação sobre Enfermagem Forense

Formação importante para a aquisição de novos conhecimentos

Sem sugestões

Poderia incluir-se alguns casos clínicos para treino e aplicabilidade do conteúdo ministrado.
Continuidade na abordagem do tema.

Apresentação de casos clínicos

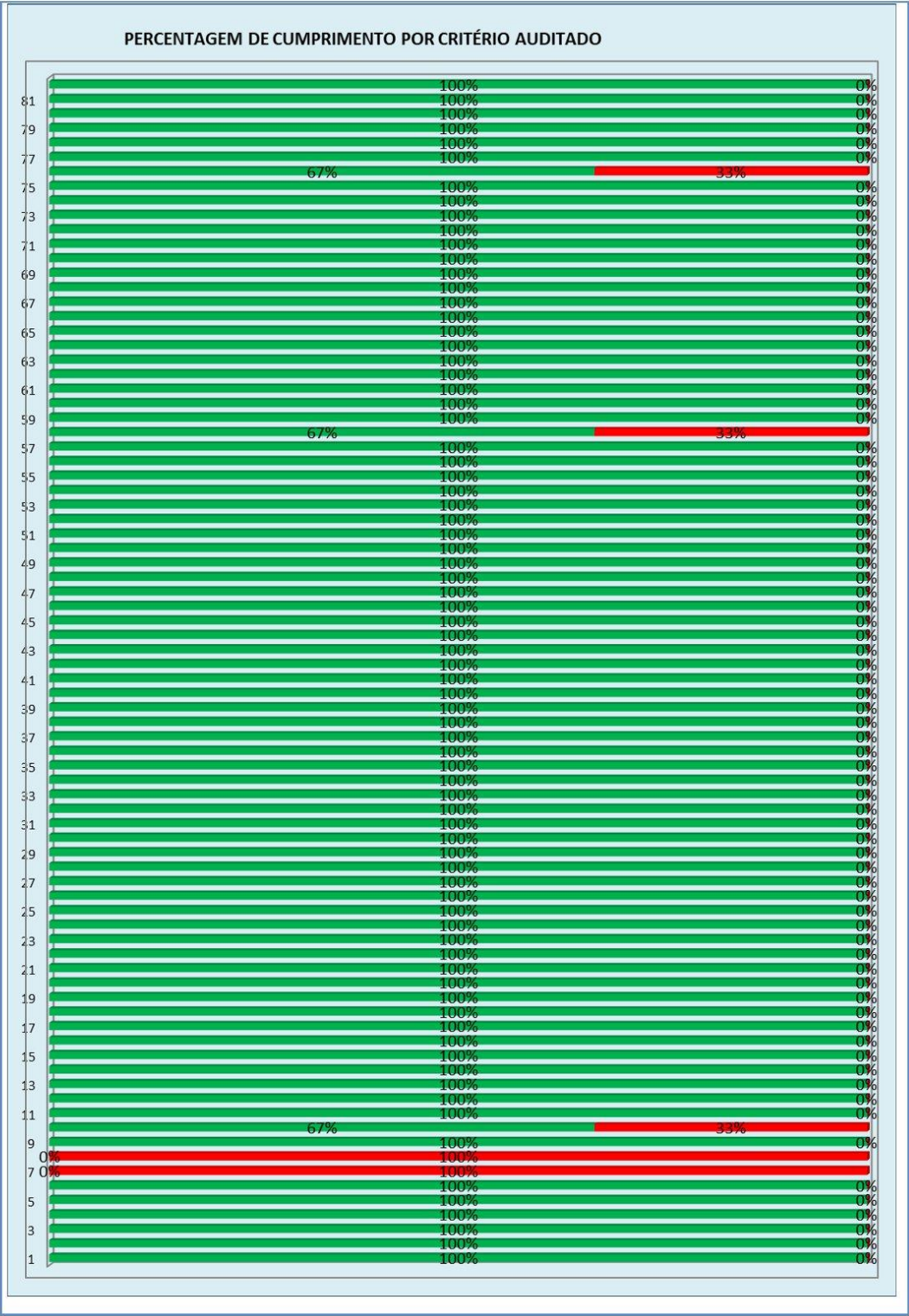
Uma área de conhecimento extremamente importante para dar continuidade a processos de investigação e tratamento, que raramente é abordada, não nos permitindo agir da melhor maneira nas situações que assim o requerem.

Muito importante.

Formação muito pertinente para o Serviço!

ANEXO 4 – RELATÓRIO – CARRO EMERGÊNCIA - SERVIÇO COVID

		RELATÓRIO		
CARRO EMERGÊNCIA AUDITORIA	SERVIÇO Covid	Cumprido (S)	Não cumprido (N)	Período da auditoria
		96%	4%	1º Trimestre 2023
DESCRIÇÃO DA AUDITORIA				
Carro de emergência da Área Covid				
OBJETIVOS DA AUDITORIA				
- Identificar não conformidades que possam comprometer a qualidade e segurança nos cuidados; - Implementar medidas corretivas				
RESULTADOS/ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO				
A auditoria dos meses de janeiro e fevereiro foram realizadas no fim do mês de março. As não conformidades encontradas reportam-se aos pontos 7,8,10 e 76 da grelha de auditoria. É constante a falha do registo da higienização mensal assim como a verificação diária com assinatura, registo do selo e motivo da abertura do carro de emergência. Encontradas 2 Sondas de aspiração nº18 na gaveta lateral que não fazem parte do check list do carro. Foi encontrado o Ambu não montado e sem válvula de insuflação, resumindo não funcional para a atividade para o qual é suposto. Pelo observado nos registos, o motivo de abertura do carro de emergência, nos meses de janeiro, fevereiro e março, foi o de "Verificação mensal" pelo que se depreende que o ambu nunca esteve funcional desde o início do ano 2023.				
Carro de Emergência Modelo 5 Gavetas 96% 4% ■ CUMPR. ■ N.CUMPR.				
CONCLUSÕES/ PARECER CLÍNICO				
- As inconformidades detetadas podem comprometer de forma direta e/ou indireta a segurança e qualidade dos cuidados prestados em contexto de emergência com a utilização do carro de emergência. A taxa de cumprimento é de 96%. - O insuflador manual "Ambu" não montado e não testado é considerada falha grave e que pode comprometer severamente os cuidados diretos em caso de reanimação.				
SUGESTÕES DE MELHORIA CONTÍNUA				
As ações de sensibilização assim como formação e divulgação do procedimento de validação diária do carro de emergência torna-se essencial para adotar medidas corretas em relação aos registos. Ponderar a realização de pequenas simulações com necessidade de uso do carro de emergência a fim de despertar o interesse e motivação da equipa para a manutenção correta deste equipamento.				
AUDITORES				
O(A) Auditor(a):		N.º Mecanográfico:		
Maria Madalena Fernandes Alves		2353		
		N.º Mecanográfico:		



		ITENS	Quantidade referência	Janeiro	fevereiro	março	Total SIM e NA	Total NÃO	TOTAL	% SIM	% NÃO	
Localização	1	Acessível	Não aplicável	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	2	Carro lacrado (selo numerado)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	3	Inexistência de materiais/equipamentos extra		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	4	Sinalética própria		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
Registros	5	Nº lacre coincidente com o do registro		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	6	Registro da verificação mensal (quantidades/validades)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	7	Registro de higienização (interior)		0	0	0	0	3	3	0%	100%	
	8	Registro diário da verificação do lacre		0	0	0	0	3	3	0%	100%	
	9	Registos com identificação legível do enfermeiro (nome/nº mecanográfico)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	10	Último registro de utilização/reposição		1	1	0	2	1	3	67%	33%	
	11	Validade fármacos conforme (3 unidades diferentes, seleção aleatória)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	12	Validade materiais conforme (3 unidades diferentes, seleção aleatória)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	1ª Gaveta_ Fármacos	13	aDENOSina 6 mg /2ml IV	6	1	1	1	3	0	3	100%	0%
		14	aDRENALina 1mg/1ml IV	10	1	1	1	3	0	3	100%	0%
15		amioDARona 150mg/3ml IV	3	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
16		aTROPina 0,5mg/1ml IV, SC, IM	6	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
17		Cloreto de Cálcio 10 % IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
18		Diazepam 10 mg / 2 ml IV / IM	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
19		Diazepam retal 5mg*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
20		Dopamina 1mg/1ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
21		Flumazenilo 0,5mg/5ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
22		Furosemida 20mg/2ml IV, IM	10	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
23		Glicose 30% 20ml IV	4	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
24		Hidrocortisona, 100mg/2ml IV, IM	4	1	1	1	3	0	3	100%	0%	

2ª Gaveta	25 MIDazolam 15 mg / 3 ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	26 Morfina 10mg/1ml IV	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	27 Naloxona 0,4mg/1ml IV, SC, IM	4	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	28 PropOFol 1% 20ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	29 Sulfato Magnésio 20% 20ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	30 Adesivo não tecido (tiras)	qb	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	31 Agulha intra-óssea pediátrica*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	32 Agulhas IV	10	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	33 Agulhas SC, IM	5 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	34 Cateter venoso Nº14, Nº16, Nº18, Nº20, Nº22, Nº24, Nº26*	3c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
3ª Gaveta	35 Compressas esterilizadas (pacote)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	36 Elétrodo ECG adulto e pediátrico*	10 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	37 Garrote	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	38 Lâmina de tricotomia	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	39 Seringas 2cc, 5cc, 10cc, 20cc	5 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	40 Tesoura	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	41 Torneira 3 vias	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	42 Válvula anti-refluxo	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	43 Cabo de laringoscópio c/ pilhas	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	44 Cabo de Pacemaker**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
4ª Gaveta	45 Cabo monitorização de ECG**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	46 Cânula de Guedell Nº 0º, Nº1º, Nº2, Nº3, Nº4	1 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	47 Eletrodos de pacemaker**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	48 Fita de nastro	qb	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	49 Lâmina laringoscópio Nº1º, Nº2, Nº3 e Nº4	1 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	50 Lidocaína Spray com aplicador	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	51 Mandril entubação (adulto e pediátrico*)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	52 Peça em T	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	53 Pilhas suplentes p/ laringoscópio	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	54 Pinça Maguil (grande e pequena*)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
5ª Gaveta	55 Placas de cardioversão	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	56 Seringa 10 ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
6ª Gaveta	57 Filtro respiratório antimicrobiano	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%

	58	Insuflador manual (adulto, pediátrico*)	1	1	0	1	2	1	3	67%	33%
	59	Máscara N°1*, N°3, N°5	1c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	60	Máscara O2 100% adulto	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	61	Máscara O2 100% pediátrica*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	62	Tubos endotraqueais 2* a 4,5*	2c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	63	Tubos endotraqueais 5 a 8	2c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	64	Ventimask adulto	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	65	Ventimask pediátrica*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
5ª Gaveta	66	SF 100ml + SF 500ml	1 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	67	Bicarbonato de Sódio 1,4% 500ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	68	Bicarbonato de Sódio 8,4% 100ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	69	Gelatina modificada 500ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	70	Glicose 5% 100ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	71	Glicose 5% em SF 500ml*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	72	Lactato de Ringer 500ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	73	Selos	qb	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	74	Sistemas de soros (normais)	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	75	Luvas esterilizadas N°6 a N°8	2c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
Gavetas laterais	76	Sondas de aspiração Ch06* e Ch12*	2c/d	1	1	0	2	1	3	67%	33%
	77	Sondas de aspiração Ch14 e Ch16	2c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	78	Sondas de aspiração rígidas	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%
Exterior	79	Bala de O2	OK	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	80	Luvas de látex M (caixa)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	81	Monitor desbibrilhador**	OK	1	1	1	3	0	3	100%	0%
	82	Sistema de vácuo (opcional)	OK	1	1	1	3	0	3	100%	0%

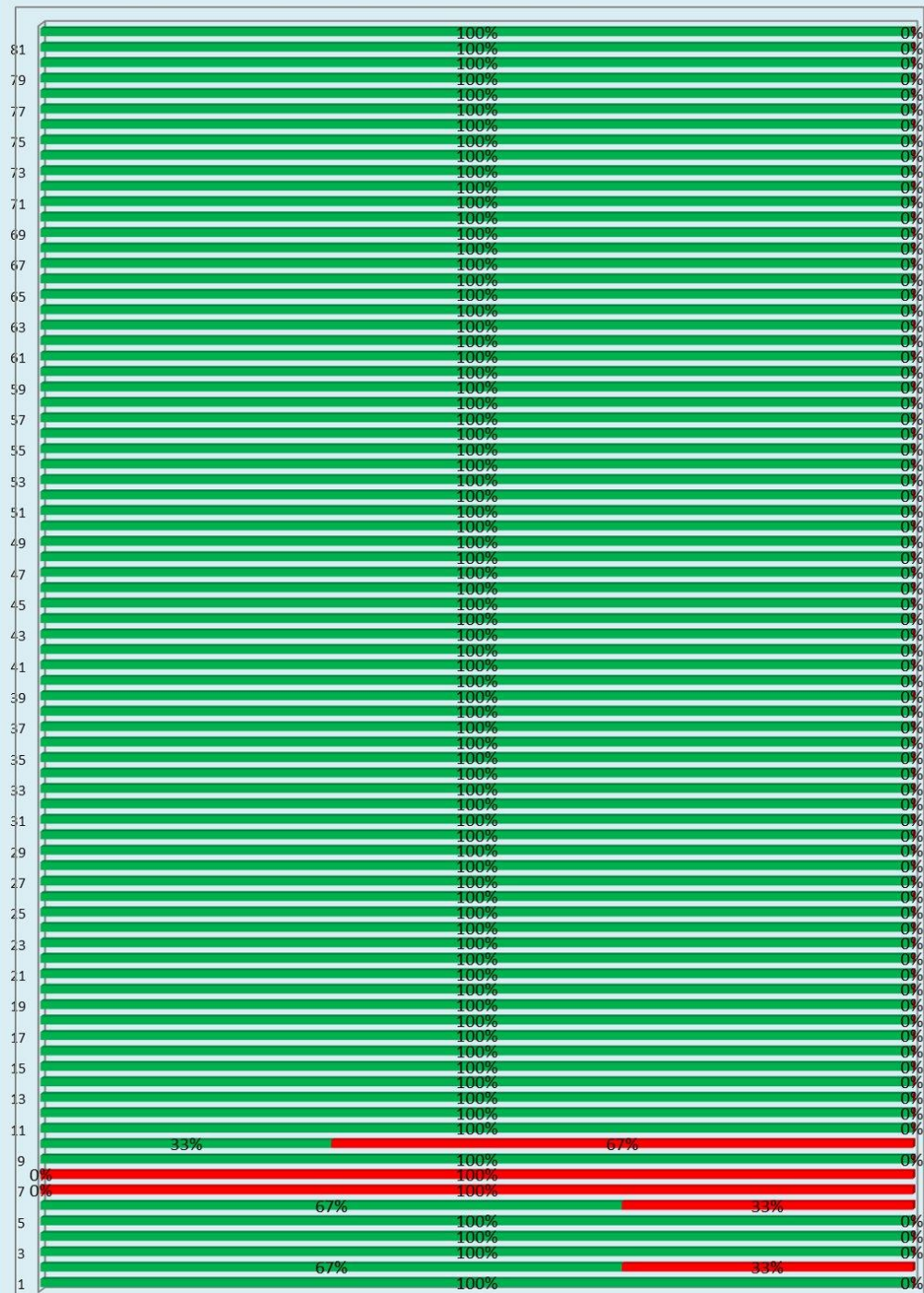
%CUMP 96%
%NCUMP 4%

Modelo	Aurier Compact			
	Favero			
	Linkar			

ANEXO 5 – RELATÓRIO – CARRO EMERGÊNCIA – SERVIÇO OBS

		RELATÓRIO		
CAPRO EMERGÊNCIA AUDITORIA	SERVIÇO OBS	Cumprido (S)	Não cumprido (N)	Período da auditoria
		96%	4%	1º Trimestre 2023
DESCRIÇÃO DA AUDITORIA				
Carro de emergência de OBS				
OBJETIVOS DA AUDITORIA				
- Identificar não conformidades que possam comprometer a qualidade e segurança nos cuidados; - Implementar medidas corretivas				
RESULTADOS/ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO				
As não conformidades encontradas reportam-se aos pontos 6,7,8, e 10 da grelha de auditoria. É constante a falta do registo da higienização mensal assim como a verificação diária com assinatura, registo do selo e motivo da abertura do carro de emergência. Carro de Emergência Modelo 5 Gavetas  96% 4% ■ Cumprido ■ Não Cumprido				
CONCLUSÕES/ PARECER CLÍNICO				
- As inconformidades detetadas podem comprometer de forma direta e/ou indireta a segurança e qualidade dos cuidados prestados em contexto de emergência com a utilização do carro de emergência. Ataxa de cumprimento é de 96%. - A implementação no serviço de urgência das verificações com registo informático é motivo atribuído à inexistência de registo em papel.				
SUGESTÕES DE MELHORIA CONTINUA				
- As ações de sensibilização assim como formação e divulgação do procedimento de validação diária do carro de emergência torna-se essencial para adotar medidas corretas em relação aos registos. - Medidas para se tornar visíveis aos auditores o check list informático de limpeza mensal.				
AUDITORES				
	D(A) Auditor(a):		N.º Mecanográfico:	
	Maria Madalena Fernandes Alves		2353	
			N.º Mecanográfico:	

PERCENTAGEM DE CUMPRIMENTO POR CRITÉRIO AUDITADO



ANÁLISE GLOBAL						Sim e Não aplicável = 1 Não = 0					
Auditoria Carro de Emergência _ OBS _Modelo 5 Gavetas						Serviços					
	ITENS	Quantidade referência	Janeiro	fevereiro	março	Total SIM e NA	Total NÃO	TOTAL	% SIM	% NÃO	
Localização	1 Acessível	Não aplicável	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	2 Carro lacrado (selo numerado)		0	1	1	2	1	3	67%	33%	
	3 Inexistência de materiais/equipamentos extra		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	4 Sinalética própria		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
Registros	5 Nº laque coincidente com o do registro		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	6 Registro da verificação mensal (quantidades/validades)		1	1	0	2	1	3	67%	33%	
	7 Registro de higienização (interior)		0	0	0	0	3	3	0%	100%	
	8 Registro diário da verificação do laque		0	0	0	0	3	3	0%	100%	
	9 Registros com identificação legível do enfermeiro (nome/nº mecanográfico)		1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	10 Último registro de utilização/reposição		0	1	0	1	2	3	33%	67%	
	11 Validade fármacos conforme (3 unidades diferentes, seleção aleatória)	1	1	1	3	0	3	100%	0%		
	12 Validade materiais conforme (3 unidades diferentes, seleção aleatória)	1	1	1	3	0	3	100%	0%		
	1ª Gaveta_ Fármacos	13 aDENOSina 6 mg /2ml IV	6	1	1	1	3	0	3	100%	0%
		14 aDRENALina 1mg/1ml IV	10	1	1	1	3	0	3	100%	0%
15 amioDAROna 150mg/3ml IV		3	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
16 aTROPina 0,5mg/1ml IV, SC, IM		6	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
17 Cloreto de Cálcio 10 % IV		2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
18 Diazepam 10 mg / 2 ml IV / IM		2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
19 Diazepam retal 5mg*		1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
20 Dopamina 1mg/1ml IV		2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
21 Flumazenilo 0,5mg/5ml IV		2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
22 Furosemida 20mg/2ml IV, IM		10	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
23 Glicose 30% 20ml IV		4	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
24 Hidrocortisona, 100mg/2ml IV, IM		4	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
25 MIDazolam 15 mg / 3 ml IV		2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
2ª Gaveta	26 Morfina 10mg/1ml IV	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	27 Naloxona 0,4mg/1ml IV, SC, IM	4	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	28 PropOFol 1% 20ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	29 Sulfato Magnésio 20% 20ml IV	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	30 Adesivo não tecido (tiras)	qb	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	31 Agulha intra-óssea pediátrica*	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	32 Agulhas IV	10	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	33 Agulhas SC, IM	5 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	34 Cateter venoso Nº14, Nº16, Nº18, Nº 20, Nº22, Nº24, Nº26*	3c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	35 Compressas esterilizadas (pacote)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	36 Eléttrodos ECG adulto e pediátrico*	10 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	37 Garrote	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	38 Lâmina de tricotomia	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	39 Seringas 2cc, 5cc, 10cc, 20cc	5 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	40 Tesoura	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
3ª Gaveta	41 Torneira 3 vias	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	42 Válvula anti-refluxo	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	43 Cabo de laringoscópio c/ pilhas	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	44 Cabo de Pacemaker**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	45 Cabo monitorização de ECG**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	46 Cânula de Guedell Nº 0*, Nº1*, Nº2, Nº3, Nº4	1 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	47 Eletrodos de pacemaker**	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	48 Fita de nastro	qb	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	49 Lâmina laringoscópio Nº1*, Nº2, Nº3 e Nº4	1 c/d	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	50 Lidocaina Spray com aplicador	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	51 Mandril entubação (adulto e pediátrico*)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	52 Peça em T	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	53 Pilhas suplentes p/ laringoscópio	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	54 Pinça Maguil (grande e pequena*)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	55 Placas de cardioversão	2	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
4ª Gaveta	56 Seringa 10 ml	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	57 Filtro respiratório antimicrobiano	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	
	58 Insulador manual (adulto, pediátrico*)	1	1	1	1	3	0	3	100%	0%	

138

ANEXO 6 – CERTIFICADO “ENFERMAGEM FORENSE: UMA REALIDADE”

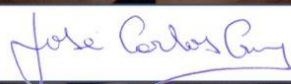
ENFERMAGEM FORENSE: UMA REALIDADE

CERTIFICADO

Certifica-se que,

Luís Oliveira

Participou no Webinar “Enfermagem Forense: Uma Realidade”
que decorreu no dia 12 de janeiro com a duração de 2 horas.



Dr. José Carlos Cruz

Certificado nº 944/2023

ORGANIZAÇÃO

ANEXO 7 – CERTIFICADO “III CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM 2023 – 1.ª SESSÃO”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUIS CARLOS NOGUEIRA DE OLIVEIRA

membro nº **47544** desta Ordem, participou no(a) **"III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023 | 1.ª Sessão: 6 de Fevereiro 2023 | 16h-18h"**, realizado no dia **6 de Fevereiro de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 6 de Fevereiro de 2023

P.ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

ANEXO 8 – CERTIFICADO “III CICLO DE WEBINARS DE INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM 2023 – 2.^a SESSÃO”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LUIS CARLOS NOGUEIRA DE OLIVEIRA

membro nº **47544** desta Ordem, participou no(a) **"III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2023 | 2.ª Sessão: 13 de Fevereiro 2023 | 16h-18"**, realizado no dia **13 de Fevereiro de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2023

P¹ª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Conhecimentos e Práticas de Enfermagem Forense no Serviço de Urgência

Este questionário foi desenvolvido para o estudo de investigação com o objetivo de analisar a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência sobre os conhecimentos e práticas em enfermagem forense, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Clementina Sousa.

A sua participação é voluntária, anónima, confidencial e essencial para levar a cabo o presente estudo. Os dados destinam-se apenas a tratamento estatístico, sendo que nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo é solicitada a sua identificação. Todo o material recolhido e analisado será arquivado em lugar seguro e destruído, decorridos 6 meses após o final do estudo. O seu consentimento informado será dado no item abaixo "declaro que li, compreendi e pretendo participar", assinalando a opção "sim".

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, podendo para o efeito contactar-me por email.

Muito obrigado pela colaboração!

Luís Carlos Oliveira (luiscarlosoliveira21@gmail.com)

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que li, compreendi e pretendo participar. *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

Parte I - Caracterização Socioprofissional

Os resultados obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação e as respostas representam apenas a sua opinião individual. Não existem respostas certas ou erradas. Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

2. 1. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

3. 2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

☐ 20 - 29

☐ 30 - 39

☐ 40 - 49

☐ 50 - 59

☐ 60 - 69

4. 3. Tempo de exercício profissional como enfermeiro (em anos) *

5. 4. Tempo de exercício profissional como enfermeiro no serviço de urgência (em anos) *

6. 5. Qual a sua formação académica? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Pós-Licenciatura/Especialidade

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

7. 6. Das situações clínicas seguintes assinale aquelas com as quais teve contato *
no seu exercício profissional (poderá assinalar mais do que uma opção):

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Lesões por arma de fogo ou branca
- ☐ Violência conjugal, contra idosos ou crianças
- ☐ Negligência e má prática clínica
- ☐ Acidente de viação e/ou traumatismos
- ☐ Homicídio ou suicídio
- ☐ Agressão sexual
- ☐ Colheita e preservação de vestígios
- ☐ Nenhuma das anteriores

8. 7. No serviço onde exerce a sua atividade existe algum protocolo de abordagem *
a situações médico-legais?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

9. 8. Algumas vez recebeu formação sobre ciências forenses, enfermagem *
forense e/ou práticas forenses?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim *Avançar para a pergunta 10*
- ☐ Não *Avançar para a pergunta 11*

Secção sem título

10. 8.1. Se sim, em que contexto? *(pode assinalar mais que uma opção)**Marcar tudo o que for aplicável.*

- ☐ Formação em serviço
- ☐ Cursos de pós-graduação
- ☐ Conferências/Seminários
- ☐ Cursos breves
- ☐ Workshops
- ☐ Mestrado
- ☐ Curso de Pós-licenciatura
- ☐ Congressos

Secção sem título

11. 8.2. Se não qual(ais) o(os) motivo(s):

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Pouca oferta formativa na área
- ☐ Não teve conhecimento da formação
- ☐ Não considera relevante para a sua intervenção
- ☐ Falta de tempo
- ☐ Não tem interesse pela área

12. 9. Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nenhum
- ☐ Pouco
- ☐ Razoável
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

13. 10. Que importância atribui ao conhecimento em enfermagem forense para a sua prática profissional? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Indiferente
- ☐ Importante
- ☐ Muito importante

14. 11. Considera importante incluir conteúdos sobre Enfermagem Forense e Práticas Forenses no plano de formação do serviço onde trabalha? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nada importante
- ☐ Pouco importante
- ☐ Indiferente
- ☐ Importante
- ☐ Muito importante

15. 12. Como define a sua necessidade formativa para a atuação prática nesta área de intervenção? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não necessito, tenho formação suficiente
- ☐ Necessito de atualizar/complementar a formação que detenho
- ☐ Necessito realizar formação base e específica nesta área

16. 13. Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber quais os procedimentos a adotar e atuar com segurança no âmbito dos cuidados forenses? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca prestei

Parte II - Questionário de Conhecimentos e Práticas de Enfermagem Forense
(adaptado de Cunha e Libório, 2012)

17. 14. A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso
- ☐ Não sei

18. 15. A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso
- ☐ Não sei

19. 16. Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

20. 17. A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

21. 18. Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

22. 19. Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

23. 20. A violência conjugal apresenta contornos médico-legais. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

24. 21. A violência contra idosos designa uma situação forense. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

25. 22. Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

26. 23. As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

27. 24. A agressão sexual é uma situação forense. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

28. 25. O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

29. 26. Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

30. 27. A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

31. 28. A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

32. 29. Pêlos e/ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

33. 30. Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

34. 31. Vestígios de vidros poderão ter importância forense. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

35. 32. Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

36. 33. A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

37. 34. O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

38. 35. O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

39. 36. Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

40. 37. O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

41. 38. A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

42. 39. A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) *
acompanhante.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

43. 40. A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

44. 41. O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de *
saúde, do sistema prisional ou na comunidade.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

45. 42. Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros *
com elásticos.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

46. 43. Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

47. 44. O lençol de cima (da maca/cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

48. 45. Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

49. 46. Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
☐ Falso
☐ Não sei

50. 47. A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.

*

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso
- ☐ Não sei

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE 2 – NORMA: GESTÃO DAS EXPOSIÇÕES/RECLAMAÇÕES NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA

	Serviço de Urgência
Gestão das Exposições/Reclamações no Serviço Urgência	

1. OBJETIVO:

Uniformizar procedimentos para a gestão eficaz e atempada das Exposições/Reclamações direcionadas ao Serviço de Urgência que envolvem a área de enfermagem.

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros e Assistentes operacionais.

3. ASPECTOS ESSENCIAIS:

O utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos. As reclamações e queixas podem ser apresentadas no livro de reclamações, no formulário online disponibilizado pela ERS, por carta, fax, ou e-mail, sendo obrigatória a sua resposta, nos termos da lei. Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

Ao serviço de urgência cabe fazer cumprir os direitos dos utentes e este por seu lado deve assumir os seus deveres.

Direitos dos utentes:

- Direito de escolha
- Consentimento ou recusa
- Adequação da prestação dos cuidados
- Dados pessoais e proteção da vida privada
- Sigilo
- Direito à informação
- Assistência espiritual e religiosa
- Queixas e reclamações
- Direito de associação
- Menores e incapazes
- Direito ao acompanhamento

Gestão das Exposições/Reclamações no Serviço Urgência	Código: URG Edição: 01
---	---------------------------

Deveres dos utentes:

- Respeito pelos direitos dos outros
- Respeito pelas regras de organização e funcionamento dos serviços
- Colaborar com os profissionais de saúde
- Pagar os encargos

4. PROCEDIMENTO

- 1- A Exposição é direcionada diretamente ao HSOG através do Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações;
- 2- No caso do HSOG é o Gabinete de Comunicação quem faz essa gestão;
- 3- O Gabinete de Comunicação recebe a Exposição/Reclamação e faz a devida referenciação (serviço/unidades);
- 4- O Gabinete de Comunicação envia a Exposição/Reclamação ao Enfermeiro Gestor do Serviço de Urgência;
- 5- O Enfermeiro Gestor envia a Exposição/Reclamação ao enfermeiro responsável para a gestão das mesmas;
- 6- O Enfermeiro responsável analisa a Exposição/Reclamação e emite uma resposta no prazo de 5 dias úteis ao Gabinete de Comunicação;
- 7- O Gabinete de Comunicação envia resposta ao utente e à ERS no prazo de 10 dias úteis desde a entrada da mesma;

5. REFERÊNCIAS

- Lei n.º 15 / 2014, de 21 de março (Diário da República, 1ª Série – N.º 17) – Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde
- Portaria nº 87 / 2015, de 23 de março – Tempos Máximos de Resposta Garantidos para cuidados não urgentes e Carta dos Direitos de Acesso
- Portaria 154 / 2017 de 4 de maio – Tempos Máximos de Resposta Garantidos e Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS
- Guia do utente do SNS
- Lei nº 67/98, de 26 de outubro – Proteção de Dados Pessoais
- Documento Referencial ACSA - HSOG

APÊNDICE 3 – FORMAÇÃO: ENFERMAGEM FORENSE

 ENFERMAGEM FORENSE Autoria: Luis Carlos Nogueira de Oliveira março 2023	SUMÁRIO			
	01. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	02. OBJETIVOS	03. ENFERMAGEM FORENSE: CONCEITOS	04. ENFERMAGEM FORENSE/CIÊNCIA FORENSE
	05. CRONOLOGIA DA ENFERMAGEM FORENSE	06. ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	07. CONCEITO DE PROVA E VESTÍGIO	08. CADEIA DE CUSTÓDIA
	09. RECOLHA E MANUTENÇÃO DE VESTÍGIOS NO SU	10. CONSIDERAÇÕES FINAIS/DESAFIO FUTURO	11. PENSAMENTO	12. BIBLIOGRAFIA





OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Promover o enriquecimento da equipa de enfermagem do SU sobre conhecimentos relativos à Enfermagem Forense

Objetivos Específicos

- Dotar a equipa de enfermagem do SU de conhecimentos para a identificação precoce de possíveis casos forenses
- Contribuir para uma maior segurança e qualidade dos cuidados prestados
- Contribuir para o desenvolvimento de competências

Enfermagem Forense: conceitos

Virginia Lynch (2011)

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

Albino Gomes (2014)

"A Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Pública."

Enfermagem forense

"Enfermagem forense é a prática global da enfermagem, quando intercepta o sistema de saúde e o sistema legal"

IAFN (International Association of Forensic Nurses, 2015)

- Nova perspectiva na abordagem holística dos enfermeiros
- Combinação da aplicação de aspetos forenses aos cuidados de saúde
- Prática que alia o saber científico e técnico da enfermagem com os princípios da clínica forense
- Presta cuidados diretos às vítimas, agressores e testemunhas

Enfermagem forense

Ciência forense

ENFERMAGEM FORENSE

- Identificação, recolha e preservação de vestígios
- Avaliação e tratamento das vítimas/agressores de trauma

CIÊNCIA FORENSE

- Vestígio - Cêntrica

CRONOLOGIA DA ENFERMAGEM FORENSE

1986

Virginia Lynch inicia um currículo formal de formação em Enfermagem Forense

1991

Reconhecimento formal pela American Academy of Forensic Sciences (AAFS) da Enfermagem Forense

1995

Concessão do estatuto de especialidade à Enfermagem Forense nos Estados Unidos

2009

1º Pós-graduação em Enfermagem Forense

2011

Constituída a Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APEF)

2021

Criada a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense (Reg. n.º 728/2021)

MUNDO

PORTUGAL

Cadeia de custódia

INICIA-SE

➔

TERMINA

Pessoa que identifica e recolhe os vestígios

Pessoa que protege e entrega os vestígios à autoridade policial

É um procedimento para validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, é inerente à recolha de vestígios fazendo parte do método científico da investigação, para assim evitar a contaminação dos vestígios. Tem como objetivo uma vigilância constante dos vestígios. (Albino Gomes, 2014)

Recolha e manutenção de vestígios no serviço de urgência

- Prioridade de cuidados
- Papel do enfermeiro na preservação de vestígios
- Princípios básicos
- Situações práticas

Prioridade de cuidados

1. Intervenções Life-saving
2. Tratamento adequado do paciente
3. Identificação de vestígios, recolha e preservação

Papel do enfermeiro na preservação de vestígios

- Identificação das vítimas/agressores
- Guardar a roupa
- Examinar as lesões
- Identificar as lesões que podem tornar-se fatais
- Fotografar as lesões
- Documentar e registar com precisão
- Notificação e encaminhamento

Recolha e preservação de vestígios

Princípios Básicos

Retirar corretamente a roupa, cortar sempre pelas costuras longe do local da lesão.

Evitar usar sacos de plástico na recolha e preservação de vestígios biológicos, para assim evitar a aceleração da degradação.

Realizar uma descrição correta e pormenorizada de todas as lesões.

Recolha e preservação de vestígios forenses

VESTÍGIOS MAIS FREQUENTES

168

Enfermagem forense no serviço de urgência

- Elemento ativo da equipa do serviço de urgência
- Muitas vezes o primeiro profissional com quem as vítimas e os perpetradores se deparam
- Cada vez mais casos de violência e trauma
- Toda a lesão, agressão, doença ou morte pode ter implicações forenses



Enfermagem forense no serviço de urgência

Tipos de situações Forenses no serviço de urgência

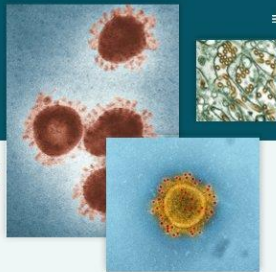
Mortes suspeitas	Assalto e agressão	Violência doméstica
Abusos de idosos	Acidentes de trabalho	Violência de gangues
Abuso sexual	Acidentes de viação	Reação medicamentosa
Negligência e má prática clínica	Agressão pessoal	Feridas por arma de fogo



Conceito de prova e vestígio

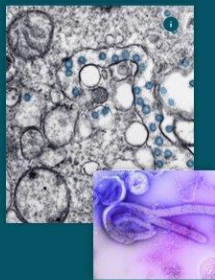
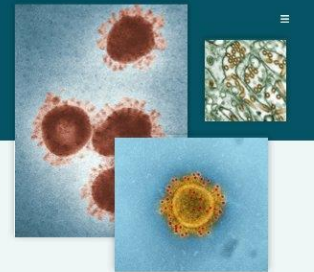
A palavra "vestígios" de origem latina deriva da palavra *vestigium* que significa rasto, pista, pegada e sinal.

"... as testemunhas mudas do crime ..."
(Edmond Locard, 1939)



Conceito de prova e vestígio

Uma prova é um indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo enquanto um vestígio também pode ser uma prova só que mais frágil e menos visível (Braz, 2013)



Princípio de Locard

"No local do crime ficam inevitavelmente vestígios do criminoso, que por sua vez transporta consigo voluntariamente ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso."

Edmond Locard (1939)

Tipos de provas

- **Reais** (objetos visíveis)
- **Circunstanciais** (provas físicas ou declarações de testemunhas)
- **Diretas** (testemunha que observou o evento em primeira mão)

Tipos de vestígios



Físicos

Impressões digitais, explosivos, projéteis, fibras de tecido, balas, cartuchos



Biológicos

Sangue, manchas, saliva, sêmen, urina, fezes, cabelo, marcas de dentadas

Recolha e preservação de vestígios forenses

ROUPA:

- Usar equipamentos de proteção individual
- Cortar as roupas pelas costuras e evitar cortar pelos buracos que possam existir
- Não se devem sacudir as peças de roupa
- Não colocar a roupa no chão
- Colocar um lençol no chão para colocar a roupa em cima e depois colocar individualmente em sacos de papel
- O calçado deve ser colocado individualmente em saco de papel



Recolha e preservação de vestígios forenses

ARMA DE FOGO:

- Se existir alguma arma com a vítima deve-se ter especial cuidado com o manuseamento da mesma, bloqueá-la, colocar em contentor largo e rígido e entregar à autoridade policial

ARMAS BRANCAS:

- Se a faca ainda estiver empalada no corpo, proteger o cabo com saco de papel e fixar a faca de modo a não sair
- Descrever de forma pormenorizada as características das lesões
- Preservar intata a roupa da vítima (sempre que possível) de modo a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão

FRAGMENTOS DE VIDRO:

- Recolher todos os vidros para um recipiente de plástico, de seguida colocar em envelope de papel, etiquetar e selar

Recolha e preservação de vestígios forenses

BALAS E OUTROS PROJÉTEIS:

- Usar luvas e pinças com pontas de borracha para a recolha
- Não limpar nem secar manualmente (devem secar ao ar)
- Não colocar em contato com outros objetos metálicos
- Colocar em recipiente com compressa esterilizada (ex: copo para recolha de urina)
- Embalar, identificar e selar

Recolha e preservação de vestígios forenses

FLUIDOS CORPORAIS:

- As zaragatoas deverão ser realizadas antes de qualquer contato com a superfície corporal da vítima
- Zaragatoas devem ser humedecidas com água esterilizada antes de passar na superfície suspeita de conter fluidos corporais secos
- Realizar movimentos circulares e não esfregar
- Deixar secar ao ar livre (15 a 30 minutos)
- Identificar e selar

Recolha e preservação de vestígios forenses

COLHEITA DE SANGUE PARA DOSEAMENTO DE ÁLCOOL:

- Não se deve usar substâncias com álcool na desinfecção da pele (colocar em notas como foi feita a desinfecção)
- O tubo deve ser selado e etiquetado com nome, hora da recolha e identificação de quem fez o procedimento
- Deve também ficar registado o nome do profissional que recebeu a amostra
- Em caso de homicídio, devem ser recolhidas duas amostras, uma à entrada e outra uma hora depois para determinar a curva de alcoolemia

Recolha e preservação de vestígios forenses

FERIDAS:

- As feridas fornecem informações importantes no que respeita ao mecanismo de lesão pelo que devem ser efetuadas notas descritivas de cada uma: tamanho, forma, cor, localização, características da pele circundante e presença de material na lesão ou à sua volta (Lynch & Duval, 2010)

EM VÍTIMAS DE ASFIXIA COM LAÇO:

- Se a vítima estiver cadáver, o laço deve permanecer no corpo, se tiver que ser removido nunca se deve desatar, mas sim cortá-lo pelo menos a 15cm do nó (DGS, 2016)
- Se possível tirar foto ou desenhar a aparência do laço
- Registrar de que lado da vítima está o nó, a coloração da vítima, descrever o sulco na pele: tamanho, profundidade, cor e largura

Recolha e preservação de vestígios forenses

ACONDICIONAMENTO E ROTULAGEM:

- **Secagem** – A secagem ao ar é o método preferencial para preservar vestígios húmidos. Cada item deve secar separadamente.
- **Rotulagem** – Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia. Escrever no envelope antes de colocar os vestígios dentro de forma a não os danificar.
- **Selagem** – Cada saco/envelope deve ser selado, de forma a não ser adicionada qualquer item. Importa também assinar por cima do selo para garantir a custódia da prova.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Necessidade de melhoria da qualidade na prestação de cuidados às vítimas de violência e trauma
- Formação adequada dos profissionais
- Garantir a preservação e proteção de vestígios com relevância médico-legal
- Encaminhar e orientar a vítima de violência para apoio psicológico, social e jurídico

DESAFIO FUTURO

- Definir e criar protocolo de atuação de medidas e procedimentos que visam a recolha e preservação de vestígios/provas em meio hospitalar, em doentes vítimas de violência ou trauma

"Ser enfermeiro forense é cuidar bem, sem olhar a quem, para que se faça justiça!"



ALBINO GOMES

BIBLIOGRAFIA

Associação Portuguesa de Enfermagem Forense - APFORENSE. (2012). Sobre APEFORENSE. Facebook web site. Consultado em 11/02/2023	Gomes, A. (2017). <i>Padrões da aptidão do enfermeiro forense</i> . Nursing . https://www.researchgate.net/publication/30718219_PADROES_DE_APTIDAO_DO_ENFERMEIRO_FORENSE
Braz, J. (2013). <i>Investigação criminal. A organização, o método e a prova: Os desafios da nova criminalidade</i> . (3a ed). Coimbra: Edições Almedina.	Gomes, C. I. D. A. (2016). <i>Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgências e /ou emergência</i> (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. https://online.iglesia.pt/bitstream/10400.8/4972/1/Dissertac%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado
Cruz, C. (2017). <i>Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses</i> . Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenf.pt/private/index.php/process-download?id=52953&code=942	Locard, E. (1939). <i>A investigação criminal e os métodos científicos</i> . Coimbra: Arménio Amado.
Gomes, A. (2014). <i>Enfermagem Forense</i> (Vol. 1). Lidel.	Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). <i>Forensic nursing science</i> (2a ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
BIBLIOGRAFIA	BIBLIOGRAFIA

Santos, S. D. (2013). <i>Contributos para a implementação da Enfermagem Forense em Portugal</i> (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Coimbra: Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/26042	 Obrigado! Luís Oliveira
Sheridan, D. J., Nash, K. R., & Bressee, H. (2011). <i>Enfermagem de urgência: Da teoria à prática</i> . (6a ed., Vols. 189–202). Loures: Lusociência.	
BIBLIOGRAFIA	