

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Carla Maria Mendes Cardoso Veríssimo (PG39132)

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL: "PROMOVER
UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS NA RECOLHA E
PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS"

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Carla Maria Mendes Cardoso Veríssimo (PG39132)

**ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL: "PROMOVER
UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS NA RECOLHA E
PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS"**

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular de estágio
e relatório final ou dissertação de natureza aplicada II
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Trabalho Realizado sob orientação científica
Professor João Manuel Pimentel Cainé

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTO

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui um percurso com inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, o caminho traçado faz-se caminhando, e durante essa viagem existem pessoas que nos acompanham e fazem parte deste, a paciência e o apoio incondicional de todos durante este projeto foram cruciais para alcançar a meta desejada.

Ao professor Mestre orientador científico João Cainé, pela sua paciência, partilha, orientação, acompanhamento e contributo fundamental nesta caminhada.

À UMINHO, universidade e docentes que me acolheram e contribuíram na minha formação, enquanto enfermeira especialista, pelos conhecimentos transmitidos e por serem facilitadores de novas aprendizagens e competências.

Ao enfermeiro gestor do serviço de urgência José Eduardo Martins, onde decorreu o estágio, e a toda a equipa pela sua disponibilidade, partilha, apoio e acompanhamento.

Ao Enfermeiro especialista Antonio Correia, orientador de estágio, pela orientação incansável, partilha de conhecimentos, segurança transmitida e contributo inigualável na minha aprendizagem e formação profissional.

Ao enfermeiro David Correia, gestor do serviço de pneumologia e à equipa de enfermagem que integro, pelo apoio, compreensão e por me permitirem conciliar o meu horário laboral com o horário do Curso de Mestrado e do Estágio.

A todos os colegas da turma do curso de mestrado de enfermagem em associação de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, à pessoa em situação crítica, em especial ao grupo fantástico de colegas que me acompanharam nos trabalhos, aprendizagens e aventuras, Nadine Ventura, Álvaro Gomes, Ana Martins e Ana Isabel Oliveira.

À minha família, o meu “porto de abrigo”, a minha essência, fonte de energia e amor incondicional, por tudo o que sou, pelo que me transmitem e permitem alcançar. Em especial ao meu marido Betino Verissimo e as minhas filhas Carolina Verissimo e Francisca Verissimo, pelo seu amor, pela compreensão das minhas ausências, paciência e palavras de conforto nas alturas mais difíceis.

A todos os amigos pelo incentivo e carinho, em especial à amiga e colega Isabel Lousada, Julieta Marante e Lúcia carvalho, pela sua amizade, compreensão, disponibilidade e estímulo para ultrapassar os momentos mais difíceis.

E por fim a todos os que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste relatório, agradeço com amizade.

A todos o meu sincero agradecimento!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

Este relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2ºano, 1ºsemestre, ano letivo 2020/2021.

Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros do serviço de urgência são os primeiros a terem contato com as vítimas de crime e ocorrências violentas, tendo assim uma posição privilegiada ao prestar cuidados de enfermagem forense, na identificação, avaliação, tratamento e na preservação e recolha de prováveis provas forenses que se possam encontrar (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). A prestação de cuidados efetuada pelos profissionais de saúde não se deve limitar a cuidados físicos e emocionais, mas sim alargar o leque de cuidados de uma forma holística do utente, como o corpo, a mente, o espírito e a lei (Lynch, V.A., Duval, JB. 2011). O código deontológico do enfermeiro defende que “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 contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Neste seguimento consideramos que a atuação da equipa de enfermagem nem sempre foi de encontro a este artigo, pois nos cuidados prestados a utentes por exemplo vítimas de violência física, não foram acauteladas as questões legais e de justiça, isto porque não se deu importância à preservação de potenciais vestígios forenses que podem futuramente serem constituídos como provas judiciais. Confrontados com esta situação optou-se pela Metodologia de Projeto e desenvolveu-se um Projeto de Intervenção em serviço sobre Enfermagem Forense no serviço de urgência com o objetivo de sensibilizar e promover uniformização de cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes: a primeira diz respeito á análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, contextualização do estágio onde se faz uma breve descrição do serviço de urgência e análise e reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de pessoa em situação crítica adquiridas e desenvolvidas; a segunda parte faz referência ao projeto de intervenção do serviço, onde se faz um enquadramento teórico e a descrição das etapas da metodologia de trabalho projeto. Após ser definido o diagnóstico da situação através da elaboração de uma Casuística e Análise *Swot*, apresentação uma Sessão de Formação e a sua avaliação sobre o tema, elaborou-se um Fluxograma de atuação e criou-se um KIT de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses. Na atividade formativa após a sua apresentação, a equipa de enfermagem procedeu à avaliação da mesma e do formador, considerando o tema pertinente e apresentado de uma forma clara. Devido a questões institucionais não foi possível fazer uma avaliação da implementação do instrumento de trabalho, pois aguarda a aprovação da comissão de formação científica do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro.

Palavras-chave: Enfermagem Forense; Intervenções; Pessoa em Situação Crítica; Trabalho de Projeto

ABSTRACT

This report falls within the scope of the Curricular Unit Internship and Final Report or Dissertation of Applied Nature II, of the Master in Nursing Person in Critical Situation of the School Nursing Superior of the University of Minho in consortium with the School of Health of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, 2nd year, 1st semester, school year 2020/2021.

Health professionals, including emergency nurses, are the first to have contact with victims of crime and violent occurrences, thus having a privileged position in providing forensic nursing care, in the identification, evaluation, treatment and the preservation and collection of likely forensic evidence to be found (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). Healthcare provided by healthcare professionals should not be limited to physical and emotional care but should also extend the range of care in a holistic manner of the user, such as body, mind, spirit and law (Lynch, 2011). The deontological code of the nurse argues that "Nursing interventions should be carried out with the concern, the defense of freedom and dignity of the person and should ensure, equality, truth, justice, altruism, the respect for human rights, the good of the community, the defence of the person from practices that contradict the law, ethics or the common good (...) (Order of Nurses, 2009). In this follow-up, we consider that the work of the nursing team was not always in respect of this article, because in the care provided to users, for example victims of physical violence, legal and justice systems were not accounted for because no importance was given to the preservation of potential forensic remains that may in the future be constituted as judicial evidence. Faced with this situation we opted for the Project Methodology and an Intervention Project in service on Forensic Nursing in the emergency service was developed, with the aim of sensitizing and promoting uniformity of care in the Collection and Preservation of Forensic Traces in the General Emergency Service of the Trás-os-Montes and Alto Douro Hospital Center.

The report is structured in two parts: the first concerns the analysis and critical reflection of skill development, contextualization of the internship where a brief discretion of the emergency service is made

and an analysis and reflection of the common and specific competences of the nurse specialist in Nursing of a person in critical situation acquired and developed; the second part refers to the intervention project of the service, where a theoretical framework is made and the description of the stages of the methodology of project work. After the diagnosis of the situation is defined through the elaboration of a casuistry and a Swot analysis, a training session and its evaluation on the subject will be presents. A Flowchart of action was created alongside a KIT of Collection and Preservation of Forensic Traces. In the formative activity after the presentation, the nursing team evaluated it and it's trainer, considering the relevant topic. Due to institutional issues, it was not possible to make an evaluation of the implementation of the working instrument, as it awaited the approval of the scientific training committee of the Trás-os-Montes and Alto Douro Hospital Center.

Keywords: Forensic Nursing; Interventions; Person in Critical Situation; Project Work

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| LISTA DE ABREVIATURAS | xv |
| LISTA DE SIGLAS..... | xvi |
| INTRODUÇÃO..... | 20 |
| PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 24 |
| 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO | 24 |
| 1.1 – Caracterização do serviço de urgência | 25 |
| 2 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS | 29 |
| 2.1 – Competências comuns do enfermeiro especialista | 30 |
| 2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica | 40 |
| PARTE II– PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO..... | 52 |
| 1 - ENQUADRAMENTO TEORICO | 52 |
| 1.1 – Enfermagem Forense - Definição | 52 |
| 1.2 - Contextualização e atualidade em Portugal..... | 53 |
| 1.3 – Conceitos de provas e vestígios | 54 |
| 1.4 – Recolha e preservação de vestígios em meio hospitalar..... | 55 |
| 1.5 – Cadeia de custódia | 57 |
| 2 – METODOLOGIA DE TRABALHO PROJETO | 59 |
| 2.1 – Diagnostico de situação..... | 60 |
| 2.2 – Objetivo..... | 77 |
| 2.3 – Planeamento..... | 78 |
| 2.4 – Execução | 82 |
| 2.5 – Avaliação e resultados | 83 |
| 2.6 – Divulgação de Resultados | 91 |
| CONCLUSÃO..... | 93 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 95 |

| | |
|---|-----|
| ANEXOS..... | 103 |
| ANEXO I – Folha de Registos da Sala de Emergência | 104 |
| ANEXO II – Fluxograma de Atuação em Potenciais Situações Forenses..... | 107 |
| ANEXO III - Check List de Kit de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses..... | 109 |
| ANEXO IV – Planificação da Sessão de Formação | 111 |
| ANEXO V – Apresentação da Sessão de Formação – <i>PowerPoint</i> | 114 |

LISTA DE TABELAS:

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - % de potenciais casos forenses nos concelhos da área de abrangência do CHTMAD..... | 63 |
| Tabela 2 - Potenciais casos Forenses por unidade do CHTMAD | 65 |
| Tabela 3 - Comparação dos anos em análise e potenciais situações forenses mais comuns do CHTMAD de 2017-2020..... | 67 |
| Tabela 4 - Análise quanto ao género/causa, de 2017-2020..... | 69 |
| Tabela 5 - Análise de comparação de concelhos da % de potenciais casos forenses mais comuns | 72 |
| Tabela 6 - Análise de comparação de concelhos da % de potenciais casos forenses com mais probabilidade de serem reais..... | 73 |
| Tabela 7 - Cronograma de atividades 2021..... | 79 |
| Tabela 8 - Avaliação da Sessão da Formação | 85 |
| Tabela 9 - Avaliação do Formador | 88 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1 - Análise Swot do serviço de Urgência..... | 76 |
|--|-----------|

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Potenciais Casos Forenses do CHTMAD em 2017-2020 (n=20512) | 64 |
| Gráfico 2 - Potenciais Casos Forenses mais comuns do CHTMAD em 2017-2020 (n=20512) | 66 |
| Gráfico 3 - Comparação dos anos em análise 2017-2020 dos Potenciais Casos Forenses (n=20512) | 67 |
| Gráfico 4 - Análise quanto ao género, de 2017-2020 (n=20512) | 68 |
| Gráfico 5 - Análise quanto à faixa etária, de 2017-2020 (n=20512) | 70 |
| Gráfico 6 - Análise quanto à idade em destaque, de 2017-2020 | 70 |
| Gráfico 7 - Análise do destino das Potenciais Vítimas Forenses mais comuns do CHTMAD | 74 |

LISTA DE ABREVIATURAS

Abr.- Abril

Art. – Artigo

Dec. - Decreto

Ed. – Edição

Enf^o - Enfermeiro

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

Fev. - Fevereiro

Jul. - Julho

Jun. – junho

Mar. – março

N^o - Número

p. – página

LISTA DE SIGLAS

AO – Assistente Operacional

APA - American Psychological Association

APEFORENSE – Associação portuguesa de Enfermagem Forense

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

B-ON – Biblioteca do conhecimento On-line

CCP - Código Civil Português

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

CGECI – Centro de Gestão de e Emergência de Cuidados Intensivos

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

DT – Dreno Torácico

EPSC – Especialidade de Pessoa em Situação Crítica

EEPSC – Especialidade de Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica

EOT – Entubação Orotraqueal

EPE – Empresa Privada do Estado

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

EUA – Estados Unidos da América

FAPSF – Fluxograma de Atuação de Potenciais Situações Forenses

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IAFN - Internacional Association of Forensic Nurses

LA – Linha Arterial

MPESC – Mestrado de Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica

MTP – Metodologia de Trabalho Projeto

OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PC – Pecemaker
PIS – Projeto de Intervenção no Serviço
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção
PNPRA – Plano Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
RAM – Resistência de Microrganismos aos Antimicrobianos
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RMN – Ressonância Magnética Computorizada
RPVF – Recolha e Preservação de Vestígios Forenses
SAV - Suporte Avançado de Vida
SE – Sala de Emergência
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SO – Sala de Observação
SU - Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos
UHC – Unidade Hospitalar de Chaves
UHL - Unidade Hospitalar de Lamego
UHVR - Unidade Hospitalar de Vila Real
UHVP - Unidade Hospitalar de Vila Pouca

VMER – Veículo Médico de Emergência Rápido

VT – Via Verde Trauma

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta à
dimensão precedente”

Albert Einstein

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II, do Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2ºano, 1ºsemestre, ano letivo 2020/2021, foi sugerida a elaboração de um relatório final. Para superar este objetivo curricular optou-se pela realização de um relatório com metodologia de trabalho projeto que vai servir de instrumento de avaliação da unidade curricular e obtenção do título de mestre após defesa pública.

Segundo, Mateus, (2011, p.3) O trabalho projeto” é uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas reais e pertinentes, que permite criar uma nova relação entre a prática e a teoria”. Esta metodologia de extrema importância para o aluno permite realizar uma ligação entre a teoria e a prática de uma forma dinâmica e conseqüentemente um desenvolvimento específico das competências.

Com o culminar do estágio é o momento de realizar o relatório que resulta da realização de uma análise e reflexão crítica das competências desenvolvidas e das experiências vivenciadas no decorrer do estágio, tendo sempre como base bibliografia científica.

O estágio clínico decorreu no serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD) valência de adultos, no período de 9 de janeiro de 2021 a 14 de maio de 2021, equivalente a um total de 400 horas.

A escolha deste mestrado surgiu da necessidade de complementar a formação académica com uma especialização com o intuito de desenvolver competências na intervenção de enfermagem á pessoa e família em situação crítica. Apesar de possuímos formação específica e experiência em cuidados intensivos, este estágio no serviço de urgência potenciou a aprendizagem, crescimento pessoal e profissional a vários níveis nomeadamente na investigação, permitindo assim intervenção e desenvolvendo boas práticas de enfermagem á pessoa e família em situação crítica.

O serviço de urgência é um local onde se prestam cuidados á pessoa em situação crítica com risco eminente de vida, e atendendo a este pressuposto o enfermeiro deve prestar cuidados baseados na evidência científica, que vai de encontro com o determinado pela ordem dos enfermeiros no regulamento

das competências comuns do enfermeiro especialista onde diz que o enfermeiro especialista “baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.” (Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019).

O código deontológico do enfermeiro defende que “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 contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Neste seguimento definimos o projeto de intervenção no serviço com foco principal na área da enfermagem forense no serviço de urgência geral, intitulado “Uniformização de Cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses “

Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros do serviço de urgência são os primeiros a terem contato com as vítimas de crime e ocorrências violentas, tendo assim uma posição privilegiada ao prestar cuidados de enfermagem forense, na identificação, avaliação, tratamento e na preservação e recolha de prováveis provas forenses que se possam encontrar (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

O enfermeiro possui um papel importante na investigação do crime, podendo ser um fator decisório para a decisão judicial, dependendo da sua capacidade a descobrir e recolher provas médico-legais. Sendo assim em situações complexas como crimes violentos, fazer uma recolha errada das provas podem dar origem a ocultação de resultados importantes para a investigação e o enfermeiro pode ser responsabilizado por este ato (Santos, 2013).

Lynch & Duval (2011) defendem que a prestação de cuidados efetuada pelos profissionais de saúde não se deve limitar a cuidados físicos e emocionais, mas sim alargar o leque de cuidados de uma forma holística do utente, como o corpo, a mente, o espírito e a lei.

Com a redação de um relatório objetiva-se divulgar informações referentes a um projeto, ação ou pesquisa de uma determinada atividade, tendo como pontos fundamentais o problema, os objetivos, o quadro de referência, os métodos e os resultados da investigação. (Fortin, 1999).

Assim este relatório tem como objetivo geral:

- I. Promover a uniformização de cuidados na recolha e preservação de vestígios forenses

Como objetivos específicos:

- I. Descrever de forma reflexiva as aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem PSC desenvolvidas e adquiridas durante o estágio;
- II. Planear e implementar um projeto de intervenção no serviço de urgência
- III. Avaliar o impacto do projeto de intervenção no serviço.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes: a primeira diz respeito á análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, contextualização do estágio onde se faz uma breve descrição do serviço de urgência e análise e reflexão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica (EPSC) adquiridas e desenvolvidas; a segunda parte faz referência ao projeto de intervenção do serviço, onde foi efetuado o enquadramento teórico e a descrição das etapas da metodologia de trabalho projeto.

Para a elaboração deste relatório foi realizada uma revisão da literatura existente em livros de autores primários, em artigos recomendados na bibliografia proposta pelos docentes da unidade curricular e em bases de dados On-line: b-on; Scielo, Medline, e índices bibliográficos, nacionais e internacionais, da área da saúde e das ciências sociais e humanas. Este documento foi redigido seguindo o acordo ortográfico da língua portuguesa vigente com exceção das citações diretas de autores que não se guiaram pelo mesmo, de acordo com as normas de formatação de 2019, Despacho RT-31/2019 da Universidade do Minho e as referências bibliográficas pelas normas de referenciação bibliográfica da *American*

Psychological Association (APA), na sua edição mais recente (7.^a edição), na versão original em língua inglesa (APA, 2020).

PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

O estágio clínico decorreu no serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD) valência de adultos, no período de 9 de janeiro de 2021 a 14 de maio de 2021, equivalente a um total de 400 horas.

No ensino clínico o local de estágio proporciona um leque de experiências enriquecedoras que contribuem para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências na área de enfermagem. O estágio supervisionado “é de fundamental importância para o académico de enfermagem, pois esta é uma oportunidade de estabelecer certo vínculo profissional sem que este esteja anulado ao vínculo educacional, tornando-se, portanto, a última oportunidade, durante a graduação, de avaliar os conhecimentos adquiridos, favorecendo e desenvolvendo as habilidades obtidas”. (Negreiros & Lima 2018, P.1).

Durante o estágio existe interação entre o aluno em formação, o contexto de trabalho e o processo formativo, potenciando o pensamento crítico e o desenvolvimento de competências. Assim sendo e de forma a potenciar a aquisição e consolidação dessas competências, consideramos que seria mais vantajoso e favorável a escolha do serviço de urgência, pois complementa e solidifica os conhecimentos adquiridos ao longo de 25 anos de profissão.

Neste contexto, o estágio orienta-se por objetivos que estão integrados nas competências do EEEPSC, que serão abordados posteriormente nesta reflexão.

No ponto seguinte vamos fazer uma caracterização física do serviço de urgência, assim como um enquadramento estrutural e funcional do CHTMAD.

1.1 – Caracterização do serviço de urgência

De acordo com o ministério da saúde, Despacho 10319/2014 de 11 agosto do Diário da República, 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).

O serviço de urgência onde decorreu o estágio está localizado no piso -1 do edifício central, tem como capacidade de resposta o nível de SUP, que é o nível de resposta mais diferenciado 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 CHTMAD tem uma abrangência distrital, é constituído por 4 unidades hospitalares: Unidade Hospitalar de Vila Real (UHVR), Unidade Hospitalar de Chaves (UHC), Unidade Hospitalar de Lamego (UHL) e Unidade de Cuidados Paliativos de Vila Pouca (UCPVP). Sendo a Unidade Central, a UHVR é a unidade de referência, pois é a única unidade SUP e também a única de referência para tratamento de doentes do foro cardíaco, tendo disponíveis durante 24h a unidade de hemodinâmica e cuidados intensivos. Tem também gestão integrada de duas Viaturas Médicas de Emergência Rápida (VMER), estando uma sediada no serviço de urgência da UHC e a outra na UHVR, que asseguram a atividade pré-hospitalar e as suas equipas são constituídas por um médico e um enfermeiro.

Para a integração neste local de estágio, foi necessário compreender, conhecer a sua organização, o seu funcionamento, toda a dinâmica da equipa multidisciplinar, assim como a estrutura física do serviço, recursos humanos e conhecer as suas normas e protocolos.

Para simplificar a gestão de stocks dos serviços farmacêuticos, reduzir os custos, diminuir desperdício, diminuir o erro e existir conformidade, este SU, é detentor de dois *Pyxis medStation System* (Sistema automático de reposição de stock nivelado de medicamentos) que serve toda a área de serviço.

Os recursos físicos dividem-se em várias áreas: área administrativa, área de prestação de cuidados e área de apoio.

Os recursos humanos são constituídos por diferentes profissionais de saúde com diferentes funções constituindo assim uma equipa multidisciplinar que interage de forma a proporcionar qualidade de cuidados ao doente numa perspetiva biopsicossocial. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro gestor e 56 enfermeiros na prestação direta de cuidados aos doentes. Grande percentagem destes enfermeiros são detentores de especialidades, o que permite um bom acompanhamento e orientação de estudantes das especialidades. Existem 4 enfermeiros em regime de horário fixo, incluindo o enfermeiro gestor e os restantes elementos em regime de trabalho por turnos rotativos: manhã (08h00-15h15), tarde (15h00-22h15) e noites (22h00-08h15). Por cada turno existe um enfermeiro responsável que tem como funções acrescidas a gestão do serviço assim como resolução de situações pontuais que podem estar relacionadas direta ou indiretamente com a equipa de enfermagem. É elaborado pelo Enfº Gestor no dia anterior ou no turno anterior, um plano de trabalho, em que cada Enfº é responsável por uma determinada área, prestando cuidados a todos os doentes pertencentes a essas áreas que podem ser: gabinete de triagem, área médica, área cirúrgica, sala de emergência, sala de decisão clínica e sala de observação (SO). O método de trabalho preconizado neste serviço é o método de trabalho individual, contudo nunca deve ser esquecido o indispensável trabalho em equipa que é uma característica importante num serviço de urgência.

No que diz respeito à triagem dos doentes neste CHTMAD e em particular no UHVR, é aplicado o protocolo de Triagem de Manchester, cumprindo assim o despacho nº 19124/2005 de 2005-09-02. Durante a triagem do utente o Enfermeiro tem competência e formação para atribuir uma Via Verde, pois uma via verde vai dar a possibilidade ao utente, ter um atendimento prioritário e encaminhado para a sala de emergência. Existem 4 vias verdes implementadas neste SU: Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde de Trauma, Via Verde de Sépsis e Via Verde Coronária.

Existe também acesso rápido e a meios complementares de diagnóstico, como a Ressonância Magnética Computadorizada (RMN), Tomografia Axial Computadorizada (TAC), Raio-x simples, Bloco Operatório (BO) e Laboratórios de patologia clínica.

Este SU foi reestruturado em fevereiro de 2017 de acordo com as recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência (janeiro /2007 Rev3 do Ministério da saúde), sendo nomeados um coordenador médico e dois coordenadores enfermeiros.

O estágio decorreu essencialmente, por acordo do enfermeiro gestor e orientador, na sala de Emergência (SE), sendo assim passamos a descrever o seu funcionamento. A SE dispõe de condições logísticas e funcionais próprias e tem como finalidade uma abordagem pluridisciplinar e sistematizada, em tempo útil, de situações clínicas que colocam em risco a função orgânica ou mesmo a vida do utente. Na SE os utentes são assistidos de imediato por um médico intensivista, um Enfermeiro e Assistente operacional (AO) do SU. Em situações de via verde AVC acresce a colaboração do médico neurologista e na Via Verde Trauma por médico Cirurgia/Ortopedia.

A equipa de permanência á SE tem em sua posse um telemóvel, por onde podem ser contactados, podendo também ser acionado o sinal sonora que alerta o SU para a existência de uma situação de Emergência.

A instituição tem um Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos (CGECI) que definiram em documento próprio, critérios de admissão à SE, que assentam na triagem ao doente segundo protocolo de Triagem de Manchester. A verificação de critérios de exclusão à admissão são da responsabilidade do médico coordenador em equipa com os Médicos do Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

São admitidos à SE doentes críticos que necessitem de cuidados de emergência interna, provenientes do SU, do exterior, de outros hospitais ou dos outros serviços do CHTMAD.

Até ao início da pandemia a SE estava equipada e preparada para receber 4 utentes em situação Crítica, neste momento e após ajuste à nova realidade, foi dividida e tem capacidade de receber um doente Covid e dois doentes não Covid. Está preparada para o início de uma reanimação e o material está visível, rotulado e de fácil acesso que permite ao enfermeiro atuar de uma forma rápida e segura contribuindo assim para a diminuição de tempo de permanência do utente na SE. A verificação de todo o material existente é efetuada no turno da manhã, da responsabilidade do enfermeiro que destacado a sala de emergência. Também, uma vez por semana e sempre que utilizados é realizada a verificação dos ventiladores conforme orientações do fabricante dos equipamentos.

Os registos clínicos são efetuados em folha própria criada para o efeito (Anexo I) e na plataforma informática SClínico.

2 – ANÁLISE E REFLEXÃO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Segundo Benner, “(...) a enfermeira é um profissional clínico - um trabalhador com muitos conhecimentos – cuja a complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo” (Benner, 2001, p.201). É cada vez mais exigido aos profissionais de Enfermagem uma atualização de aprendizagem ao longo da sua vida profissional e foi neste sentido que se ingressou neste Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, com a finalidade de melhorar a qualidade de cuidados prestados aos nossos doentes nos contextos de trabalho.

O Exercício de Enfermagem é fundamentado através de princípios éticos e deontológicos definidos no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) assim como no Código Deontológico (CDE) do Enfermeiro

Este estágio desenvolveu-se tendo por base dois regulamentos que são o complemento um do outro: o Regulamento n° 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento n° 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Durante o estágio foram disponibilizadas ferramentas que permitiram adquirir e desenvolver competências do âmbito de MPESC.

Para Le Boterf (2003), a competência é um saber agir profissionalmente responsável. A competência situa-se em três grandes eixos formados: pela pessoa, pela formação e pela experiência profissional. Segundo o mesmo autor, a competência só pode ser competência em situação, a que é colocada no ato.

Sapeta (2013), por seu lado, faz uma pequena revisão teórica sobre o conceito de competência e conclui que: "o estatuto de competente não é um estado, é um processo em contínua construção". Não podemos deixar de concordar, pois na realidade as competências vão-se adquirindo ao longo da vida profissional.

Assim sendo e tendo como ponto de partida que este estágio do MEPSC tem como suporte favorecer e possibilitar a aquisição e desenvolvimento de competências, nos parágrafos que se seguem pretendemos realizar uma análise crítico-reflexiva e criativa das competências desenvolvidas e adquiridas no contexto do ensino clínico.

2.1 – Competências comuns do enfermeiro especialista

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns são “(...) competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (...)” (OE,2019:4745). Estas competências estão organizadas por domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE,2019:4745, art.º 4º)

Responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

(Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.5º)

Ao longo de todo o percurso profissional o enfermeiro vai desenvolvendo as suas capacidades de tomada de decisão e na sua prática diária são confrontados com situações éticas com decisões complexas, decisões essas que devem ser fundamentadas, refletidas e baseadas em princípios e valores éticos para assim respeitar os direitos humanos, privacidade, dignidade e garantindo a segurança dos utentes. Segundo Nunes (2006) “tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia. Mais a percebemos como realidade a que não é possível escapar”.

No decorrer do estágio no SU, especialmente na sala de emergência sentiu-se a necessidade de mais competências na abordagem ao doente em situação crítica, avaliação da eficácia das intervenções realizadas assim como a partilha de conhecimentos que fundamentam a tomada de decisão. Essa tomada de decisão geralmente fez-se em equipa tendo sempre por base os valores éticos e deontológicos dos utentes. Na abordagem do doente crítico, por exemplo em Suporte Avançado de Vida (SAV) a atuação foi de acordo com os algoritmos e as *guidelines*, onde as decisões estão já definidas em concordância de peritos, que exigem o seguimento de uma linha condutora de raciocínio que vai permitir uma decisão rápida, com diminuição de riscos e aumentando assim o sucesso dos cuidados prestados.

O código deontológico do enfermeiro defende que “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 contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Neste seguimento consideramos que a nossa atuação nem sempre foi de encontro a este artigo, pois nos cuidados prestados a utentes por exemplo vítimas de violência física, não foram acauteladas as questões legais e de justiça, isto porque não se deu importância à preservação de potenciais vestígios forenses que podem futuramente serem constituídos como provas judiciais. Após potenciais situações forenses existentes no estágio, questionamos o enfermeiro orientador, vários enfermeiros do serviço assim como o Enfermeiro Gestor no sentido de perceber o que realmente era feito nestas situações e se existia um protocolo ou algo documentado nesta área. Foi-nos informado que na realidade existia muito

pouco ou quase nada nessa área e que os enfermeiros atuavam de acordo com os conhecimentos que possuíam. Neste momento identificamos a existência de uma área neste serviço que necessitava de ser melhorada para não comprometer os direitos humanos legais e de justiça a que os utentes tem direito e que está definido pela profissão de enfermagem. E neste sentido foi proposto ao orientador de estágio e Enfermeiro gestor a realização de uma Casuística de Potenciais Casos Forenses no CHTMAD, para percebermos qual a percentagem de afluência de potenciais vítimas forenses ao CHTMAD.

Ainda neste domínio, a abordagem ao utente foi efetuada de forma a manter uma boa relação, respeitando os seus direitos, a sua privacidade, dignidade e sem discriminação. Prestando assim cuidados de qualidade de uma forma informada e esclarecida para que o utente tomasse uma decisão consciente do que era melhor para si, através do consentimento informado. Nas situações em que o utente não tem capacidades de decisão e não é possível obter um consentimento informado, recorreu-se ao consentimento presumido, respeitando a inerência dos princípios da beneficência e não maleficência, estando enraizada a promoção da vida.

No estágio procuramos a excelência de cuidados prestados baseadas em evidências científicas com dedicação, responsabilidade e nunca descurando a inserção da família em todo o processo clínico do utente.

Melhoria contínua da qualidade

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua;
3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

(Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.6º)

Nas instituições de saúde a temática da qualidade dos cuidados de saúde é omnipresente no seu quotidiano, pois existe uma preocupação de delinear estratégias com o intuito de minimizar danos. Existem programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente que se encontram em constante desenvolvimento.

O código deontológico dos enfermeiros refere que, o enfermeiro tem como dever a prestação de cuidados com qualidade e de excelência no seu exercício profissional. Assim como determina que o enfermeiro “deverá analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” Ordem dos enfermeiros (2015, p. 91).

Qualidade em saúde é definida como “o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente. Os resultados desfavoráveis são os eventos adversos.” Reis T. C., Martins M.& Laguardia J. (2013).

Para Rodrigues (2015, p.7) os Eventos Adversos provocam um elevado impacto na saúde que vai para além da dimensão do doente. Segundo os dados estatísticos apresentados pela mesma autora em cada dez doentes um sofre um evento adverso durante o seu internamento e que podiam ser evitados quase metade.

Segundo a Organização Mundial de Saude (OMS) a existência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, o desempenho dos sistemas de saúde na prevenção dos mesmos é fundamental para a segurança dos doentes assim como para a qualidade dos cuidados.

A gestão do risco e a segurança do doente nos últimos anos são tema principal das políticas de saúde em Portugal e a nível mundial. Assim a Assembleia da República (AR) em 1990 aprovou a Lei de bases da Saude 48/90 de 24/08/1990 onde refere que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei”

Mais recentemente foi elaborado o Plano Nacional de Saude para a Segurança dos Doentes (PNSD) (2015-2020) que tem como objetivo apoiar as instituições do serviço Nacional de Saude (SNS) na criação de métodos e sua aplicação que melhorem a gestão dos riscos associados á prestação de cuidados de saúde. Este plano impõe o envolvimento de todos os elementos do SNS, do governo, das instituições e suas administrações, assim como todos os profissionais que prestam cuidados ao doente, com o objetivo da junção de todos os mecanismos que contribuem para a gestão de riscos associados aos cuidados de saúde. (Despacho nº 1400 - A/2015 de 10 de fevereiro). A sua estratégia de atuação tem como designios:

- O aumento da cultura de segurança do ambiente interno;
- O aumento da segurança da comunicação;
- O aumento da segurança cirúrgica;
- O aumento da segurança na utilização da medicação;
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática da notificação, análise e prevenção de incidentes.

Durante o estágio constatamos que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde assentam em normas e protocolos que facilitam a sua prestação diária, diminuindo o tempo de realização de determinada tarefa assim como contribui para um aumento de qualidade de cuidados. Para além de normas e protocolos existiam outros mecanismos facilitadores na nossa prestação de cuidados, nomeadamente a existência de um armário na SE que contem alguns *kits* previamente preparados com todo o material necessário para a realização de entubação orotraqueal de urgência (EOT), colocação de Linha arterial (LA), Cateter Venoso Central (CVC), Dreno Torácico (DT), colocação de *Pecemaker*, Pericardiocentese e *kit* para Queimados. Assim como fazia presença e visível a todos os profissionais de saúde, fluxogramas de atuação, por exemplo fluxograma de atuação no doente covid e não covid.

Neste seguimento verificamos que existia uma área como já referida atrás, que para além de não assentar em protocolos, fluxograma de atuação, também não apresentava mecanismos que facilitassem a prestação de cuidados como por exemplo a existência de um kit pré elaborado com o intuito de melhorar a qualidade de cuidados aos doentes potenciais vítimas Forenses. Neste sentido e após reflexão em conjunto com o enfermeiro orientador, enfermeiro gestor e recetividade por parte de toda a equipa, decidimos avançar para a elaboração de um “Fluxograma de Atuação em Potenciais Situações Forenses” (FAPSF) (Anexo II)), assim como a criação de um *Check List* para um *KIT* de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses (KRPVF) (Anexo III).

Adquirimos competências e realizamos uma Sessão de Formação á equipa de Enfermagem do SU, sobre a Temática: “Uniformização de cuidados na Preservação e Recolha de Vestígios Forenses”, foi planeada e agendada com foco nas particularidades de boas praticas e segurança na prestação de cuidados a utentes vítimas por exemplo de violência e agressão. Esta Formação, a criação do Fluxograma de Atuação assim como a criação de um Check List para a existência de um kit de RPVF, fazem parte de um projeto proposto por nós de melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem que futuramente o Enfermeiro Gestor do serviço de urgência tem a possibilidade de submeter á aprovação pelo departamento de formação do CHTMAD assim como a continuação deste projeto, podendo ser um projeto piloto a nível Nacional. Estamos na disposição de colaborar e continuar neste projeto se assim a instituição o desejar.

A realização desta atividade vai de encontro com o exercício profissional de excelência permanente por parte do Enfermeiro Especialista (EE), no que diz respeito á existência de um sistema de melhoria continua da qualidade de cuidados prestados no exercício profissional especializado. E segundo o regulamento nº361/205 de 26 de junho da OE, os Padrões de qualidade dos cuidados especializados em EPSC, referem a “(...) existência de uma política de formação continua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada;” e também “(...) Revisão de guias de boas praticas no domínio da pessoa em situação critica;”

Ainda neste domínio e para garantir um ambiente terapêutico e seguro, neste contexto de estágio, existe um programa de registos de incidentes disponível na Intranet do CHTMAD, onde os profissionais de saúde podem e devem registar todo e qualquer incidente que ocorra no serviço, por exemplo erros de medicação, quedas e entre outros.

E como não podíamos deixar de referir ainda neste domínio, a realização dos registos de enfermagem são um fator de destaque, foram efetuados em suporte informático no SU e na SE como já referido anteriormente efetuados também em formato papel implementado pela Equipa de Emergência, para complementar os registos, consequentemente diminuição de ocorrências de erro e salvaguarda a proteção de dados dos utentes.

Gestão dos cuidados

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

(Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, art.7º)

Segundo a investigadora em gestão de saúde, Fonseca, B.F. (2018) o conceito de gestão de saúde é de alguma complexidade e muito abrangente (...) A gestão em saúde está dependente da integração da contribuição individual de cada um dos profissionais para um objetivo comum.” Assim os gestores devem ter como foco, não só o que o profissional realiza individualmente, mas também como é que se faz a união dos elementos de todo o processo e a sua interligação. “Nunca esquecendo que o objetivo comum será sempre a vida do paciente”. Fonseca B. F (2018).

Neste domínio, segundo Regulamento 429/2018 da ordem dos enfermeiros, uma das responsabilidades do enfermeiro especialista é a gestão dos cuidados no seu trabalho individual assim como o trabalho que lhe é delegado.

A gestão das organizações de saúde foi sofrendo alterações ao longo dos anos provocando assim impacto na qualidade de cuidados e na gestão de recursos. O enfermeiro especialista tem um papel de destaque neste domínio, otimiza a resposta da equipa de enfermagem articulando a gestão na equipa multidisciplinar. A gestão de recursos, o tipo de liderança às situações e ao contexto certificam a qualidade de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para Fradique, M. & Mendes L. (2013, p.52), os enfermeiros são os profissionais que mais influenciam diretamente na qualidade dos cuidados prestados e a liderança influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Também em contexto pandémico de COVID-19 o sistema de saúde enfrentou novos desafios, assim como os profissionais de saúde, onde os profissionais de enfermagem destacaram-se pelo seu papel na organização dos serviços e pela prestação direta de cuidados aos utentes. (Parreira, T. S.; Ribeiro, G.; Coelho, J. & Borges, L. 2020).

A gestão em enfermagem é vasta, bastante complexa e exige muita responsabilidade por parte do gestor, tem de ser detentor de uma capacidade de organização, boa comunicação, imparcialidade, empatia, habilidade na tomada de decisão e otimizar o trabalho em equipa, adequando os recursos às necessidades dos cuidados com o intuito de satisfazer o mais possível todos os elementos e atingir o maior número possível de objetivos previstos tendo sempre como foco principal a qualidade de cuidados prestados aos utentes. Durante o estágio surgiu a oportunidade de colaborar na área da gestão a vários níveis, e tentamos dar o máximo de contributo, baseado na unidade curricular de gestão do MEPSC e na experiência adquirida na área da gestão ao longo de 10 anos como responsável do serviço onde exerce funções atualmente.

O Enfermeiro chefe/gestor é o responsável máximo da gestão, dinâmica e avaliação dos cuidados do serviço de urgência. Na sua ausência existe um enfermeiro responsável de turno, que assume funções de gestor, nomeadamente realizar o plano diário tendo em conta o número de elementos presentes e as suas competências, delegando e distribuindo tarefas que visem o melhor funcionamento do serviço, garantindo a segurança, continuidade e a qualidade de cuidados prestados aos utentes.

Queremos salientar que durante o estágio houve a preocupação de acompanhar o enfermeiro gestor, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar, acatando as orientações das atividades a executar ou a delegar. Colaborando também na gestão de stocks especialmente na SE auxiliando a sua reposição, verificação de equipamentos, contribuindo assim para a gestão do ambiente de atuação no doente crítico criando um ambiente terapêutico seguro. Foi fácil e natural assumir essa postura de liderança, devido a ser uma atividade experienciada e executada ao longo de anos em contexto profissional como referido anteriormente.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

Este domínio reporta-nos para as competências:

1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica.

(Diário da República, 2.^a série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, art.8º)

O enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. A sua praxis clínica especializada tem como pilar a evidência científica e “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em

conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, 2.^a série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, p.4749).

Segundo Melo, (2021), a Enfermagem “é uma disciplina e uma profissão que promove, de uma forma robusta, a materialização da constitucionalidade e, portanto, da democracia nos cidadãos que são alvo dos cuidados dos enfermeiros.” Neste seguimento é importante que cada profissional procure manter e adquirir conhecimentos atualizados não só científicos, mas também de si próprio enquanto pessoa e como cidadão. A adoção da estratégia de educação permanente dos profissionais é fundamental na prestação de cuidados. O enfermeiro pode utilizar como ferramenta principal, a padronização das intervenções de enfermagem através dos Procedimentos Operacionais Padrão conjuntamente com a equipa e tendo em conta a realidade do serviço e assim conseguir melhoria da qualidade de assistência prestada. E assim sendo o gestor dos serviços de saúde é responsável e deve ter como prioridade o planeamento de ações educativas junto aos profissionais de saúde da sua equipa e de sua instituição, tendo sempre como base as melhores evidências científicas. (Sales, et al,2018). Durante o estágio houve o interesse constante em novas aprendizagens e atualização de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre a pessoa em situação crítica e as *guidelines*. Os cuidados prestados tiveram sempre como pilar as evidências científicas, com o propósito de melhor e mais seguras práticas de enfermagem. Para consolidar novos conhecimentos foi relacionada a teoria com a prática profissional diária, sempre com a orientação e contributo do enfermeiro tutor e da 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. A abordagem e a avaliação da pessoa em situação crítica e a aquisição de novas competências fez-se progressivamente ao longo do estágio clínico assim como a adaptação ao método de trabalho, sempre com a finalidade de um exercício profissional de excelência.

No desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, a formação tem grande destaque, pois cimentam cuidados com segurança e de qualidade. Com a elaboração de um projeto de intervenção formativo no

serviço (PIS) diagnosticamos as necessidades formativas baseadas na investigação e resultados espectáveis, para assim demonstrarem evidências científicas. O serviço de urgência tem um plano a formação que tem como finalidade dar resposta e ir de encontro das necessidades formativas dos enfermeiros e foi neste âmbito e enquadrado no plano de formação de serviço que foi realizada uma ação de formação já referida anteriormente.

Queremos realçar que é importante reforçar a procura e atualização dos conhecimentos e a sua aplicação na tomada de decisão. Todo este percurso de Mestrado de Enfermagem de Pessoa em Situação crítica constitui uma fase de grande crescimento profissional e realização pessoal.

2.2 – Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

Face aos novos desafios, o investimento na especialização dos prestadores de cuidados de saúde aumentou consideravelmente devido à necessidade de os dotar de conhecimentos acrescidos, com o intuito de aumentar a produtividade em melhores cuidados de saúde prestados. A exigência de diferenciação e especialização nos cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de enfermagem apresentam uma posição de grande destaque, pois segundo a ordem dos enfermeiros através do regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro, as competências específicas do enfermeiro especialista “são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, art.3º).

Em relação às competências específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, estão descritas no regulamento nº 429/2018, e os cuidados prestados são “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais

em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

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.

Ainda de acordo com a ordem dos enfermeiros as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem da PSC são as seguintes: Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Segue-se agora uma reflexão crítica referente às competências supracitadas adquiridas no decorrer do estágio realizado.

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

O Serviço de Urgência ao longo do tempo tornou-se na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde, caracterizando-se por um contexto de intervenção onde a adaptação e a imprevisibilidade são uma constante, exigindo assim aos enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica uma resposta eficaz e eficiente em tempo útil com o intuito permanentemente da qualidade dos cuidados de Enfermagem. (Noivo, 2015). Este SU presta cuidados num nível mais referenciado (SUP) como já referido, que dá resposta às situações de Urgência e Emergência e conseqüentemente, é um serviço com imensas possibilidades de prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Neste sentido 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, que vai de acordo com o regulamento citado. Constatamos durante o estágio que o enfermeiro especialista é um elemento de extrema importância e uma referência na equipa, pois coordena e avalia intervenções de grande responsabilidade, gere recursos a vários níveis, inteira-se da situação clínica dos utentes com o intuito de promover a informação, dando respostas diminuindo a ansiedade da família.

Por forma a alcançar os objetivos para esta competência, durante o ensino clínico, damos primazia à permanência na sala de emergência. Foi-nos facilitador de atuação em diversas situações o facto de já possuímos experiência previa na área ao longo de 8 anos do percurso profissional, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), mas constatamos que em contexto de sala de emergência a abordagem inicial do doente é bastante distinta. A primeira abordagem realizada ao doente é nossa e a avaliação inicial nos primeiros minutos de contacto com o doente é essencial.

Foram prestados cuidados ao doente crítico com antecipação, identificaram-se os focos de instabilidade e sua instalação. Prestaram-se cuidados diferenciados na SE, abordagem à vítima de trauma, e aplicação de protocolos de vias verdes (via verde Coronária, AVC, Trauma, Sepsis) e realizou-se o SAV em contexto de paragem cardiorrespiratória entre outros. Grande parte dos doentes deu entrada na sala de emergência acompanhados por equipas de pré-hospitalar e já referenciados para ativação das vias verdes e a prestação de cuidados realizaram-se, desde a entrada do doente na sala de emergência, a realização da avaliação primária com a abordagem ABCDE; a avaliação secundária; a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem esquematizado tendo em conta os focos de instabilidade identificados; a vigilância e monitorização contínua; a colaboração com a equipa na realização de técnicas invasivas de diagnóstico e/ou tratamento como ventilação invasiva, linha arterial, punção lombar, cateter central; a colaboração na transferência do doente para outra unidade de cuidados, helitransportados ou transferência intra-hospitalar; o acompanhamento da pessoa durante a realização de exames complementares de diagnóstico; e por fim e não menos importante prestação de cuidados à pessoa em fase final de vida e à sua família.

Queremos realçar a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na via verde Trauma, área de interesse pessoal e situação vivenciada de uma forma intensa durante o estágio, consideramos que para tal foi de grande utilidade a aprendizagem e consolidação de conhecimentos adquiridos durante a formação teórica do MEPSC. Segundo a Organização mundial de saúde (OMS,2004) o trauma é considerado um dos maiores problemas de saúde a nível mundial (...), o trauma pode ser descrito como "um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual." Emergency Nurses Association (ENA, 2019).

Num estudo realizado por vários enfermeiros especialistas, consideram que o enfermeiro é o agente primordial nos cuidados à pessoa vítima de trauma, tendo por base as várias definições e a importância transversal da enfermagem na vida dos utentes e da família em situações de transição saúde/doença. Consideram também importante "a continuação do desenvolvimento de investigação e investimento de formação dos Enfermeiros nesta área de modo a que possamos ser atores ativos na melhoria de cuidados à pessoa vítima de trauma". Como conclusão desse estudo "os enfermeiros consideram a VVT uma ferramenta que conduz a vantagens importantes a nível dos cuidados à pessoa vítima de trauma, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir." (Almeida, et al. 2020),

Não podíamos deixar de referir que durante este estágio a gestão da Dor, foi uma preocupação constante na prestação de cuidados à PSC, pois a dor é uma das maiores causas dos utentes se dirigirem ao SU e o enfermeiro quer pela prestação direta de cuidados, quer pela proximidade do utente encontra-se numa posição privilegiada na prevenção e controlo da dor e consequentemente aumentar a qualidade de vida do utente.

A International Association for the Study of Pain (2018), refere que a dor só existe quando a própria pessoa a reporta, ou seja a dor é de natureza subjetiva, pois a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a reais ou potenciais lesões. Segundo um estudo realizado por: Mota,

M. et al (2020), sobre “Gestão da Dor na Prática de Enfermagem no Serviço de Urgência, concluem que “A complexidade do fenómeno dor e a subjetividade subjacente são as principais barreiras à sua correta avaliação”. Idem. É crucial efetuar uma avaliação cuidada, criteriosa e sistematizada, recorrendo ao uso das escalas recomendadas. A atualização da formação continua relacionada com a gestão da dor deve ser uma constante para assim as práticas sejam baseadas nas melhores evidências científicas. E ainda segundo os mesmos investigadores “o nível de conhecimentos tem uma relação estreita com as boas práticas na gestão da dor. Para o efeito, a formação é pilar fundamental para o tratamento da dor.” Idem.

E por último e também de grande importância, há que referir que na vertente do doente crítico na SE, a comunicação fica 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. A comunicação com a família/cuidador por parte do enfermeiro é fundamental para compreender as razões que levaram o doente a recorrer ao serviço de urgência. Segundo Dec. Lei n.º 156, (2015) a gestão da comunicação é muito importante e de grande relevância no processo complexo da doença, não apenas para a pessoa em situação crítica, como também 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 e numa comunidade.

Para 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. Neste seguimento durante o estágio reforçamos os ganhos em saúde e contribuimos na evolução da situação clínica, utilizando estratégias de comunicação com o doente/família estabelecendo relações terapêuticas favoráveis e assim aumentar a qualidade de cuidados prestados.

Para concluir e de acordo com: (Assenheimer A, et al, 2018): “(...) a comunicação interpessoal na Estratégia Saúde da Família, é uma ferramenta para disseminação do conhecimento, de acolhimento e de humanização que necessita ser abordado em toda a sua dimensão para aprimorar o processo de

trabalho. (...) A Comunicação é essencial para humanização do cuidado, que também envolve o cuidar de si para melhor cuidar do outro (...).” Ao longo do estágio foi possível estabelecer comunicação com a pessoa em situação crítica e família, permitindo identificar as suas necessidades e fundamentar a relação terapêutica.

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

Na literatura consultada a definição de catástrofe é ampla e de grande complexidade, é vista como um desastre ou acidente em várias publicações e artigos não só a nível nacional como também internacionalmente.

Para” Sojos A., et al (2017, p. 1). Citando OMS, catástrofe é “*cualquier fenómeno que provoca daños, perjuicios económicos, pérdidas de vidas humanas, deterioro de la salud y pérdida de servicios sanitarios*”

De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, no artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, aprovada pela Assembleia da República Portuguesa a 3 de agosto de 2015, p.5316, catástrofe é definida como “(...) 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.” Esta lei diz ainda uma emergência com múltiplas vítimas vai alterar o funcionamento normal dos serviços de urgência, obrigando a um conjunto de procedimentos médicos, usando os melhores recursos disponíveis, com o objetivo de prestar cuidados com qualidade e salvando o maior número de vítimas. Neste sentido é necessário que os prestadores de cuidados tenham capacidades físicas e psicológicas e saibam como proceder, definido previamente uma evacuação e um local para a prestação de cuidados imediatos médicos/cirúrgicos, realizando uma triagem eficaz, elaborando um plano rápido e objetivo. Mas tudo isto só é possível se todos os profissionais de saúde sejam detentores de formação especializada e se realizarem simulacros na instituição. (Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. 2015).

Mas segundo Labrague, L. J., et al. (2018), as evidências científicas sugerem que os enfermeiros que deviam estar preparados adequadamente, apesar de existir um aumento de iniciativas nesse sentido, os enfermeiros apresentam uma baixa de preparação para dar resposta a desastres.

Neste contexto o enfermeiro EPSC também tem um papel primordial, pois é o que se encontra na linha da frente, e perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios da prática de crime”. (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Neste sentido durante o estágio não foi possível participar ou presenciar nenhuma situação de catástrofe/emergência multivítimas, mas realizei como já referido anteriormente, um projeto de intervenção no serviço que vai de encontro ao regulamento em cima mencionado, no que diz respeito á preservação dos vestígios de indícios de crime. Neste seguimento salientamos a Enfermagem Forense que segundo Gomes A. (2020) existe a equipa de intervenção em catástrofe da medicina legal portuguesa, á qual o enfermeiro forense faz parte, que está inserida no grupo de saúde e evacuação secundária no quadro do plano nacional de emergência e é coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Medico (I.N.E.M.)

O CHTMAD, possui um plano de imergência interno de catástrofe, todos os profissionais de saúde receberam formação sobre esse plano de catástrofe interno, e existem mesmo profissionais previamente nomeados e formados como coordenadores e chefes de equipa de intervenção para desta forma saberem agir, coordenar e comunicar informações referentes á evolução da situação em caso de catástrofe. No SU existe um kit de preparação para situações de catástrofe, protocolos e algoritmos tendo como finalidade prestar assistência às vítimas, de acordo com a possibilidade de sobrevivência, estabelecendo prioridades de atuação e saber se necessário como assegurar meios de evacuação e transporte. Foi-nos facultado uma formação durante o estágio no SU sobre a localização, funcionamento e toda a dinâmica do plano de catástrofe e relatados factos que nos permitiu perceber que em situações de

catástrofe/multivítimas é de extrema importância ter conhecimento dos protocolos existentes assim como manter as redes de comunicação operacionais que garanta uma rápida atuação eficiente e coordenada.

Considerando tudo o que foi escrito sobre catástrofe, colocamos a seguinte questão: podemos considerar a pandemia causada pelo covid 19 uma catástrofe? Segundo carvalho, (2020), a sociedade humana é o principal responsável pelas catástrofes existentes que podem ser causadas por fenómenos naturais, mas em contrapartida algumas podem ser causadas e potenciadas pela “ação humana, através do seu próprio processo de desenvolvimento e do uso indevido das tecnologias e/ou da incorreta percepção dos impactos das suas descobertas”. Neste contexto podemos considerar esta pandemia pode ser uma catástrofe como o título do livro deste autor” A Catástrofe com Face Humana”. Carvalho, E., J., (julho 2020).

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Chegamos à última competência descrita no regulamento supracitado de competências Especificas do Enfermeiro EEPSC e” considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, á complexidade das situações e á diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnostico e terapêutico, para a manutenção de vida da pessoa em situação critica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos”. (Regulamento 429/2018, de 16 de julho de 2018). Atendendo a este risco aumentado de infeção, o enfermeiro especialista deve garantir e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação critica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saude (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobiano (RAM) apresentam uma ameaça á saúde publica com impacto a nível nacional e

mundial, pois as implicações destas infeções nos utentes, unidade de saúde e comunidade são preocupantes e levam a um aumento da morbilidade e a mortalidade e conseqüentemente o prolongamento do tempo de internamento provocando um aumento de custos em saúde. Neste seguimento é muito importante que qualquer país ou unidade de saúde não ignorem as implicações destas infeções. (DGS, 2018).

A Direção Geral da Saude, (2007) define Infeção Associada aos Cuidados de Saude (IACS) como uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.”

Importa assim realçar que em 2013 nasceu O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) através do despacho n.º 2902/2013, onde se deu a fusão do Programa Nacional e de Controlo de Infeção (PNCI) com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA), programas com objetivos e estratégias comuns para reduzir as IACS e o consumo de antimicrobianos. O PPCIRA traçou os seguintes objetivos até 2020: Melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS; Melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos; diminuir a resistência aos antimicrobianos. (DGS, 2018).

Ainda segundo a DGS no âmbito da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas em Controlo de Infeção (PBCI), desde 2014 que é recomendado que todas as unidades de saúde realizem uma auditoria interna anual à qualidade dos processos e das estruturas das PBCI, assim como já no âmbito do PPCIRA, campanha de Higiene das mãos. Importa assim explicitar que as PBCI, estão cimentadas num “conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, devendo ser implementadas de acordo com os procedimentos clínicos realizados e riscos inerentes aos mesmos, tendo como objetivo máximo prevenir a transmissão cruzada de IACS” (DGS, 2018, p.6)

É assim, missão do PPCIRA “promover a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, principalmente através da prevenção da sua transmissão, e a criação de condições para uma redução

das resistências aos antimicrobianos, principalmente promovendo o uso correto destes fármacos”. “(...) 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).

Neste contexto, não podíamos deixar de fazer referência á nova realidade em que vivemos, neste último ano de pandemia todo os elementos do PPCIRA tiveram um papel principal e fundamental no combate ás Infeções Associadas aos Cuidados de Saude (IACS), neste caso infeção causada pelo SARSCoV-2. Segundo estudo realizado por Oliveira S.C.E., Silva P.F., Pereira F.B.E., Oliveira C. R. (2020), esta pandemia tem vindo a criar algum impasse em ações da comissão de controle de infeção, pois existe a necessidade de construir protocolos, fluxogramas, tomada de decisão imediata de acordo com as situações, com o objetivo de controlar a disseminação do vírus e conseqüentemente proteger os profissionais de saúde envolvidos na linha da frente. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada por enfermeiros executores da comissão de controle de infeção hospitalar e as autoras referem que: "As medidas de prevenção e controle do SARSCoV-2 engloba três níveis de atuação dos enfermeiros: assistencial, gestão e da CCIH, que inter-relacionados e sinérgicos buscam as melhores evidências a serem implementadas" e concluem que: "em um hospital público, no combate ao novo coronavírus o cenário atual exigiu da comissão de controle de infeção hospitalar desenvolver competências e ações para o enfrentamento do novo coronavírus e a implementação de um plano de contingência no ambiente hospitalar."

No serviço de urgência onde decorreu este estágio, o grupo de coordenação local do PPCIRA é constituído por uma equipa multidisciplinar, com um papel ativo em relação á 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. E também este grupo de PPCIRA trabalhou indo de encontro ao referido no estudo anterior, teve um papel fulcral neste momento pandémico e continua a trabalhar no sentido de prevenir e disseminar o vírus.

Os cuidados de enfermagem prestados em contexto de urgência muitas vezes são realizados com escassos recursos e tempo reduzido, em situações em que a vida do utente se encontra em risco, tem de se estabelecer prioridades e o controlo de infeção é colocado um pouco de lado como constatado durante este estágio. Nesse sentido foi diagnosticada a necessidade do serviço e sugerido ao Enfermeiro Gestor no âmbito da formação de serviço a realização de formação na área da prevenção e controle de infeções associadas aos cuidados prestados pelos profissionais por exemplo, cuidados prestados ao cateter vesical, colocação e manutenção de cateter venoso central, arterial e periférico.

Assim, ao longo do estágio consideramos essencial e de extrema importância a consulta fidedigna e baseada em evidencias científicas emanadas por entidades competentes nesta área, Neste sentido prestamos cuidados em conformidade com as normas referentes aos “Feixes de Intervenção” recomendados pela DGS, nomeadamente a norma nº 021/2015 que reporta á prevenção de pneumonia associada á intubação, a norma nº 022/2015 que reporta á prevenção de infeção relacionada com CVC, a norma nº 019/2015 que reporta á prevenção de infeção urinaria a cateter vesical (CV).

Durante o estágio foram desenvolvidos esforços por manter a prestação de cuidados no estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção, e nesta situação pandémica em que foi desenvolvido todo o estágio demos primazia á higienização das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e atuar em conformidade com o objetivo primordial da segurança do utente e da nossa como profissionais de saúde a agindo sempre seguindo sempre todas as recomendações da DGS.

O início do ano de 2021 foi complexo, foi o início de um estágio conjuntamente com uma fase pandémica muito complicada e a conjugação da vida académica, com a vida pessoal e profissional nem sempre foi fácil. Para colmatar essa dificuldade realçamos o importante papel do orientador de estágio que conduziu a nossa aprendizagem de forma a potenciar o desenvolvimento das competências de Enfermeiro EEPSC. Duas experiências distintas profissionalmente, mas que enriqueceram não só a nível de conhecimentos e competências, mas também e não menos importante a capacidade de determinação, tomada de

decisão, controlo emocional, de vencer o medo e a resiliência. Mas a vida é um constante desafio e quanto maior o desafio, maior o grau de satisfação quando este é concretizado.

Para finalizar esta análise e reflexão crítica do desenvolvimento das competências de EEPSC durante o estágio, deixamos um excerto de um artigo de perspetiva, á qual concordamos, realizado por vários enfermeiros de um hospital português, referem que, “Em 2020, os cuidados de enfermagem reforçaram o seu papel para um bom funcionamento dos serviços de saúde, ao serem imprescindíveis para uma boa resposta dos mesmos. Este ano demonstrou ser, de facto, o ano da Enfermagem, mas também, e sobretudo, da importância do trabalho em equipa. (Parreira T.S, Ribeiro G, Coelho J, Borges 2020).

Em suma, é essencial que os enfermeiros sejam detentores de conhecimentos e formação para poderem agir adequadamente nas várias situações e potenciar o aumento da qualidade e eficiência da prestação de cuidados de enfermagem. E como referido a elaboração deste relatório tem por base o tema: “Uniformização de cuidados na Preservação e Recolha de Vestígios Forenses no serviço de urgência geral.”. pois durante o estágio verificamos que esta área apresentava deficit de conhecimentos e nesse sentido houve necessidade da elaboração de um projeto de intervenção no serviço recorrendo essencialmente á pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Nos pontos seguintes vamos fazer uma revisão da literatura sobre o tema e apresentar o projeto de intervenção no serviço com metodologia de trabalho de projeto, desenvolvendo as várias etapas que o constituem.

PARTE II– PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

1 - ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste ponto iram ser abordados os aspetos considerados mais relevantes para dar resposta aos objetivos deste estudo. Realizou-se uma revisão da literatura nesta primeira parte, fundamentação teórica, com o intuito de saber o estado atual dos conhecimentos relativos ao assunto, adquirindo bases teóricas e conceptuais onde a investigação irá assentar (Fortin, et al., 2009).

1.1 – Enfermagem Forense - Definição

O conceito de Enfermagem Forense deve-se à fundadora e primeira presidente da Internacional Association of Forensic Nurses, Enfermeira Virgínia Lynch, também detentora de uma vasta obra nesta área (Sheridan et al. 2011).

Lynch, define enfermagem forense, “ *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*” (Lynch,2011, p. 5)

Segundo a Internacional Association of Forensic Nurses, a “Enfermagem Forense é a prática global da enfermagem, quando intercepta o sistema de saúde e o sistema legal” (Gomes, 2017).

A Enfermagem Forense concilia princípios gerais de enfermagem com princípios das ciências forenses tradicionais. Possibilita cuidados diretos às vítimas, agressor e testemunhas de situações de violência num contexto clínico forense, aplicando a ciência forense aos cuidados de enfermagem prestados (APEFORENSE, 2012).

Segundo Gomes (2016) “a Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Publica.”

1.2 - Contextualização e atualidade em Portugal

A Enfermagem Forense em Portugal, ao contrário dos EUA e outros países da Europa, é pouco conhecida. Ainda que muitos enfermeiros prestem cuidados a vítimas de violência, não existe formação específica e adequada na área, daí que exista um longo percurso para percorrer (Simões, 2010).

O investimento dos enfermeiros na área Forense não surge por acaso. Enquanto profissionais de saúde na sua vertente holística, têm a responsabilidade e o dever de colaborar com a justiça e dar resposta ao que é preconizado na íntegra no código deontológico: “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 contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (ordem dos enfermeiros, 2009).

Enfermagem forense surge associada ao saber técnico e científico de enfermagem como uma nova prática de enfermagem e coloca o enfermeiro como um elemento crucial no sistema judicial (Cunha, Libório, & Coelho, 2016; Gomes, 2014; Lynch & Duval, 2011).

Assim, a Enfermagem teve a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às vítimas de violência e trauma, pois estes podem ter implicações legais, relacionado com a preservação de vestígios, apoio psicológico e encaminhamento para as entidades judicial e social e é desta forma que surge a criação da competência em Enfermagem Forense. A atribuição desta competência decorre dos critérios científicos definidos pela IAFN, APEFORENSE e pela OE (Gomes, 2014).

Foi em 2009 que surgiu a primeira pós-graduação em Enfermagem Forense, pois até aí todas as pós-graduações e mestrados na área forense não admitiam enfermeiros. Atualmente existem algumas escolas de enfermagem que desenvolvem pós-graduações em enfermagem forense, têm promovido

atividades extracurriculares na área, principalmente conferências e palestras em congressos. À semelhança de outras a Escola Superior de Enfermagem do Minho além das atividades extracurriculares referidas, o Mestrado de Pessoa em Situação Crítica inclui formação sobre Enfermagem Forense.

Após realizarmos pesquisa bibliográfica sobre esta temática e como diferentes trabalhos de investigação evidenciam, os enfermeiros nem sempre apresentam conhecimentos para prestar cuidados em cenários Forenses (Cunha, Libório, & Coelho, 2016; Martins, 2017; Lynch & Duval, 2011).

Sendo assim e segundo Lynch, o enfermeiro deverá ser detentor de conhecimentos para identificar os sinais de violência. (Lynch, & Duval, 2011).

1.3 – Conceitos de provas e vestígios

No dicionário da língua portuguesa, prova é aquilo que se mostra ou confirma a verdade de um facto, uma demonstração, testemunho ou marca. Vestígio é também uma marca, indício ou sinal de algo que aconteceu (Porto Editora).

No artigo nº 341 do Código Civil Português (CCP), menciona que “a prova tem por função a demonstração da realidade dos factos”. Portanto a prova é uma evidência, um indício que permite determinar a verdade. Um vestígio também pode ser uma prova, mas menos visível e mais frágil (Braz, 2013).

Para Lynch & Duval (2011) o tribunal reconhece três tipos de provas: real (objetos visíveis), circunstancial (prova física ou declarações de testemunhas) e direta (testemunha que observou primeiro o evento).

As provas e os vestígios físicos podem englobar, tanto da vítima como do agressor, armas e fragmentos de engenhos explosivos, documentos, roupas, fluidos corporais, fibras e outros. (Lynch & Duval, 2011; Braz, 2013).

A palavra “vestígio” de origem latina deriva da palavra *vestigium* que significa, rasto, pista, sinal. Ferrari (2012) citado por Gomes, define vestígio de uma forma mais abrangente e adequada às ciências forenses, como “qualquer produto de agente ou evento provocador” (Gomes, 2016). O que nos permite pensar que o vestígio pode ser tudo o que está presente no local do crime.

Segundo Galvão (2006), pode definir-se vestígios de acordo com a sua origem de *lofoscópicos* (impressões digitais, palmares e plantares), *biológicos* (sangue, saliva, sémen, secreções, ossadas, cabelos, pelo e outros), ou *físico-químicos* (armas de fogo, objetos perfurantes, cortantes, rastos de pneus). Sendo assim os vestígios podem ser todas as marcas, sinais, objetos que são imprescindíveis na descoberta da verdade e o autor do crime (Galvão 2006).

Segundo Edmund Locard os vestígios são as “testemunhas mudas do crime” (Locard, 1939) e estabeleceu um princípio que designou como Princípio de Locard, que menciona o seguinte: “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”. Sendo assim, os corpos em contato com pessoas ou objetos, transferem partículas entre si, (princípio da transferência) que podem ser visíveis através de microscópio ou reagentes usados em laboratório. (Newton, 2008).

1.4 – Recolha e preservação de vestígios em meio hospitalar

Nos últimos tempos em Portugal temos notado um aumento de ocorrência de pessoas ao serviço de urgência envolvidas em atos violentos.

No momento em que um utente dá entrada num serviço de urgência, as queixas, lesões, o que o motivou a ocorrência á unidade hospitalar e todo o tratamento e exames efetuados ficam registados no processo clínico do utente. Registos que podem vir a ser usados como informação médico-legal ou pericial no caso de um futuro processo judicial. Para existir uma correta recolha de evidências o primeiro passo a seguir

é uma documentação completa onde deve constar os registos e as observações do paciente de como e quando deu entrada no serviço. (Lynch,2006).

A prioridade da equipa multidisciplinar, de profissionais de saúde, no momento de intervenção á vítima é a prestação de cuidados de saúde (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 vítima e eventuais agressores (Lynch & Duval 2011).

Neste sentido a existência de protocolos específicos na abordagem a vítima é considerado fundamental, de forma a combinar a assistência clínica com os procedimentos da investigação judicial (Lourenço, 2004). Em relação á recolha e preservação de vestígios em vítimas de crime, embora seja da competência das autoridades (Sheridan et al. 2011), nem sempre estes são os primeiros a contactar com a vítima, mas sim os profissionais que prestam assistência imediata (Lynch & Duval 2011).

Portanto, é importante realçar a existência de princípios que se aplicam no atendimento no serviço de urgência, que tem como finalidade orientar os profissionais de saúde, tais como:

- I. Retirar corretamente a roupa, cortar sempre pelas costuras longe do local se lesão;
- II. Evitar sacos de plástico na recolha e preservação de vestígios biológicos, para assim evitar a aceleração da degradação;
- III. Realizar uma descrição correta e pormenorizada de todas as lesões em documento próprio.

(Sheridan et al. 2011; Lynch & Duval 2011).

O enfermeiro deve usar equipamentos de proteção individual (EPI) para acautelar a contaminação dos vestígios forenses tendo sempre presente o Princípio de Locard (Lynch & Duval 2011; Gomes, 2014).

As provas depois de recolhidas são entregues ás autoridades policiais caso estejam presentes, confirmando e fazendo o registo a quem e o que foi entregue, dando continuidade á cadeia de custódia.

Na ausência das autoridades, as provas e o espólio, devem ser armazenadas em cofre existente no serviço para esse fim. Após 24 horas da existência dessas provas no serviço devem ser contactadas as autoridades locais (Gonçalves, 2011)

1.5 – Cadeia de custódia

Segundo Virgínia Lynch, “os documentos da cadeia de custódia interligam todas as pessoas que manipulam os vestígios ou entraram em contato com estes (...) A transferência ou deslocação de vestígios, de um lado para o outro, deverão estar devidamente documentados e, por sua vez, dever-se-á certificar sempre que estes últimos acompanham os vestígios, em todos os seus percursos” (Lynch, 2006, p.101).

Num processo de investigação criminal, a cadeia de custódia da prova é o elemento chave para definir com o respetivo registo documental, a linha cronológica de um vestígio de modo a preservar a sua integridade para que o potencial da prova que esse vestígio contém seja em toda essa linha cronológica passível de ser eleito como elemento provatório (Bráz, 2013, p. 224).

No contexto da prática clínica, a cadeia custódia inicia-se no momento em que o profissional faz a recolha do vestígio (Hammer R. M., Pagliaro, E., & Moynihan, B., 2006). A colheita, o armazenamento e o transporte têm de ser corretamente documentados, assim como cada vez que o vestígio mude de mãos tem de ser registado e assinado por ambas as partes (Sheridan et. al, 2011).

Os vestígios devem ser acondicionados e transportados sempre em condições que não coloquem em causa o seu isolamento e inviolabilidade. Sempre que seja necessário a abertura do contentor do vestígio, essa operação deve ficar registada onde conste o local, o momento e quem manipulou para garantir assim a sua memória cronológica (Bráz, 2013). Portanto para garantir a qualidade e o valor probatório dos vestígios é imperativo a manutenção da cadeia de custódia (Galvão da Silva, 2006).

Sendo assim para que a cadeia de custódia seja mantida é necessário cumprir requisitos e documentos rigorosamente para atestar que o crime está relacionado com a evidencia e assim diminuir as probabilidades de futuras alegações adulteradas ou má conduta, de forma a que a investigação criminal não seja comprometida (Schub, & Balderrama, 2017).

Assim a cadeia de custodia pretende provar que não houve alterações nos vestígios desde a colheita até ao momento que entra no laboratório, portanto os vestígios são uma amostra viável com valor probatório (Braz, 2013).

2 – METODOLOGIA DE TRABALHO PROJETO

A realização de um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) tem como base a Metodologia de Trabalho Projeto (MTP), que segundo Ruivo M.; FERRITO, C; Nunes L. (2010, p.2) *“baseia-se num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”*, promovendo assim uma prática baseada na evidência. É definido como *“conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”* (Ruivo, et al 2010, p.3). O trabalho projeto permite realizar uma ligação entre a teoria e a prática de uma forma dinâmica e conseqüentemente um desenvolvimento específico das competências, tornando-se assim uma metodologia de extrema importância para o estudante.

Também Mateus, (2011, p.3) vai de encontro com a definição supracitada, definindo trabalho projeto como sendo *“uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas reais e pertinentes, que permite criar uma nova relação entre a prática e a teoria”*

O investigador e outros intervenientes do projeto necessitam de planificar o projeto com rigor para servir de orientação e não se dispersarem do trabalho a desenvolver, toda essa planificação deve ser realizada no momento da pesquisa e é fulcral o projeto responder a questões, nomeadamente, como? Porquê? Para que? Para quem? Onde? Com quê? Quando? Quanto? Quem? (Lakatos & Marconi, 1992)

Assim, o projeto é *“um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”* (Ruivo, et al 2010, p.3). Segundo bibliografia consultada e vários autores a Metodologia de Trabalho de Projeto é constituído por várias fases que segundo (Espada, 2015) não devem ser consideradas como estanques, mas sim como fases que se interligam entre si devendo existir um fio condutor entre elas. Para Ruivo, et al (2010, p.3). MTP é constituído por 5 fases: o *“diagnóstico da situação”*, *“definição de objetivos”*, *“planeamento”*, *“execução”*, *“avaliação e divulgação de resultados”*. É com base nessas fases, que nos pontos seguintes

é realizada uma descrição pormenorizada do que foi realizado em todas as etapas do trabalho projeto (TP).

2.1 – Diagnostico de situação

Após a fase concetual é essencial analisar e avaliar o local e contexto em que o trabalho irá decorrer no sentido de compreender a sua pertinência e melhor forma de o realizar. O Diagnóstico de Situação surge como a primeira etapa da metodologia de projeto e segundo Ruivo et al., (2010, p.10), “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”. É nesta etapa que se faz uma análise integrada das necessidades da população em estudo para assim, criar e desenvolver estratégias para colmatar essas necessidades. (Lakatos &Marconi, 1992) O diagnostico da situação deve primar pela rapidez de realização, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e contemplar a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa que da mesma forma contribuirá para a mudança pretendida.

Tendo em conta que este é um trabalho projeto inserido no âmbito da saúde, deve ser realizada uma análise relativamente às necessidades da população, de modo a que seja possível o desenvolvimento de intervenções e estratégias. O planeamento deve ser a longo prazo e deverá ser sucinto, exequível e requerem uma avaliação periódica de qualidade. Assim, para que seja feito um diagnóstico da situação o enfermeiro, deve-se recorrer a vários métodos, como é o caso da: observação, questionários, escalas de avaliação, escalas de ordenação, entrevistas, cadeia de valores, analise Swot e outros (Ruivo, et al 2010).

O tema Enfermagem Forense no serviço de urgência - “Uniformização de Cuidados na Recolha e Preservação de vestígios”, surge de entre vários temas idealizados e passíveis de serem trabalhados no projeto de intervenção, era um tema já trabalhado no pré-projecto e uma área de grande interesse quer pessoal quer a nível do serviço de urgência, pois neste serviço o enfermeiro tem como objetivo e dever principal, manter a vida e promover a saúde das pessoas que recorrem ao serviço, mas na sua prática

clínica são regularmente confrontados com situações cuja perspectiva legal requer uma abordagem adequada ao utente.

Sendo assim, concordamos com Lynch & Duval (2011) defendem, que a prestação de cuidados efetuada pelos profissionais de saúde não se deve limitar a cuidados físicos e emocionais, mas sim alargar o leque de cuidados de uma forma holística do utente, como o corpo, a mente, o espírito e a lei.

Assim, a primeira etapa foi conhecer e compreender a realidade atual do serviço de urgência, ao nível da Uniformização de Cuidados na Recolha e Preservação de vestígios Forenses, de forma a realizar um diagnóstico de situação o mais correto possível. Para realizarmos o diagnóstico da situação recorremos a dois métodos: realização de uma Casuística de potenciais casos forenses que deram entrada no CHTMAD e uma Análise *Swot*.

Desta forma, o início de Estágio permitiu a observação e apreciação do contexto e da prestação de cuidados de enfermagem, através da integração na equipa multiprofissional assim como de consulta de normas de procedimento/protocolos de enfermagem, existentes no serviço. Constatamos que não existia uniformização dos cuidados de enfermagem na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses assim como a ausência de normas de procedimentos/protocolos específicos nesta área. Seguidamente decidimos abordar o assunto informalmente com alguns enfermeiros do SU, com o orientador de estágio e o enfermeiro gestor para verificarmos se este tema era pertinente, se existiam lacunas no conhecimento do tema e obtivemos um *feedback* positivo quanto ao tema e constatamos défice de conhecimentos na área.

Zoboli, Elma. (2013), refere que a Casuística, analisa os prolemas éticos através “de procedimentos de equacionamento baseados em paradigmas, analogias e opiniões de especialistas sobre a existência e rigor das obrigações morais, em situações particulares.”, é um método que tem origem na compreensão do caso clínico, proporciona decisões concretas, indicando um sentido de execução com o propósito de

solucionar o problema ético em foco. Em ciências da saúde, o termo é utilizado para relatórios clínicos de casos particulares.

Para avaliarmos a dimensão do fenómeno em análise utilizamos como já referido o método de análise casuística, através de uma base de dados estatísticos cedidos pelo Gestor de departamento de urgência e emergência do CHTMAD. Procedeu-se ao tratamento desses dados estatísticos através do programa Excel, que posteriormente foram analisados e apresentados graficamente no serviço de urgência.

Os dados são referentes ao período de 01 janeiro de 2017 até 31 de dezembro de 2020, analisando-se nas diferentes variáveis: quantidade de potenciais casos forenses no CHTMAD, quantidade de potenciais casos por unidade do CHTMAD, potenciais casos forenses mais comuns, comparação dos anos em análise dos potenciais casos forenses, análise quanto ao género, análise quanto ao género/causa, quanto à faixa etária, quanto à idade de destaque, comparação de concelhos dos potenciais casos forenses, comparação de concelhos da percentagem de potenciais casos forenses por cada 100 habitantes, comparação de concelhos da percentagem de potenciais casos forenses que consideramos mais ligados à violência por cada 100 habitantes e por fim analisar qual o destino das vítimas. Realizada a análise estatística concluímos que a taxa de potenciais casos forenses referente apenas aos concelhos da área abrangente do CHTMAD é de 7% como mostra a tabela nº 1.

Tabela 1 - % de potenciais casos forenses nos concelhos da área de abrangência do CHTMAD

| % DE POTENCIAIS CASOS FORENSES NOS CONCELHOS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CHTMAD | |
|---|---------|
| POPULAÇÃO TOTAL DOS CONCELHOS DO CHTMAD | 252 556 |
| POTENCIAIS CASOS FORENSES | 18058 |
| % DE POTENCIAIS CASOS FORENSES/ POPULAÇÃO | 7% |

Perante este número e após a análise casuística, constatamos que a percentagem de potenciais casos forenses do CHTMAD é significativa comparada com a taxa media nacional de criminologia no que se refere á violência doméstica, agressão e violação. Segundo o relatório anual de segurança interno, no ano de 2019 Portugal continental e regiões autónomas registaram um ligeiro aumento da criminalidade geral (3%) e da criminalidade violenta e grave (0.7%), sustentada por um aumento de participações. No que se refere aos crimes violentos a graves a violação aparece em 7º lugar da tabela de 11 tipos de crimes no ano 2019, e Vila Real, de 20 distritos, aparece em 13º lugar com 132 participações. Na criminalidade geral, a violência doméstica, lidera a tabela de 18 tipos de crime, em que Vila Real de 20 distritos aparece em 15º lugar com 4725 participações. Realçamos que, no distrito de Vila Real, dentro dos 15 tipos de crimes participados, a violência doméstica aparece em 2º lugar da tabela atrás do crime de incendio e fogo posto e os concelhos com maior número são Vila Real, Chaves e Valpaços. (Interna, Sistema de Segurança 2019).

No período 2017-2019 como referido recorreram ao serviço de urgência 20512 vítimas de potenciais casos forenses apresentado no gráfico 1. Tendo o CHTMAD uma abrangência distrital e localizado numa cidade que possui a universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) as vítimas podem ser naturais de vários distritos e concelhos do país, e por o ser um leque enorme, decidimos analisar apenas os concelhos que fazem parte da área de abrangência do CHTMAD.

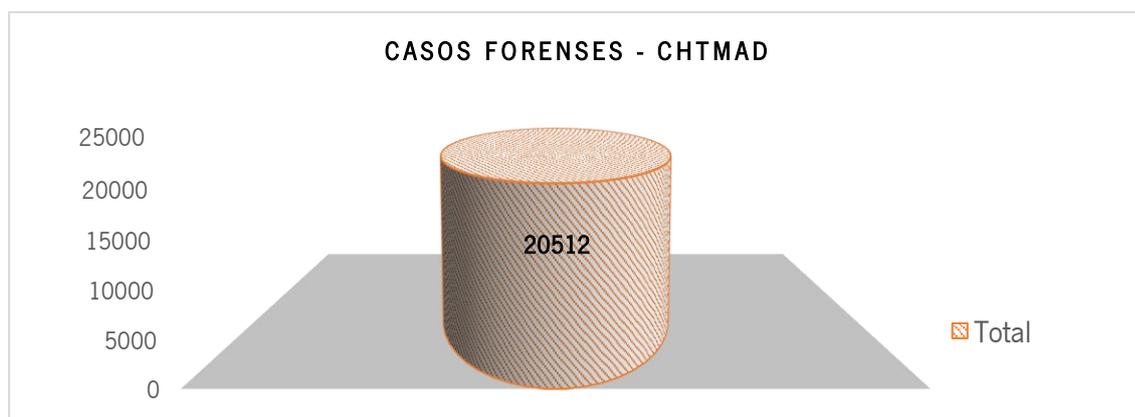


Gráfico 1 - Potenciais Casos Forenses do CHTMAD em 2017-2020 (n=20512)

Saber apenas o número total de potenciais casos forenses no CHTMAD, pareceu-nos ser uma casuística incompleta e pobre e decidimos analisar outras variáveis. Decidimos então saber quantos casos é que existem por unidade pertencentes ao CHTMAD e concluímos que a unidade de Vila Real era a unidade com mais casos seguidamente da unidade de Chaves e por fim, curiosamente, também a urgência obstétrica entrava na casuística de potenciais casos forenses, como mostra a tabela nº 2.

Tabela 2 - Potenciais casos Forenses por unidade do CHTMAD

| UNIDADES DO CHTMAD | Nº DE CASOS |
|---------------------------|--------------------|
| URGÊNCIA OBSTÉTRICA | 37 |
| SU – LAMEGO | 4223 |
| SU GERAL – CHAVES | 4696 |
| URGÊNCIA GERAL | 11288 |
| | |

Além de saber o número de potenciais casos era muito importante, antes de avançar na casuística, sabermos que tipos de categorias forenses eram recorrentes no CHTMAD e constatamos que ia de encontro com o que Pasqualone (1998) citado por Gomes A. (2014) refere, existem no mínimo 24 tipos de categorias forenses de vítimas que recorrem ao hospital. Assim neste sentido, decidimos fazer a análise casuística dos potenciais Casos Forenses apenas os mais comuns no CHTMAD para não se tornar uma casuística longa e, as mais comuns do nº maior de casos para o menor são as seguintes:

- Acidente de trabalho;
- Acidente de viação;
- Agressão;
- Intoxicação;
- Violência doméstica;
- Análises a pedidos das autoridades;
- Autoagressão;
- Violação;
- Acidente de aviação.

Saber quais as potenciais categorias forenses era escassa, e nesse sentido analisamos também qual a categoria que se destacava em maior número, e concluímos que os acidentes de trabalho lideravam, seguidamente dos acidentes de viação, como demonstrado no gráfico nº2. Consideramos que esta liderança se deve ao facto de Vila Real ser um distrito com fracos acessos rodoviários; dedicar-se á agricultura e vinhateiro, que na época das vindimas os acidentes de trabalho e máquinas agrícolas aumentam; assim como os acidentes de viação por se tratar de um distrito de população emigrada.

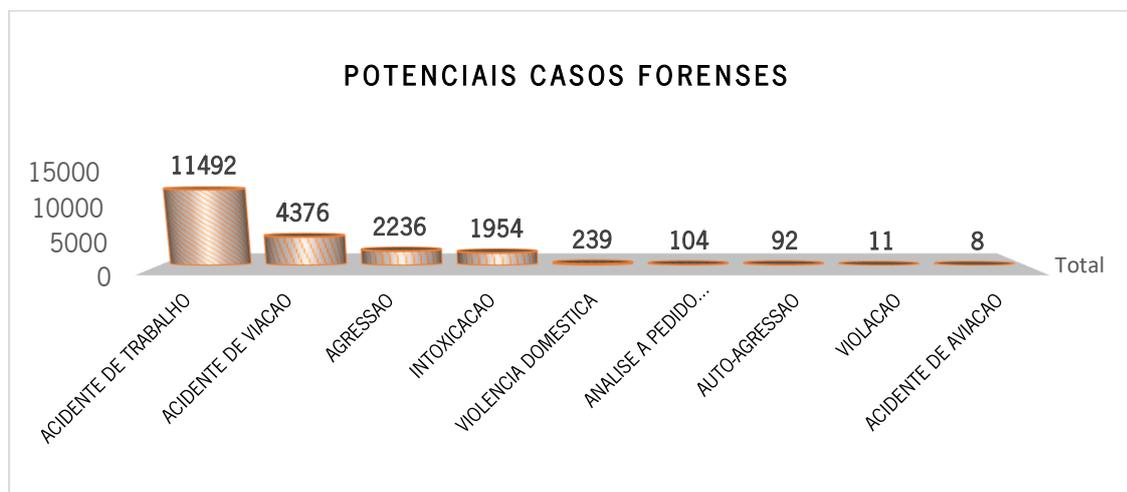


Gráfico 2 - Potenciais Casos Forenses mais comuns do CHTMAD em 2017-2020 (n=20512)

Como já referido anteriormente, a casuística é referente ao período de 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2020, como apresentado no gráfico nº3, analisamos então cada ano referente ao número de casos e verificamos que o ano que mais se destaca pelo maior número é o ano de 2019, que vai de encontro com o relatório anual de segurança interno, pois no ano de 2019 Portugal continental e regiões autónomas registaram um ligeiro aumento da criminalidade geral (3%) e da criminalidade violenta e grave (0.7%). O ano que tem uma diminuição de casos é o ano de 2020.

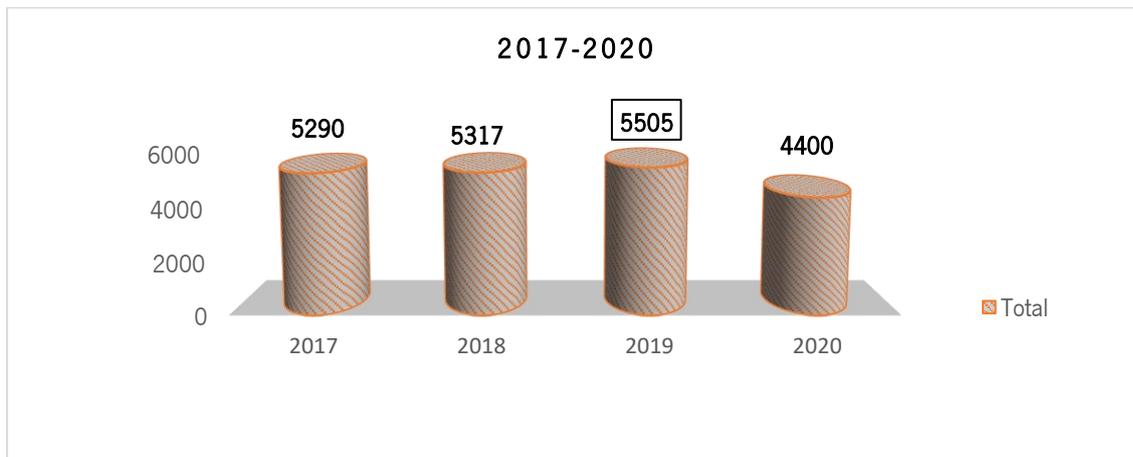


Gráfico 3 - Comparação dos anos em análise 2017-2020 dos Potenciais Casos Forenses (n=20512)

Analisando cada ano chegamos á conclusão de alguns dados serem passíveis de futura investigação como podemos comprovar na tabela nº 3.

Tabela 3 - Comparação dos anos em análise e potenciais situações forenses mais comuns do CHTMAD de 2017-2020

| CASOS FORENSES | ANOS EM ANÁLISE | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
| ACIDENTE DE AVIAÇÃO | 1 | 1 | 3 | 3 | 8 |
| ACIDENTE DE TRABALHO | 2969 | 2927 | 3092 | 2504 | 11492 |
| ACIDENTE DE VIACÃO | 1107 | 1176 | 1199 | 894 | 4376 |
| AGRESSAO | 589 | 601 | 575 | 471 | 2236 |
| ANÁLISE A PEDIDO AUTORIDADES | 22 | 21 | 22 | 39 | 104 |
| AUTO-AGRESSÃO | 4 | 21 | 25 | 42 | 92 |
| INTOXICAÇÃO | 524 | 504 | 531 | 395 | 1954 |
| VIOLAÇÃO | 2 | 4 | 3 | 2 | 11 |
| VIOLÊNCIA DOMÉSTICA | 72 | 62 | 55 | 50 | 239 |
| TOTAL GERAL | 5290 | 5317 | 5505 | 4400 | 20512 |

No ano 2020 houve uma diminuição de potenciais casos forenses no geral, mas se analisarmos cada um deles constatamos que dois tipos de categorias forenses tiveram um aumento de vítimas que recorreram ao serviço de urgência, nomeadamente a categoria “análise a pedido de autoridades” referente aos casos de alcoolémia e doseamento de substâncias, assim como a categoria de “autoagressão” que teve um aumento superior a 50%. Queremos realçar que o ano 2020 dita o início da atual pandemia causada por o vírus SARSCov 2, que acreditamos, pode ter influenciado estes valores.

Na análise do variável género, nos potenciais casos forenses do CHTMAD concluímos como demonstrado no gráfico 4, que o género masculino se encontra no pódio com 13069 potenciais casos forenses contra 7443 casos do género feminino.

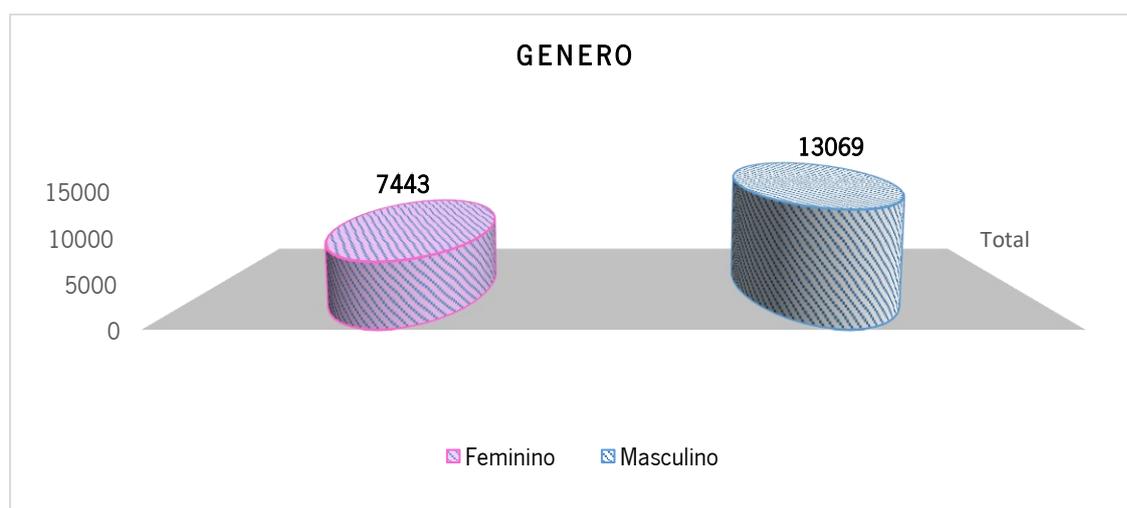


Gráfico 4 - Análise quanto ao género, de 2017-2020 (n=20512)

Neste sentido fomos analisar quais as categorias forenses em que os homens lideravam e se as mulheres lideravam alguma das categorias, e analisando a tabela nº4, verificamos que no género masculino, os acidentes de trabalho e de viação são os que têm mais potenciais casos forenses. Segundo Gomes, A (2014) “o trauma até prova em contrário é considerado um caso forense”. O género feminino lidera e

vai de encontro às estatísticas nacionais a violência doméstica com 203 casos contra 36 dos homens e na categoria forense “violação” os homens não apresentam nenhum caso.

Em relação as categorias autoagressão e acidentes de aviação são predominantes do género masculino, mas muito similares ao género feminino.

Tabela 4 - Análise quanto ao género/causa, de 2017-2020

| POTENCIAIS CASOS | FEMINIMNO | MASCULINO | TOTAL |
|------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| ACIDENTE DE TRABALHO | 3731 | 7761 | 11492 |
| ACIDENTE DE VIAÇÃO | 1903 | 2473 | 4376 |
| AGRESSÃO | 745 | 1491 | 2236 |
| INTOXICAÇÃO | 795 | 1159 | 1954 |
| VIOLÊNCIA DOMÉSTICA | 203 | 36 | 239 |
| ANÁLISE A PEDIDO AUTORIDADES | 7 | 97 | 104 |
| AUTO-AGRESSÃO | 45 | 47 | 92 |
| VIOLAÇÃO | 11 | 0 | 11 |
| ACIDENTE DE AVIAÇÃO | 3 | 5 | 8 |
| TOTAL | 7443 | 13069 | 20512 |

Em relação à variável idade, agrupamos as idades de 10 em 10 por faixa etária e como demonstra o gráfico nº5, a faixa etária que mais potenciais casos forenses apresenta é a 40-50 anos, seguidamente da faixa etária 50-60 anos. A faixa etária com menos potenciais casos forenses é a dos 90-100 anos.

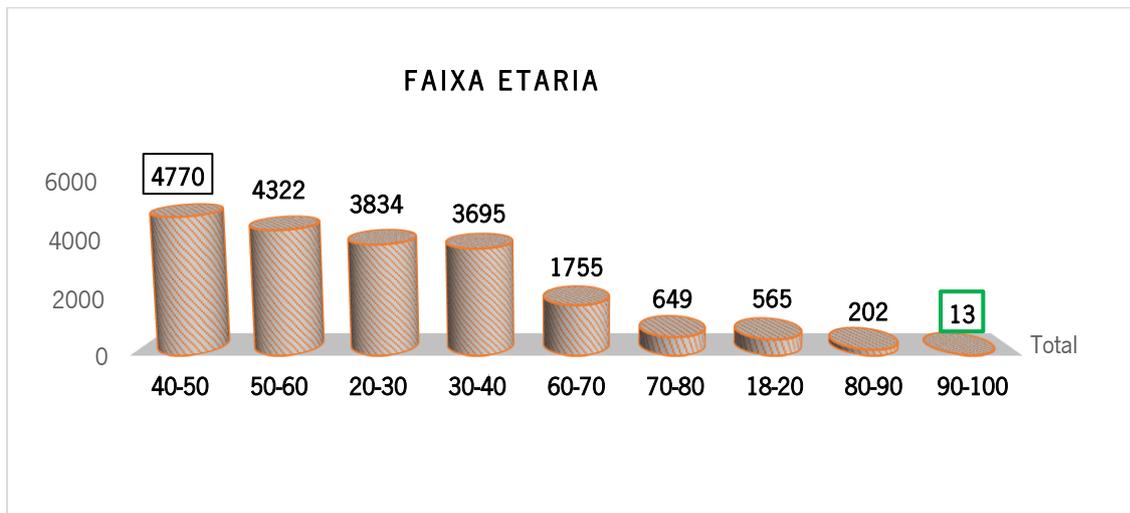


Gráfico 5 - Análise quanto à faixa etária, de 2017-2020 (n=20512)

Dando continuidade e ainda na variável idade, fomos analisar qual a idade que mais recorria ao serviço de urgência, vítima de potencial situação forense e observamos como representado no gráfico 6 que os 50 anos se destacavam com 526 potenciais casos, seguidamente os 43 anos com 510 e em terceiro lugar os 56 anos com 496 potenciais casos forenses.

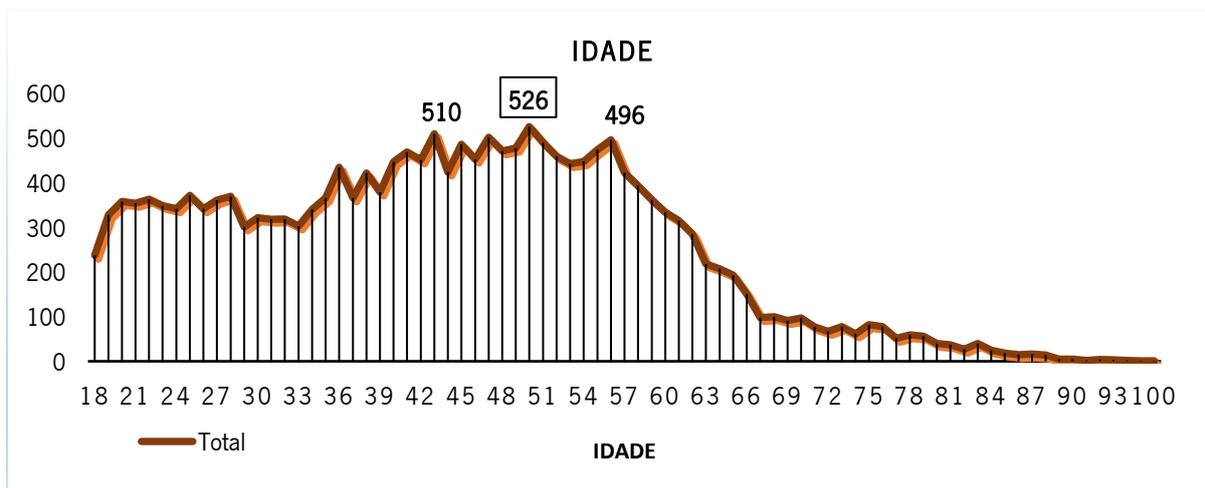


Gráfico 6 - Análise quanto à idade em destaque, de 2017-2020

Analisados o número de potenciais casos existentes por unidade pertencentes ao CHTMAD, achamos que era importante saber esse número em absoluto, mas por concelhos da área de abrangência do CHTMAD, e sendo assim concluímos como mostra a tabela nº5 que o concelho que apresenta mais potenciais casos forenses é Vila Real, seguido do concelho de Chaves e Lamego. Que vai de encontro com o relatório anual de segurança interno já mencionado. O concelho com menos potenciais casos é Moimenta da Beira, mas consideramos que esses valores não são totalmente reais pois nem todos os utentes deste concelho recorrem ao CHTMAD devido á distancia e podendo recorrer ao hospital de Viseu.

Sabendo os valores absolutos dos potenciais casos forenses em cada concelho da área de abrangência do CHTMAD, fizemos uma pesquisa na Base de dados Portugal Contemporâneo (PORDATA) em relação ao número de habitantes residentes por concelho do ano 2019 e calculamos o número de potenciais casos forenses por 100 habitantes com o objetivo de chegarmos à percentagem de potenciais casos forenses em cada concelho. Como podemos verificar na tabela nº5, apesar de Lamego ter uma densidade populacional mais baixa que Chaves e Vila Real, surge em primeiro lugar da tabela com 10,57%, seguido de Tarouca com 8,61% e de Chaves com 8,56%. O concelho que apresenta uma percentagem mais baixa volta a ser Moimenta da Beira pelos mesmos motivos referidos na análise anterior.

Tabela 5 - Análise de comparação de concelhos da % de potenciais casos forenses mais comuns

| CONCELHOS | Nº DE CASOS | POPULAÇÃO | % CASOS / CONCELHO |
|--------------------------|-------------|--------------|--------------------|
| VILA REAL | 4181 | 49 915 | 8,38% |
| CHAVES | 3367 | 39 344 | 8,56% |
| LAMEGO | 2634 | 24 927 | 10,57% |
| PESO DA RÉGUA | 1085 | 15 802 | 6,87% |
| VALPAÇOS | 689 | 14 875 | 4,63% |
| TAROUCA | 670 | 7 783 | 8,61% |
| VILA POUCA DE AGUIAR | 626 | 11 985 | 5,22% |
| ALIJÓ | 565 | 10 664 | 5,30% |
| STA MARTA PENAGUIÃO | 453 | 6 624 | 6,84% |
| SABROSA | 449 | 5 918 | 7,59% |
| ARMAMAR | 382 | 5 781 | 6,61% |
| S JOÃO DA PESQUEIRA | 379 | 7 140 | 5,31% |
| RESENDE | 364 | 10 189 | 3,57% |
| RIBEIRA DE PENA | 359 | 6 024 | 5,96% |
| MURÇA | 358 | 5 472 | 6,54% |
| TABUAÇO | 304 | 6 025 | 5,05% |
| MONDIM DE BASTO | 293 | 6 966 | 4,21% |
| BOTICAS | 278 | 5 029 | 5,53% |
| MESÃO FRIO | 250 | 3 980 | 6,28% |
| MONTALEGRE | 235 | 9 044 | 2,60% |
| MOIMENTA DA BEIRA | 137 | 9 733 | 1,41% |

Considerando a categoria forense “violência doméstica”, “violação” e “agressão” potenciais casos forenses, mas com mais probabilidade de serem realmente casos forenses e atendendo a que são três categorias que, segundo o relatório anual de segurança interno se encontram em destaque a nível nacional, resolvemos analisar cada concelho da área de abrangência do CHTMAD, apenas com as referidas categorias. E como podemos verificar na tabela nº7, o cenário muda consideravelmente, Chaves é o concelho com mais percentagem de casos, comparativamente com a análise anterior que aparecia em 3º lugar da tabela. Tarouca passa de 2º para 4 lugar da tabela, Lamego que era o primeiro da tabela passa agora para 3º lugar e Vila Real que surgiu na análise anterior em 4º passa agora para 2º lugar da

tabela. A maior mudança é Murça que aparecia em 10º lugar passa para 6º lugar. Moimenta da Beira pelos mesmos motivos que supomos na análise anterior mantem-se o concelho com menor percentagem de potenciais casos forenses.

Tabela 6 - Análise de comparação de concelhos da % de potenciais casos forenses com mais probabilidade de serem reais.

| CONCELHOS | Nº DE CASOS | POPULAÇÃO | % CASOS / CONCELHO |
|----------------------|-------------|-----------|--------------------|
| VILA REAL | 550 | 49 915 | 1,10% |
| CHAVES | 596 | 39 344 | 1,51% |
| LAMEGO | 270 | 24 927 | 1,08% |
| PESO DA RÉGUA | 121 | 15 802 | 0,77% |
| VALPAÇOS | 113 | 14 875 | 0,76% |
| VILA POUCA DE AGUIAR | 49 | 11 985 | 0,41% |
| ALIJÓ | 83 | 10 664 | 0,78% |
| RESENDE | 42 | 10 189 | 0,41% |
| MOIMENTA DA BEIRA | 13 | 9 733 | 0,13% |
| MONTALEGRE | 38 | 9 044 | 0,42% |
| TAROUCA | 83 | 7 783 | 1,07% |
| S JOÃO DA PESQUEIRA | 27 | 7 140 | 0,38% |
| MONDIM DE BASTO | 22 | 6 966 | 0,32% |
| STA MARTA PENAGUIÃO | 56 | 6 624 | 0,85% |
| TABUAÇO | 37 | 6 025 | 0,61% |
| RIBEIRA DE PENA | 26 | 6 024 | 0,43% |
| SABROSA | 41 | 5 918 | 0,69% |
| ARMAMAR | 28 | 5 781 | 0,48% |
| MURÇA | 44 | 5 472 | 0,80% |
| BOTICAS | 26 | 5 029 | 0,52% |
| MESAO FRIO | 23 | 3 980 | 0,58% |

Por fim e para terminar esta casuística, analisamos qual o destino das potenciais vítimas de situações forenses do CHTMAD, mas apercebemo-nos que existia apenas um morto o que seria no mínimo estranho. Então verificamos que a base de dados era referente ao serviço de urgência e como tal não

tínhamos conhecimento do número de mortes nos locais para onde as vítimas foram transferidas. Podemos verificar no gráfico nº7, que o maior número de potenciais casos forenses são referenciados ao exterior, desconhecendo para onde, pois não possuímos esses dados, as vítimas vão para os internamentos que também não temos dados para saber qual o desfecho após o internamento. No que reporta ao destino das potenciais vítimas forenses muito mais havia a investigar e analisar, deixamos o desafio.

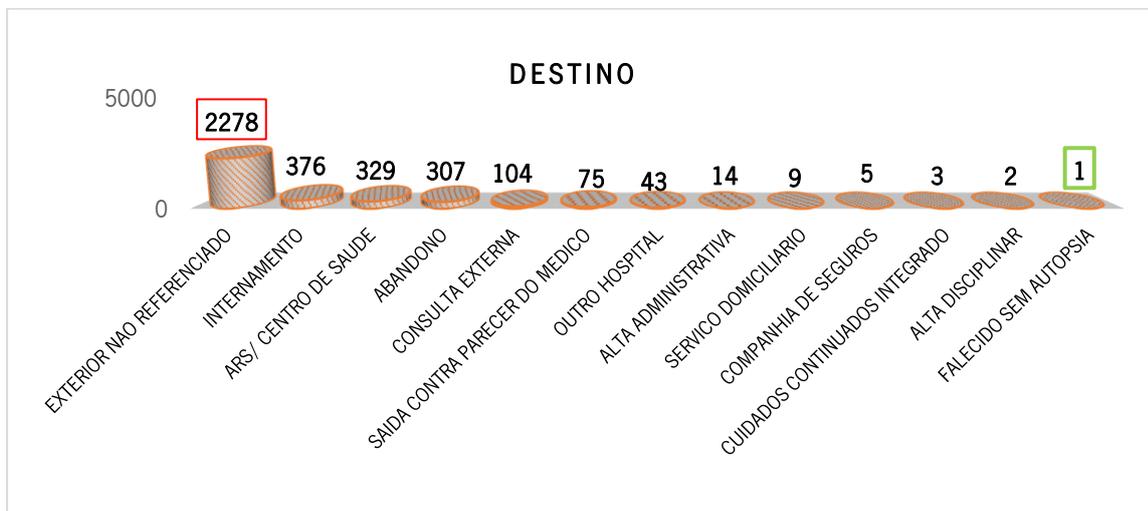


Gráfico 7 - Análise do destino das Potenciais Vítimas Forenses mais comuns do CHTMAD

Finalizada a análise casuística, consideramos que além de nos ajudar a chegar ao diagnóstico da situação, também foi muito útil para dar a conhecer a realidade à equipa do SU, do CHTMAD em relação a situações forenses.

Outro método escolhido como referido, foi a Análise *SWOT*, uma das técnicas que é mais utilizada na área da investigação social, na análise organizacional e para a elaboração do diagnóstico. (Ruivo et al., 2010).

Swot é uma sigla que contém as iniciais, em inglês, dos termos: pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*). “Reflete uma perspetiva global da

situação em que se encontra determinada organização, permitindo a identificação de estratégias ações de melhoria, auxiliando assim à definição da estratégia da mesma” (Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior, 2014).

A Análise SWOT foi criada em 1960 por Albert Humphrey, é uma ferramenta estratégica na qualidade e é constituída por 4 áreas: forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, as duas primeiras estão relacionadas com o ambiente interno e podem ser controladas pela empresa e as duas últimas estão relacionadas com o ambiente externo e não podem ser controladas pela empresa. (Leite, SR., & Gasparotto, MAS, 2018).

Na Figura 1 é possível observar a Matriz da Análise SWOT, composta pelos aspetos internos, sendo eles: forças e fraquezas e os aspetos externos: oportunidades e ameaça.

Figura 1 - Análise Swot do serviço de Urgência



Fazendo a interpretação da análise *SWOT* que elaborámos inferimos viabilidade do nosso trabalho em termos de diagnóstico de situação, tanto a nível interno como externo, pois as forças e oportunidades superam a fraquezas e ameaças. Nesse sentido e partindo da interpretação e análise casuística e da análise Swot, definimos como problema identificado a ***ausência de uniformização de cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses.***

A temática escolhida integra e respeita as linhas de investigação propostas no âmbito da Segurança e Qualidade de Vida, para o Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

2.2 – Objetivo

Como parte da metodologia de projeto, a definição de objetivos é uma fase fulcral na orientação do projeto a desenvolver, pois concede traçar o percurso a seguir para alcançar os resultados planeados.

Segundo Fortin et al. (2009), a investigação deve basear-se em objetivos claros e definidos previamente. O objetivo de um estudo é o enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão, ou seja, indica o porquê da investigação.

Os objetivos vão no sentido dos resultados que se planeja atingir, que vai do geral ao específico, devem “...obedecer a alguns itens, sendo estes: claros, de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração”. (Ruivo, et al 2010, p.19).

Segundo Lakatos & Marconi (1990, p.2010), o objetivo geral harmoniza-se com o “conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e dos eventos, quer das ideias estudadas”, por sua vez os objetivos específicos, “tem função intermediária e instrumental, permitindo atingir o objetivo geral e aplicá-lo a situações particulares”.

Nesta perspetiva e partindo do problema identificado previamente delineou-se o seguinte objetivo geral:

- I. **Promover uniformização de cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência Geral.**

Dada a complexidade do tema e de forma concretizar e especificar o objetivo geral, formularam-se também alguns objetivos específicos:

- I. Promover o enriquecimento á equipa de enfermagem do SU de conhecimentos baseados na evidencia científica relativamente á Recolha e Preservação de Vestígios Forenses (RPVF);
- II. Realizar formação em serviço na RPVF.
- III. Possibilitar a identificação de casos Forenses e reportá-los ás entidades competentes;
- IV. Elaborar um Fluxograma de atuação em potenciais situações Forenses no SU;
- V. Criar um KIT de RPVF;
- VI. Propor a implementação e continuar a desenvolver o projeto.

2.3 – Planeamento

Elaborado o diagnóstico da situação e traçados os objetivos, entramos na terceira etapa do trabalho projeto que é o planeamento. Nesta fase desenvolve-se um plano de gestão de projeto ao identificar as atividades, as estratégias e os recursos de forma a agir e concretizar os objetivos na integra. (Ruivo, et al 2010, p.19). O planeamento de uma investigação engloba um plano de execução, nomeadamente a elaboração de um cronograma (tabela 8) que tem como base o espaço temporal, onde figuram as atividades previstas a realizar, para assim atingir os objetivos previamente definidos e levar a termo este processo formativo.

Tabela 7 - Cronograma de atividades 2021.

| Fase | Atividades | Ano | 2021 | | | | | | | |
|-------------------------|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | | Mês | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. | Jul. | |
| Diagnostico da situação | - Reunião com a Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço e enfermeiro orientador de estágio; | | ■ | | | | | | | |
| | - Identificação da necessidade | | ■ | | | | | | | |
| | - Análise casuística | | | ■ | | | | | | |
| | - Análise Swot | | | ■ | | | | | | |
| | - Pesquisa bibliográfica | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| | - Definição do objetivo geral | | | ■ | | | | | | |
| Planeamento | - Definição de objetivos específicos | | | ■ | | | | | | |
| | - Construção do cronograma do projeto | | | ■ | | | | | | |
| | - Definição de estratégias e atividades a desenvolver | | | ■ | | | | | | |
| | - Definição de recursos necessários | | | ■ | | | | | | |
| | - Reunir com o enfermeiro gestor calendarização da atividade formativa | | | | ■ | | | | | |
| | - Reunir com enfermeiro orientador científico | | | | ■ | ■ | | | | |
| | - Reunir com enfermeiro orientador de estágio | | | | ■ | ■ | | | | |
| | - Preparação da sessão de formação | | | | ■ | ■ | | | | |
| | - Elaboração do Fluxograma | | | | | ■ | | | | |
| | - Elaboração do Check List para o Kit de PRVF | | | | | ■ | | | | |
| Execução | - Apresentação da sessão de formação | | | | | ■ | | | | |
| | - Apresentação do Fluxograma de atuação | | | | | ■ | | | | |
| | - Apresentação do Check List e Kit de RPVF | | | | | ■ | | | | |
| | - Elaboração do relatório de estágio | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| Avaliação | - Questionário avaliação da sessão de formação | | | | | ■ | | | | |
| | - Entrega do relatório de estágio | | | | | | | ■ | | |
| | - Divulgar o relatório de estágio no repositório da UMinho | | | | | | | | ■ | |

Atendendo á necessidade do serviço detetada e sendo o objetivo geral, promover uniformização de cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência Geral, desde início que ficou claro que a intervenção central seria ao nível da sensibilização da equipa de enfermagem para esta temática. De seguida descrevemos as atividades a realizar como prioridade de intervenção do projeto e de acordo com os objetivos definidos para serem atingidos com sucesso.

Objetivo: 1 - Promover o enriquecimento á equipa de enfermagem do SU de conhecimentos baseados na evidencia científica relativamente á Recolha e Preservação de Vestígios Forenses (RPVF);

Atividades:

- Reunião com a Enf.º gestor, diretor de Serviço e enfermeiro orientador de estágio
- Pesquisa bibliográfica;
- Apoio direto de peritos na área Forense em enfermagem;
- Elaboração da sessão de formação;
- Elaborar fluxograma de atuação;
- Elaboração do Check List do Kit de RPVF.

Objetivo: 2 - Realizar sessão de formação em serviço referente á Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;

Atividades:

- Reunir com o enfermeiro gestor calendarização da atividade formativa;
- Preparação da sessão de formação;
- Planificação da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação;
- Apresentação da sessão de formação;
- Avaliação da sessão de formação.

Objetivo: 3 - Possibilitar a identificação de casos Forenses e reportá-los ás entidades competentes

Atividades:

- Pesquisa bibliográfica;
- Realizar a sessão de formação;

Objetivo: 4 - Elaborar um Fluxograma de atuação em potenciais situações Forenses no SU;

Atividades:

- Reunião com a Enf.º gestor, diretor de Serviço e enfermeiro orientador de estágio;
- Pesquisa bibliográfica;
- Apoio direto de peritos na área Forense em enfermagem;
- Elaborar fluxograma de atuação;
- Apresentação do fluxograma de atuação;

Objetivo: 5 - Criar um KIT de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses;

Atividades:

- Reunião com a Enf.º gestor, diretor de Serviço e enfermeiro orientador de estágio
- Pesquisa bibliográfica;
- Apoio direto de peritos na área Forense em enfermagem;
- Elaboração do Check List do Kit de RPVF.
- Apresentação de Check List do Kit de RPVF;
- Apresentação do KIT de Recolha e Preservação de vestígios Forenses

Objetivo: 6 - Propor a implementação e continuar a desenvolver o projeto.

Atividades:

- Reunião com a Enf.ª gestor, diretor de Serviço e enfermeiro orientador de estágio;
- Facultar ao enfermeiro gestor todas as propostas sugeridas e apresentadas para implementação no serviço;

- Apresentar as propostas, com consentimento do enfermeiro gestor, á comissão de formação do CHTMAD.

2.4 – Execução

Após o planeamento, segue-se a etapa da execução da metodologia projeto que conduz o planeado à prática. (Ruivo, et al 2010, p.23). Para os participantes do projeto, esta fase apresenta uma importância significativa, pois permite, através de ações planeadas, as suas vontades e necessidades serem realizadas (Nogueira, 2005 citado por Ruivo et al., 2010 p. 23).

Durante esta fase houve contato com a realidade de uma forma intensa, associado a técnicas como a análise da casuística e a análise Swot, análise de documentos, pesquisa bibliográfica, reuniões informais e contactos com peritos na área que permitiram o desenvolvimento das diferentes atividades previstas para a execução do projeto. Teve como pontos fulcrais, a formação dos profissionais, numa tentativa de sensibilização para a problemática Cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forense na Pessoa em Situação Crítica e na construção de ferramentas de trabalho, um fluxograma de atuação e um kit de RPVF, que permita uniformizar os cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses. Procedeu-se á marcação de uma sessão de formação em articulação com o enfermeiro gestor, enfermeiro orientador de estágio e enfermeiro responsável pela formação em serviço e foi elaborado um plano da sessão de formação (anexo IV), a sua divulgação através do enfermeiro gestor por *e-mail* e realizamos posteriormente a apresentação da sessão de formação em ficheiro *PowerPoint* (Anexo V).

A Sessão de Formação e sendo um meio de divulgação de conhecimentos permitiu sensibilizar os profissionais de enfermagem para a problemática detetada e assim delinear estratégias para minimizar ou anular esse mesmo problema nos vários contextos, e assim vai de encontro ao objetivo principal do projeto (Ruivo et al., 2010 p. 23). A sessão de formação realizou-se no dia 20 de abril de 2021, pelas 14.30h, via online devido á situação pandémica que vivemos e assim dar cumprimento ás

recomendações do departamento de formação do CHTMAD, preconizadas pela DGS. Estiveram presentes 40 enfermeiros que participaram de forma ativa e tiveram a oportunidade de partilhar experiências vivenciadas em contexto de Urgência, e esclarecer dúvidas e sugestões para a operacionalização do projeto. Nesta formação foi apresentada a casuística, que se sentiu e foi verbalizado satisfação por parte da equipa de que esta casuística é uma mais valia para o serviço, assim como foi apresentado um Fluxograma de Atuação em Potenciais Situações Forenses no Serviço de Urgência e o Check List de um KIT de RPVF. Foi facultado em formato digital ao enfermeiro gestor de forma a ser um instrumento de trabalho para os enfermeiros do SU, após a validação e implementação do projeto pelo departamento de formação e qualidade do CHTMAD.

No final da formação foi realizada a avaliação da formação através de um questionário da nossa autoria que vamos descrever na etapa que se segue.

2.5 – Avaliação e resultados

“Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objetivos” (Ruivo et al., 2010, p.26). Na metodologia de trabalho de projeto, segundo Ferreira, C. A. (2009) a avaliação “é algo presente em todo o processo da sua utilização nas práticas educativas”. É um processo contínuo, transversal e permite voltar as outras etapas da metodologia de projeto sempre que é necessário, com o intuito de retificar, analisar e mesmo reelaborar objetivos. Deve ser avaliado de forma rigorosa recorrendo a instrumentos de avaliação, como questionários elaborados, entrevistas com o orientador e análise em grupo. (Ruivo et al., 2010).

Neste seguimento importa realçar que foi efetuada uma avaliação da sessão de formação realizada, como já referida, através da elaboração de um questionário de avaliação (anexo VIII) que assenta não só avaliação da sessão de formação, mas também na avaliação do formador. No final da sessão de

formação foi solicitado a todos os presentes que voluntariamente realizassem a avaliação através da mesma plataforma semelhante á usada para a sessão de formação e respondessem com sinceridade e de forma anónima ao mesmo. Mas por motivos informáticos os 40 enfermeiros presentes não conseguiram avaliar a formação no final da sessão de formação e fizeram-no posteriormente, mas ainda no mesmo dia, após o envio do link para os respetivos e-mails e por este motivo, em vez de ter 40 respostas ao questionário, conseguimos que 30 enfermeiros realizassem essa avaliação.

Este questionário de avaliação tem por base dois pressupostos: a avaliação da formação e a avaliação do formador. A avaliação da formação constituída por 13 questões, sendo a n° 13 uma questão de resposta aberta, por sua vez a avaliação do formador é constituído por 11 questões, sendo a 11° uma questão de resposta aberta.

Fazendo a análise da avaliação da formação representada na tabela n°8 e iniciando com a questão n° 1 referente á clareza dos objetivos da formação, concluímos, que os objetivos foram claros, pois em 30 dos formandos, 19 cotaram a resposta no valor máximo (10), 9 cotaram ligeiramente mais baixo (9) e só 2 formandos cotaram o valor de 8. Sendo assim 63,3% dos formandos concordaram totalmente com a clareza dos objetivos e 36,7%, concordaram com os objetivos, mas não totalmente.

Tabela 8 - Avaliação da Sessão da Formação

| QUESTÕES | ESCALA DE AVALIAÇÃO | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---|----|---|----|-----|---|---|----|----|-----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 - Objetivos da formação | | | | | | | | | 2R | 9R | 19R |
| 2 – Conteúdos da formação | | | | | | 30R | | | | | |
| 3 – Estrutura do programa | | | | | 4R | 26R | | | | | |
| 4 – Motivação e participação | | | | | 4R | 26R | | | | | |
| 5 – Valorização profissional | | | 1R | | 4R | 25R | | | | | |
| 6 - Considera que adquiriu novos conhecimentos sobre a recolha e preservação de vestígios? | | | | | 5R | 25R | | | | | |
| 7 – Considera que os conhecimentos adquiridos são importantes para a sua prática profissional? | | | | | 7 | 23 | | | | | |
| 8 – Considera que os conhecimentos adquiridos vão aumentar a qualidade de cuidados prestados a vítimas de violência? | | | | | 5R | 25R | | | | | |
| 9 – Considera que a documentação de suporte utilizada foi pertinente? | | | | | 3R | 27R | | | | | |
| 10 – Considera que a metodologia foi a adequada? | | | | | 4R | 26R | | | | | |
| 11 – Considera que a duração da formação foi adequada? | | | | | 8R | 22R | | | | | |
| 12 – Avaliação global da formação | | | | | 1R | 29R | | | | | |
| NOTA: número de Respostas (R) 30 formandos | | | | | | | | | | | |

Na segunda questão avaliada, referente aos conteúdos da formação, se foram adequados ou totalmente adequados, obtivemos 30 respostas, em que 30 dos formandos concordam totalmente com os conteúdos, ou seja, 100% dos formandos acharam os conteúdos totalmente adequados.

Na questão 3, é avaliada a estrutura da formação se foi correta ou incorreto, obtivemos 30 respostas, em que 26 dos formandos acharam a estrutura totalmente correta e 4 resposta foram de encontro como correto, mas não totalmente, ou seja, 86,7% dos formandos acharam a estrutura totalmente correta

Avaliando a motivação e participação obtemos 30 respostas em que 26 dos 30 formandos concordam plenamente e 4 concordam, mas não em pleno, ou seja 86,7% dos formandos avaliaram a motivação e participação plenamente e os restantes 13,3% também, mas não totalmente.

Na valorização profissional, obtemos 30 respostas em que 25 dos 30 formandos concordam que a formação valorizou profissionalmente de uma forma elevada e 4 concordam, mas não com um valor tão elevado assim como 1 acha que existe valorização profissional, mas não com tanta importância., ou seja 83,3% dos formandos avaliaram a valorização profissional na cotação mais alta.

Nesta questão “Considera que adquiriu novos conhecimentos sobre a recolha e preservação de vestígios?” a resposta volta a ser unanime, obtemos 30 respostas em que 25 dos 30 formandos concordam com o *muito* dando uma cotação de 5 de (0-5) e 5 concordam, mas com uma cotação de 4 (16,7%) ou seja, 83,3% dos formandos consideram que com esta formação adquiriram novos conhecimentos sobre a recolha e preservação de vestígios forenses.

Como se pode verificar na tabela, na questão nº 7, responderam 23 formandos de 30, avaliaram com a cotação máxima 5 e 7 também concordam com o *muito*, mas atribuem uma cotação de 4, ou seja, 76,7% dos formandos consideram que com esta formação adquiriram novos conhecimentos e que são

importantes para a prática profissional, mas 23,3% apesar de concordarem deram uma cotação ligeiramente mais baixa.

Na questão nº8 pode verificar-se que obtivemos 30 respostas, em que 25 formandos avaliaram positivamente com uma cotação de 5 (0-5) e 5 avaliaram com a cotação de 4, ou seja, 83,3% dos formandos consideram que após esta formação vai permitir um aumento da qualidade de cuidados prestados a vítimas de violência, os restantes 16,7% também concordam, mas deram uma cotação ligeiramente mais baixa.

Colocada a questão nº9 “considera que a documentação de suporte foi a pertinente?”, como representado na tabela, as respostas voltaram a ser positivas, de 30 respostas, 27 formandos avaliaram com o máximo de cotação (5) e 3 avaliaram também positivamente, mas com cotação de 4, ou seja, 90% dos formandos concordam totalmente com a documentação utilizada para a sessão de formação e apenas 10% também concordam.

Como se pode constatar na tabela, na questão nº 10, 30 dos formandos voltaram a fazer a sua avaliação, 26 deram cotação de 5(0-5) e 4 formandos deram uma cotação de 4, ou seja, 86,7% dos formandos concordam totalmente com a metodologia utilizada para a sessão de formação.

Fazendo a análise referente á questão nº11, no que diz respeito ao tempo de duração da formação, concluímos que a avaliação foi positiva, 26 das 30 respostas avaliaram com uma cotação de 5 (0-5) e 4 dos formandos avaliaram com uma cotação de 4 ou seja, 86,7% dos formandos consideram que a duração da formação foi muito adequada.

Como é perceptível na tabela a avaliação global da formação referente á questão nº 12, numa escala de 0 - 5, em que 5 é muito bom e 0 é muito mau, é avaliada no muito bom por 29 formandos de 30 avaliações, havendo apenas um formando que avaliou com uma cotação de 4 ou seja, 96,7% dos formandos consideram que a formação foi de uma forma global muito boa.

E por fim a última questão, nº13 “sugestões”, relacionada com a formação foi de resposta aberta, apenas houve duas sugestões, sendo as seguintes: “acho que a formadora devia dar mais formações e ponderar vir trabalhar para no SU!!!” e “Dar continuidade á temática”

Face aos resultados apresentados, consideremos a avaliação da sessão de formação foi muito positiva, os enfermeiros adquiriram conhecimentos referentes aos cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no serviço de urgência que vai permitir a uniformização cuidados prestados a potenciais vítimas forenses, assim como potenciar a qualidade de cuidados baseados em evidências científicas.

Tabela 9 - Avaliação do Formador

| QUESTÕES | ESCALA DE AVALIAÇÃO | | | | |
|---|---------------------|---|----|----|-----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 – Pontualidade/cumprimento do horário da formação | | | 2R | 1R | 24R |
| 2 – Capacidade de motivação de formador | | | | | 29R |
| 3 – Domínio das matérias evidenciado pelo formador | | | | | 29R |
| 4 – Linguagem utilizada no decorrer da formação | | | | 1R | 28R |
| 5 – Clareza e exposição de conteúdos | | | | 1R | 28R |
| 6 – Capacidade na transmissão de conhecimentos | | | | 2R | 27R |
| 7 – Cumprimento do programa | | | 2R | | 27R |
| 8 – Empenhamento | | | | | 29R |
| 9 – Relacionamento com os participantes | | | | | 29R |
| 10 – Inovação e criatividade | | | | 1 | 28R |
| NOTA: número de Respostas (R) 29 formandos | | | | | |

Fazendo referência ao segundo pressuposto “avaliação do formador”, vamos seguidamente descrever a análise da tabela nº9. A avaliação é constituída por 11 questões, sendo a 11º uma questão de resposta

aberta. Iniciemos com a primeira questão “pontualidade/cumprimento do horário de formação”, de 27 avaliações realizadas 24 formandos, numa escala de 0 a 4, em que 0 é mau e 4 é muito bom, cotaram a avaliação com o valor máximo 4, um formando avaliou com cotação de 3 e 2 deram uma cotação de 2, ou seja 88,9% dos inquiridos consideraram que a pontualidade/ cumprimento do horário da formação foi muito positiva.

Na questão colocada aos formandos “capacidade de motivação do formador”, podemos concluir que em 29 avaliações, 29 formandos ou seja 100% dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, considerando o formador detentor de uma capacidade de motivação muito boa.

Em relação ao “domínio das matérias evidenciado pelo formador”, podemos concluir que se repete a conclusão da questão anterior, em 29 avaliações, 29 formandos ou seja 100% dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, considerando que o formador evidenciou possuir um bom domínio das matérias como se pode verificar na tabela.

No que diz respeito á questão “linguagem utilizada no decorrer da formação”, a tabela demonstra que em 29 avaliações, 28 formandos dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, e apenas 1 formando avaliou com uma cotação de 3, ou seja 96,6% concordaram que a linguagem utilizada pelo formador no decorrer da formação foi muito boa.

A questão nº 5 que diz respeito á “clareza e exposição de conteúdos”, constatamos que os resultados são os mesmos do gráfico anterior, em 29 avaliações, 28 formandos dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, e apenas 1 formando avaliou com uma cotação de 3, ou seja 96,6% concordaram que os conteúdos foram expostos de forma muito clara.

Analisando a questão nº 6 referente á “capacidade na transmissão de conhecimentos”, concluímos que, em 29 avaliações, 27 formandos dos inquiridos cotaram a avaliação com o valor máximo de 4 de uma

escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, e os restantes 2 formandos cotaram a avaliação com o valor 3, ou seja 93,61% consideram que o formador tem muito boa capacidade de transmitir os conhecimentos.

Na avaliação da questão “cumprimento do programa”, e analisando a tabela em 29 avaliações, 27 formandos cotaram a avaliação com o valor máximo de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, e os restantes 2 formandos cotaram a avaliação com o valor 2, ou seja 93,61% dos formandos consideraram que foi cumprido o programa na totalidade mas 6,9%, cotaram a avaliação no medio(2), pensamos que se deve ao facto de fazer parte do programa uma provável intervenção de um perito forense, que por motivos profissionais não conseguiu estar presente na formação.

Quando questionados os formandos sobre a avaliação do “empenhamento” do formador, obtivemos 29 avaliações, 29 formandos ou seja 100% dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, considerando empenhamento do formador a um nível muito bom na sessão de formação.

No que se refere ao “relacionamento com os participantes”, a questão avaliada, obtivemos os mesmos resultados do gráfico anterior, em 29 avaliações, 29 formandos ou seja 100% dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, consideraram que o formador teve muito bom relacionamento com os participantes.

E por último e não menos importante, na questão “inovação e criatividade”, avaliada e representada na tabela n 9, concluímos que também nesta questão os formandos foram unânimes nas suas avaliações, em 29 avaliações, 28 formandos ou seja 96,6% dos inquiridos deram uma cotação máxima de 4 de uma escala de 0 a 4, em que 0 é muito mau e 4 é muito bom, consideraram que o formador foi inovador e criativo na apresentação da sessão da formação a um nível muito bom.

Na questão de resposta aberta referente a sugestões não obtivemos nenhuma resposta por parte dos formandos.

Podemos então concluir após os resultados apresentados que o formador utilizou metodologia adequada, mostrou ser detentor de capacidade de transmitir conhecimentos, revelou ter domínio do assunto, foi claro e estabeleceu uma relação com os formandos muito positiva. Relativamente à atividade formativa, a sessão decorreu dentro do tempo previsto, sendo cumprido o plano definido. Proporcionaram-se momentos de interação positiva entre os enfermeiros e obteve-se um *feedback* muito positivo. E terminada a avaliação quer da formação quer do formador concluímos que foram atingidos os objetivos traçados para a formação.

Constatamos que a equipa de enfermagem apresentou-se sempre muito receptiva sensibilizada para a importância e da utilidade da ferramenta de trabalho proposta, levando-nos a acreditar termos conseguido um contributo válido e de extrema importância para a prestação de cuidados com qualidade a possíveis vítimas forenses e conseqüentemente pessoas em situação crítica no serviço de urgência. Tendo como foco principal a uniformização de cuidados e uma conduta profissional assente na prestação de cuidados seguros, de qualidade, com base na evidência científica.

Em jeito de conclusão e avaliação do projeto realizado e sendo a avaliação um processo abrangente e dinâmico, consideramos que este conseguiu responder à problemática detetada inicialmente. A metodologia de projeto, foi reconhecida desde o início como viável pelos responsáveis do serviço, e toda a equipa, aguardamos, que o departamento de formação aprove as ferramentas de trabalho apresentadas.

2.6 – Divulgação de Resultados

Para Fortin, (1999 p.18) a investigação numa determinada disciplina tem como finalidade construir uma base científica de forma a orientar a prática e cimentar a credibilidade da profissão, consistindo em aumentar o leque de conhecimentos e conseqüentemente o desenvolvimento da disciplina enquanto ciência.

A divulgação dos resultados obtidos, é uma fase bastante importante do projeto e será realizada através da elaboração desde relatório. A divulgação dos resultados obtidos, permite dar a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho que se percorreu para resolver o problema identificado (Ruivo et al., 2010). Assente neste pressuposto, o presente relatório vai ser divulgado no Repositório da Universidade do Minho, acessível a todos, e no contexto de estágio, de forma que seja possível a sua consulta e análise.

Fazendo uma síntese dos resultados obtidos ao longo do projeto, no que reporta ao diagnóstico da situação, constatamos que a equipa apesar de prestar cuidados a utentes vítimas de situações de violência, agem de acordo com os conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional e não sendo detentores de formação específica na área da Enfermagem Forense, a inexistência de protocolos e normas contribuem para o desconhecimentos dos procedimentos a ter nessas situações e a não realização dos mesmos. O que vai no sentido de vários estudos encontrados nas pesquisas realizadas sobre esta temática, que diferentes trabalhos de investigação evidenciam que os enfermeiros nem sempre apresentam conhecimentos para prestar cuidados em cenários Forenses (Cunha, Libório, & Coelho, 2016; Martins, 2017; Lynch & Duval, 2011). Em suma os resultados obtidos na avaliação da formação/formador, por parte da maior parte da equipa, reconhece a necessidade de dar continuidade à realização de formação nesta área, assim como mostraram interesse na implementação do projeto apresentado. Concluímos também que após a sessão de formação houve uma maior sensibilização para um aumento dos níveis de conhecimento.

Assim, face aos resultados apresentados, infere-se a necessidade premente e inevitável, da prossecução da investigação nesta área, pela importância demonstrada.

CONCLUSÃO

O tema desenvolvido e investigado neste estágio é de relevante importância, pois o enfermeiro é um elemento crucial no sistema judicial. Para que a investigação criminal não seja comprometida é obrigatório uma recolha e preservação dos vestígios Forenses adequados por parte destes profissionais que muitas vezes, segundo estudos pesquisados, a formação em enfermagem forense é inexistente.

No culminar deste percurso académico foi importante fazer uma reflexão, uma análise e dar a conhecer o caminho percorrido através da descrição das atividades desenvolvidas com vista à aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica.

A realização do estágio final no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica revelou-se muito gratificante para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, permitindo constatar lacunas na prestação de cuidados a potenciais vítimas forenses que serviu de fio condutor para a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço, segundo a Metodologia de Projeto.

É com clareza que afirmamos que a recorrente procura do conhecimento, o esforço e o tempo investido foram gratificantes e proporcionaram a aquisição de conhecimento, o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva e conseqüentemente a adoção de uma prática baseada na evidência científica e responsável.

Na atividade formativa após a sua apresentação, a equipa de enfermagem procedeu à avaliação da mesma e do formador, considerando o tema pertinente e apresentado de uma forma clara. Devido a questões institucionais não foi possível fazer uma avaliação da implementação do instrumento de trabalho, pois aguardasse a aprovação da comissão de formação científica do Centro Hospitalar Tara-os-Montes e Alto Douro. Assim como ficou pendente o prosseguir do projeto desenvolvido e transformar este projeto num possível projeto piloto.

A elaboração deste relatório com metodologia trabalho de projeto permitiu não só adquirir competências na elaboração de trabalhos científicos e de investigação, como foi um grande desafio devido a possuímos algum deficit de conhecimentos nesta área, o que exigiu um esforço acrescido.

As dificuldades sentidas ao longo do estágio estiveram relacionadas com a dinâmica e a especificidade do serviço, que não sendo o nosso contexto profissional, foram sentidas algumas dificuldades iniciais. Também o cansaço normal de ter de conciliar a vida profissional, pessoal, realização de todo o projeto de intervenção, e elaboração deste relatório, foi um esforço constante quer psicologicamente e fisicamente, que só foi colmatado através de intensa pesquisa bibliográfica, apoio dos orientadores e toda a equipa do serviço de urgência, entrega e dedicação. Contudo considero que os objetivos propostos a atingir durante o estágio foram alcançados.

Em suma, relatório de estágio cumpre os objetivos inicialmente definidos, enquadrando teoricamente a importância da uniformização de cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios Forenses com a Pessoa em Situação Crítica. Constatamos também que existe uma necessidade iminente de novos caminhos com a finalidade de consolidar a prática de enfermagem na área Forense, contribuindo assim para que se faça justiça perante as situações de violência. Nesse sentido é importante que haja um investimento na formação nesta área e claro que o ideal seria associar a prática para assim consolidar conhecimentos.

Assim sendo, não fica encerrado um ciclo, mas sim abertos horizontes para a continuidade da procura de saberes para a promoção da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Terminamos com uma frase de Florence Nightingale: *“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato.”*

BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República (AR), 1990. Lei n° 48/90 de 24 de Agosto: *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1ª série, n° 195, 3452- 3459. <https://dre.pt/application/conteudo/574127>
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense - APFORENSE (2012). *Sobre APEFORENSE*. Facebook web site. Consultado em 11/06/2020
- Associada à Intubação*. Norma n° 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Abad-Sojos, A., Martínez-Cornejo, I., Obregón-Jiménez, K., Palacios-Segarra, D., Analuisa-Lema, I., & Flores-Enríquez, J. (2018). - Conocimientos, actitudes y prácticas sobre catástrofes naturales en estudiantes de medicina de la Universidad Central del Ecuador. *CIMEL*, 23(1). <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/1068>
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do Enfermeiro em relação à Via Verde Trauma. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1) (55–66). <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Assenheimer, A., Moura, D., Brum, Z., Fontana, R., Guimarães, C., Soares, N., & Lucca, J. (2018). *Comunicação interpessoal enquanto fator para a humanização do cuidado*. RICSBS. <http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/RICSBS/article/view/2743>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto, Ed). Coimbra. (p 201)
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Bookman-Artmed. Porto Alegre.
- Braz, J. (2013). *Investigação criminal. A organização, o método e a prova: Os desafios da nova criminalidade*. (3ª ed). Coimbra: Edições Almedina.
- Carvalho, J. E. (2020). *Economia COVID-19 (Portuguese Edition) A Catástrofe com Face Humana*. Edições Sílabo.

- Coelho, M., Cunha, M., & Libório, R. (2016). Impacto da formação em ciências forenses. *Servir*, 59, pp. 27–33. <https://82187-1-10-20201103.pdf>
- Comissão Setorial para a Educação e Formação; Grupo de Trabalho para a Gestão da Qualidade no Ensino Superior. (2014). *Análise SWOT do Ensino Superior Português: oportunidades, desafios e estratégias de qualidade*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0830-3>
- Cruz, C. (2017). *Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 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>
- Despacho N° 29/2013 de 22 de fevereiro*. Diário da República. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/1937340/details/normal?q=despacho+n%C2%BA2902%2F2013>
- Despacho N° 19124/2005* de 2 de setembro. Diário da república n° 169/2014, Serie II. Ministério da Saúde
- Despacho 10319/2014* de 11 agosto. Diário da república n° 153/2014, Série II. Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 1400-A/2015* de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020. Diário da República. Diário da República, 28. Serie II.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde: Lisboa
- Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência (Rev3)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPC Dor). *Direção-Geral da Saúde*. Acedido em <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-contr>
- Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde.
- ENA. Emergency Nurses Assotiation. (2019). *Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing. Tncc*. <https://www.ena.org/education/tncc>
- Espada, C. M. C. (2015). *O Trabalho de Projeto no Jardim de Infância*. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35459/1/Ana%20Catarina%20Mateus.pdf>
- Ferreira, C. A. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projeto: uma experiência na formação de professores. *Revista Portuguesa De Pedagogia*, 43-1(p. 143–158.). https://doi.org/10.14195/1647-8614_43-1_7
- Fonseca, B. F. (2018). Qualidade dos serviços de saúde prestados em Portugal. *Revista Pontos de Vista, Nova SBE Health Economics and Management Knowledge Center*, <https://pontosdevista.pt/2018/10/10/gestao-saude-analise-melhoria-processos-na-prestacao-cuidados/>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção á realização*. Lusociência.
- Fortin, M. F., Cotê, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, série III (10)* (45–53). <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969010.pdf>
- Galvão da Silva, F. G. S. (2006). *Preservação da cadeia de custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/1018>
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense* (Vol. 1). Lidel.
- Gomes, A. (2017). Padrões da aptidão do enfermeiro forense. *Nursing*. https://www.researchgate.net/publication/317718219_PADROES_DE_APTIDAO_DO_ENFERMEIRO_FORENSE

- Gomes, A. (2020). *Intervenção do enfermeiro forense em cenários de catástrofe*. Researchgate. <https://www.researchgate.net/profile/Albino-Gomes>
- Gomes, C. I. D. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgências e /ou emergência* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4712/1/Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20de%20MESPC>
- 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. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>
- Hammer, R. M., Pagliaro, E., & Moynihan, B. (2006). *Forensic nursing: A handbook for practice* (1 ed.). p.841. Ontario: Jones and Bartlett Publishers.
- International Association for the Study of Pain. (2018). *IASP - International Association for the Study of Pain*. IASP-Pain.Org. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Interna, Sistema de segurança 2019).
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *In International Nursing Review, Vol. 65, Issue 1*(pp. 41–53). <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Lakatos, E., & Marconi, M. (1992). *Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório* (4ª ED). São Paulo: Atlas Editora.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (1999). *Fundamentos de metodologia Científica. Projeto e relatório e pesquisa* (2ª Edição p.207-225 ed.). Revista e Ampliada: Atlas Editora.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. Edições ASA.
- Leite, M. S. R., & Gasparotto, A. M. S. (2018). ANÁLISE SWOT E SUAS FUNCIONALIDADES: o autoconhecimento da empresa e sua importância. *Revista Interface Tecnológica, 15(2), 184–195*. <https://doi.org/10.31510/infa.v15i2.450>
- Lei nº 27/2006, de 03 de julho. Aprova a lei de bases da proteção civil, Diário da República, 126. Serie1

- Locard, E. (1939). *A investigação criminal e os métodos científicos*. Coimbra: Arménio Amado.
- 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.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27943/1/Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gio_AnaClaraLopes_77.pdf.
- 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, A. (2006). *Forensic Nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science* (2ª ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projeto: Nova relação entre os saberes escolares e saberes sociais. *EDUSER: Revista de Educação*, 3 (2) (3–16).
<https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/32/35>
- Melo, P. (2021). A Enfermagem promove, de forma robusta, a materialização da constitucionalidade. *Justnews*. Published. https://justnews.pt/artigos/a-enfermagem-e-o-estado-de-direito-democratico/#.YM3-l_KSnIU
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). *Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência* (ed 2 Vol. 5) 269-279 Millenium. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Negreiros, R., & Lima, V. (2018). Importância do Estágio Supervisionado para o Académico de Enfermagem no Hospital: compartilhando experiências vivenciadas como equipa de trabalho. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 2(16) (1–7).
<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4359>
- Newton, M. (2008). *The Encyclopedia of Crimes Scene Investigation*. New York: Checkmark Books
- 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. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. II Congresso ordem dos enfermeiros, Lisboa.
- Oliveira, E. C. S., Silva, F. P., Pereira, E. B. F., & Oliveira, R. C. (2020). Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus. *Rev Baiana Enferm*, 34 (37259). <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37259>
- Ordem dos Enfermeiros OE. (2009). *Código deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. (Republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 [Dataset]. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE* [Dataset]. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva.
- Porto Editora (2011). *Dicionário da língua portuguesa*. Portugal: Porto Editora
- PORDATA* - Base de dados de Portugal. (2019). Scribbr. <https://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o-1>
- Parreira, T. S., Ribeiro, G., Coelho, J., & Borges, L. (2020). Cuidados de Enfermagem em Tempos de Pandemia: Uma Realidade Hospitalar. *GAZETA MÉDICA*, 7(n.º2). <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/335>
- Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho. *Diário da República, n.º135/18 – II série*. Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de julho. *Diário da república n.º 123 – serie II*. Ordem dos enfermeiros
- Regulamento n.º.140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, n.º 26, serie II: 4744-4750*.
- Reis, C., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). *A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura* (7th ed., Vol. 18, p.2029-2036). Rio de Janeiro: Ciência e Saúde letiva. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

- Relatório anual de segurança interno.* (2019). Masterlink.
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-2019>
- Rodrigues, P. (2015). *Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente* [Slides]. (p.7) Hseit.
<https://www.hseit.pt/files/Dia%20do%20Hospital%202015/Apresenta%C3%A7%C3%B5es/Gest%C3%A3o%20do%20Risco%20Cl%C3%ADnico%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Doente.pdf>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2007). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos, Publicação Da Área Disciplinar de Enfermagem Da Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal*, 15 (1–37).
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- 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
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. F. P., Moura, A. A., & Zanetti, A. C. B. (2018a). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm*, 71(1) (26–34). <https://doi.org/10.23972/det2020iss20pp11-21>
- Santos, S. D. (2013). *Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Coimbra: Universidade de Coimbra.
<http://hdl.handle.net/10316/26042>
- Sapeta, P. (2013, November 17). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista Do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 4(p.4-9).
<https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/3079>
- Scherer, F. D. V. (2020, June 30). O uso da Análise SWOT na seleção de técnicas de inserção do usuário no processo de projeto. *Revista Design & Tecnologia*, 10(20) (11–21).
<https://www.ufrgs.br/det/index.php/det/article/view/552>
- Schub, T., & Balderrama, D. (2017). Forensic Evidence: Preserving. *Nursing Practice & Skill*.
- Sheridan, D. J., Nash, K. R., & Bresee, H. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria á prática*. (6ª ed., Vols. 189–202). Loures: Lusociência.

Silva, R. M., Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). *Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima* (249th-266 ed. ed., Vol. 22). Territorium. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19

Simões, S. (2010). Enfermagem preparados para o crime. *Diário de Notícias*. Published.

Zoboli, E. (2013). Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Revista Bioética*. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FRtRkTBrkzJxw7hc6fGwwQS/abstract/?lang=pt>

ANEXOS

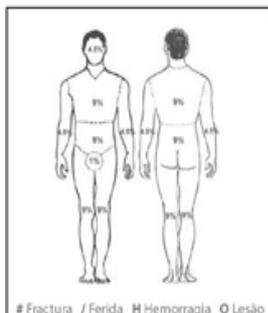
ANEXO I – Folha de Registos da Sala de Emergência

Serviço de Medicina Intensiva
SALA DE EMERGÊNCIA
 telm: 4555



| Dor | Entrada | Saída |
|----------|---------|-------|
| Severa | | |
| Moderada | | |
| Ligeira | | |
| Ausente | | |

| E.N.Sumário | Esq. | Dir. | Esq. | Dir. |
|----------------|------|------|------|------|
| T. Pupilar | | | | |
| Posição / Mov. | | | | |
| Reação S/N | | | | |
| Paresia Facial | | | | |
| Força Motora | | | | |
| Linguagem | | | | |



| | Glasgow | Entradas | Saídas |
|--------------|-------------------|----------|--------|
| Verbal | Olhos | | |
| | Esponânea 4 | | |
| | A fala 3 | | |
| | A dor 2 | | |
| Motor | Nula 1 | | |
| | Orientada 5 | | |
| | Confusa 4 | | |
| | Inapropriada 3 | | |
| | Imcompreensível 2 | | |
| | Nula 1 | | |
| Total | | | |

| Procedimentos / Técnicas | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|--|-----------------|--|--------------|-------------|-----------------|
| Intubação Traqueal | OT | | NT | | Tubo nº | Int Difícil | Traqueo / Crico |
| Intubação Gastrointestinal | NG | | OG | | GJ | Sonda nº | Drenagem S/N |
| Cateterismo Venoso Periférico | Local | | Nº | | Local | Nº | |
| Cateterismo Venoso Central | Local | | Nº | | Complicações | | |
| Cateterismo Arterial | Local | | Nº | | Complicações | | |
| Algáliação | Nº | | Características | | | | |
| Dreno Pleural | Nº | | Características | | | | |
| Tamponamento Nasofaríngeo | Anterior | | Posterior | | Pace | | |
| Imobilizações | Colar | | Plano | | Membros | | |
| Outros | | | | | | | |

| Exames Complementares | | | |
|-----------------------|--|---------------------------|----------------|
| Hemograma | | Gasometria Arterial | Rx |
| Bioquímica | | Gasometria Venosa Central | ECG |
| Coagulação | | Tipagem | Ecocardiograma |
| Hemoculturas | | Urina tipo 2 | EcoFast |
| Urocultura | | Antigénios Urinários | Tac |
| Secreções Bronquicas | | Toxicologia | |

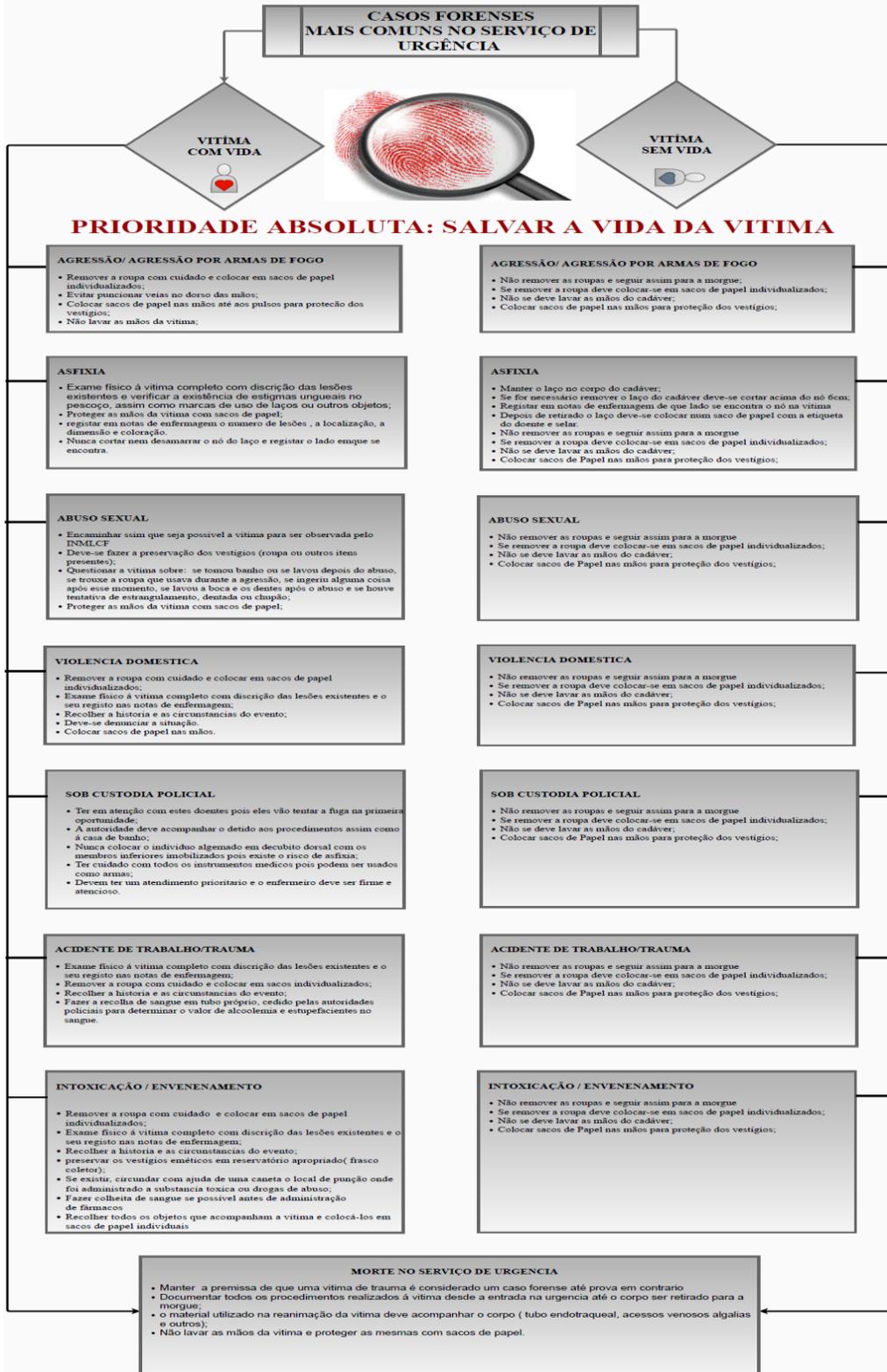
| Observação Clínica Multidisciplinar | | | |
|-------------------------------------|--|------------------|-------------------|
| Cirurgia Geral | | Medicina Interna | Gastroenterologia |
| Ortopedia | | Cardiologia | Urologia |
| Otorrinolaringologia | | Nefrologia | Pneumologia |
| Oftalmologia | | Neurologia | Anestesia |

| Diagnósticos de Saída (Ver Verso) | Observações e Alertas |
|-----------------------------------|-----------------------|
| | |

ANEXO II – Fluxograma de Atuação em Potenciais Situações Forenses

FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO

EM SITUAÇÕES FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



ANEXO III - Check List de Kit de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses

KIT DE RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES

| Referência | Designação do material | Quant. | Prazo de validade | Data de verificação | Verificado por: |
|------------|---|--------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | Água destilada – 10ml | 2 | | | |
| | Avental descartável | 1 | | | |
| | Caneta de acetato | 1 | | | |
| | Cartão de identificação de cadáver | 1 | | | |
| | Compressa estéril 5x5cm | 2 | | | |
| | Compressa estéril 10x10cm | 2 | | | |
| | Compressa estéril 20x15cm | 2 | | | |
| | Elástico | 4 | | | |
| | Envelope sem janela com fita de silicone C4 (229x324mm) | 1 | | | |
| | Envelope sem janela com fita de silicone C5 (162x229mm) | 1 | | | |
| | Envelope sem janela com fita de silicone DL (110x220mm) | 1 | | | |
| | Etiqueta de papel branca | 4 | | | |
| | Frasco de colheita asséptica 120ml | 4 | | | |
| | Luvas esterilizadas 6.5; 7 ;7.5; 8 | 1 | | | |
| | Lamina de bisturi | 1 | | | |
| | Lençol branco | 1 | | | |
| | Mascara de proteção individual | 1 | | | |
| | Máquina fotográfica digital | 1 | | | |
| | Papel A4 branco | 4 | | | |
| | Pente tamanho medio (15cm) | 1 | | | |
| | Pinça esterilizada | 1 | | | |
| | Régua de papel descartável | 1 | | | |
| | Sacos de papel | 6 | | | |
| | Saco para transporte de cadáver | 1 | | | |
| | Tesoura esterilizada | 1 | | | |
| | Touca descartável | 1 | | | |
| | Zaragatoa seca estéril | 1 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ANEXO IV – Planificação da Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

| | |
|----------------------------|--|
| Ação de Formação | Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgencia |
| Serviço: | Serviço de Urgencia do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro |
| Data: | 20/04/2021 |
| Hora de início: | 21h |
| Duração da Sessão: | 75 minutos |
| Publico Alvo/Destinatários | Enfermeiros |
| Local de realização: | Online |
| Formadores: | Carla Maria Mendes Cardoso Verissimo (sob orientação Científica: Professor Mestre João Manuel Pimentel Cainé e orientação de estágio: Mestre e Enfermeiro especialista Antonio Correia) <ul style="list-style-type: none"> • Convidado especial (condicional): Professor Doutor Mestre consultor em Enfermagem Forense Albino Gomes |
| Objetivos Gerais | <ul style="list-style-type: none"> • Uniformização de cuidados na recolha e preservação de vestígios forenses |
| Objetivos Específicos | <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a qualidade de recolha e preservação de vestígios; • Possibilitar a identificação de casos forenses e reporta-los às entidades competentes; • Promover o enriquecimento de conhecimentos nesta área aos enfermeiros do SU; • Elaborar um Fluxograma de atuação; • Criar um kit de Recolha e Manutenção de Vestígios Forenses. |
| Metodologia | Método expositivo/interrogativo/ativo |
| Meio auxiliar de ensino: | Computador/multimédia |
| Conteúdo: | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos; • Justificação do tema; • Diagnóstico da situação - Casuística; • Enfermagem Forense – conceitos; • Situações Forenses mais comuns no SU; • Recolha e preservação de vestígios forenses – Como atuar; • Registos de Enfermagem Forenses; • Enfermagem Forense em Portugal – qual o caminho? (Condicional) • Fluxograma de atuação em situação Forense • Kit de recolha e Preservação de Vestígios Forenses • Considerações finais e questões; • Avaliação da formação e do formador. |

| | |
|--|---|
| <p>Programação:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos; • Justificação do tema; • Diagnóstico da situação - Casuística; • Enfermagem Forense – conceitos; • Situações Forenses mais comuns no SU; • Recolha e preservação de vestígios forenses – Como atuar; • Registos de Enfermagem Forenses; • Enfermagem Forense em Portugal – qual o caminho?} • Fluxograma de atuação em situação Forense • Kit de recolha e preservação de vestígios forenses • Considerações finais e questões; • Avaliação da formação e do formador } <p style="text-align: right;">} 15 min. } 15 min. } 15 min. } 10 min. } 5 min.</p> |
| <p>Avaliação da sessão de formação e do formador</p> | <p>Questionário.</p> |

ANEXO V – Apresentação da Sessão de Formação – *PowerPoint*



ENFERMAGEM FORENSE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL -“ UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS”



MOSTRADO EM ENFERMAGEM DA PESADA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Unidade Curricular de Ética e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada II
Orientação Pedagógica: Professor João Manuel Pinheiro Cabral



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



SUMÁRIO

- Objetivos;
- Justificação do tema;
- Diagnóstico da situação - Casuística;
- Enfermagem Forense – Conceitos;
- Situações Forenses mais comuns no SU;
- Recolha e preservação de vestígios forenses – Como atuar;
- Registos de Enfermagem;
- Fluxograma de atuação em Potenciais situações Forenses;
- Kit de recolha e preservação de vestígios Forenses;
- Considerações finais;
- Avaliação da formação e do formador.



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

OBJECTIVO GERAL:

- ☐ Uniformização de cuidados na recolha e preservação de vestígios forenses

ESPECIFICOS:

- ☐ Melhorar a qualidade de recolha e Preservação de Vestígios;
- ☐ Possibilitar a Identificação de casos Forenses e reportá-los às entidades competentes;
- ☐ Promover o enriquecimento de conhecimentos nesta área aos enfermeiros do SU;
- ☐ Elaborar um Fluxograma de atração
- ☐ Criar um kit de recolha e Preservação de vestígios Forenses



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

ENFERMAGEM FORENSE – Justificação do tema



Lynch & Duval(2011) defendem que a prestação de cuidados efetuada pelos profissionais de saúde não se deve limitar a cuidados físicos e emocionais, mas sim alargar o leque de cuidados de uma forma holística do utente, como o corpo, a mente, o espírito e a lei.

“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 contrariam a lei, a ética ou o bem comum...”(Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Estudos efetuados nesta área que evidenciam que os enfermeiros apresentam um deficit de conhecimentos para prestarem cuidados em cenários Forenses.



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO



- Conversas informais com a equipa multidisciplinar;
- Interesse e receptividade por parte da equipa;
- Ausência de normas de procedimentos/protocolos específicos no âmbito da recolha e preservação de vestígios forenses;
- Ausência de formação nesta área quer em contexto académico, quer profissional;
- Casuística de casos forenses do CHTMAD.



SITUAÇÕES FORENSES MAIS COMUNS NO SU

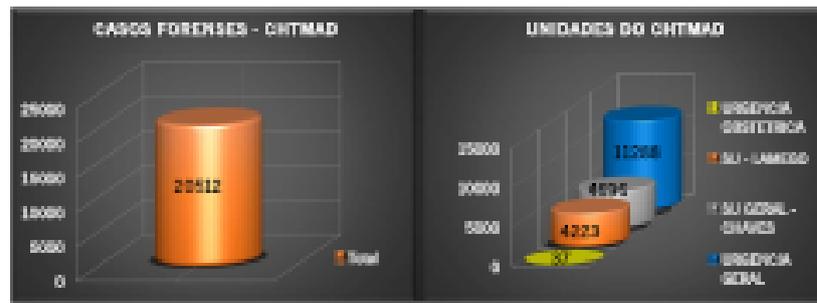
Segundo Pasqualone (1998, 2006), existem no mínimo 24 tipos de categorias forenses de vítimas que recorrem ao hospital.





DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

POTENCIAIS CASOS FORENSES DO CHTMAD



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

POTENCIAIS SITUAÇÕES FORENSES MAIS COMUNS NO CHTMAD



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

ANOS EM ANALISE



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

POTENCIAIS CASOS FORENSES E GENERO





DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística



FAIXA ETARIA MAIS COMUM



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística



IDADE MAIS COMUM



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

CONCELHOS COM MAIS % DE CASOS DE AGRESSÃO, VIOLENCIA DOMESTICA E VIOLAÇÃO



DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO – Casuística

QUAL O DESTINO DAS VITIMAS ?





ENFERMAGEM FORENSE - Conceito



"...[a International Association of Nurses] (IAN, 2015), a Enfermagem Forense é a prática global da enfermagem, quando os cuidados de saúde intercedem o sistema legal."

Segundo Gomes(2014), Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de Enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Pública.

"Forensic nursing science is defined as the application of the forensic aspects of healthcare combined with the bio/psico/social/spiritual education of registered nurses in the scientific investigation and treatment of the trauma or death victims and perpetrators of violence, criminal activity, and traumatic accidents" (Lynch,2011, p. 5)



SITUAÇÕES FORENSES MAIS COMUNS NO SU

Segundo Pasqualone (1998, 2006), existem no mínimo 24 tipos de categorias forenses de vítimas que recorrem ao hospital.





ENFERMAGEM FORENSE – VESTIGIOS



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

Segundo Gomes, A. (2004) vestígio é qualquer item que pode ser recolhido num local, que irá ser analisado pela investigação criminal ..."

Ferrari (2012) citado por Gomes (2016), define vestígio de uma forma mais abrangente e adequada às ciências forenses, como "...qualquer produto de agente ou evento provocador."

"Testemunhas do crime"
Locard, 1939

ABRIL 2021 CARLA VERÍSSIMO



ENFERMAGEM FORENSE – Princípio de Locard



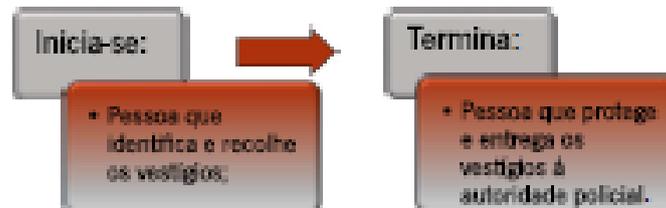
Princípio de Locard

"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)

ABRIL 2021 CARLA VERÍSSIMO



ENFERMAGEM FORENSE – Cadeia de custodia

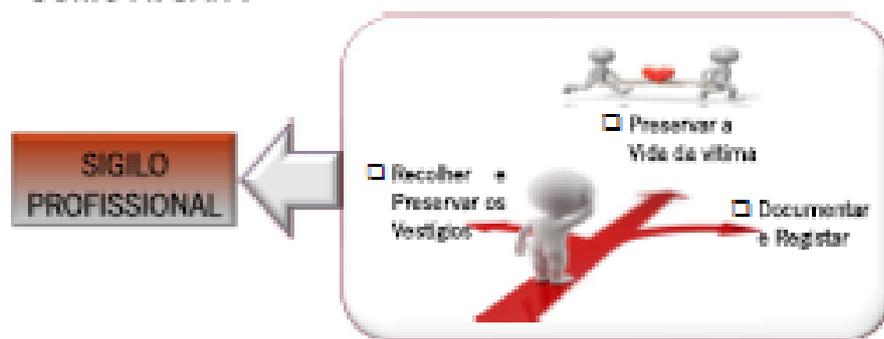


É um Procedimento para validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, é inerente à recolha de vestígios fazendo parte do método científico da investigação, para assim evitar a contaminação dos vestígios. Tem como objetivo uma vigilância constante dos vestígios. Gomes A. (2014)



RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES

COMO ATUAR ?





RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES



Princípios Básicos :

Retirar corretamente a roupa, cortar sempre pelas costuras longe do local e lesão;

Evitar 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)



RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES



Registos de Enfermagem:

- ❑ Anotar em **Diagrama [Docuport](#)** a localização das lesões e suas características;
- ❑ Os registos de Enfermagem devem ser o mais completos possível, pormenorizados, minuciosos, precisos e cronológicos pois podem ser fundamentais na investigação clínica e dos procedimentos judiciais;
- ❑ Após os vestígios serem entregues às autoridades policiais caso estejam presentes, faz-se a confirmação, o registo em notas de enfermagem a quem foi entregue e registo em **Incumbido** de cadeia de custódia conforme norma da DCS (2516);
- ❑ Na ausência das autoridades policiais, as provas e o espólio, devem ser armazenadas em cofre existente no serviço para esse fim.
- ❑ Após 24h da existência dessas provas no serviço devem ser contactadas as autoridades locais;





FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU

FORMATO FINAL:



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU



ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU

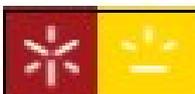
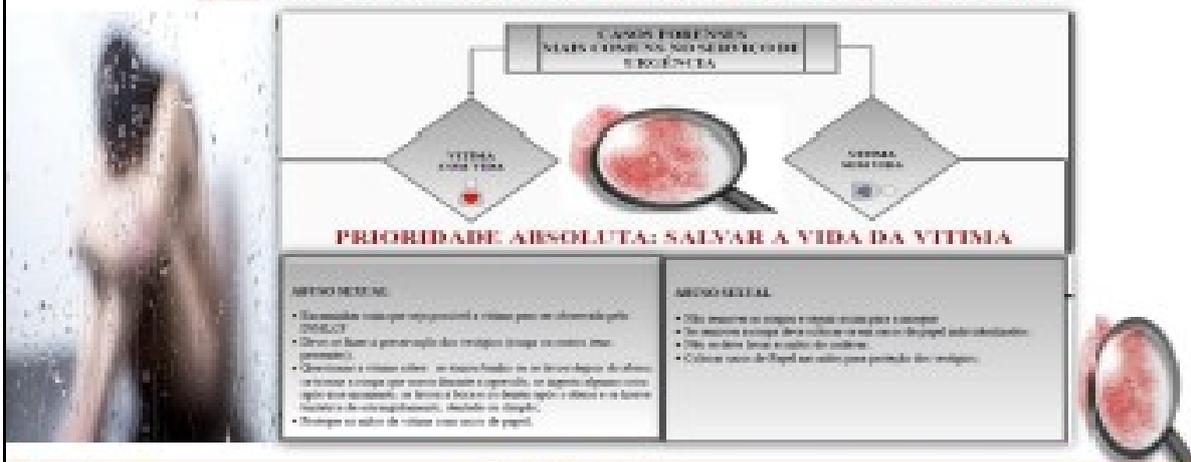


ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU





FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU





FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU

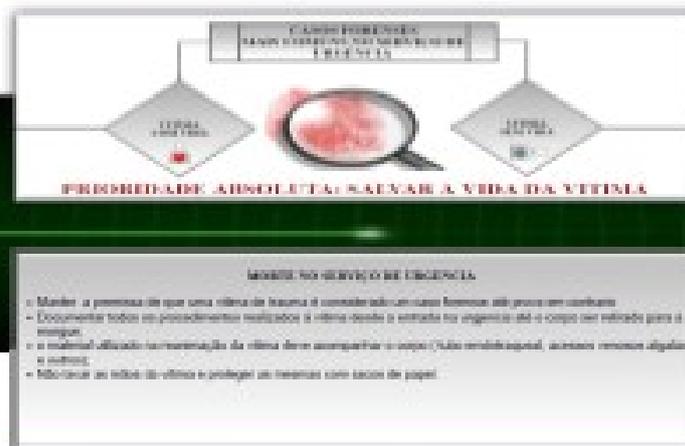


ABRIL 2021

CARLA VERÍSSIMO



FLUXOGRAMA DE ACTUAÇÃO EM SITUAÇÕES FORENSES NO SU



ABRIL 2021

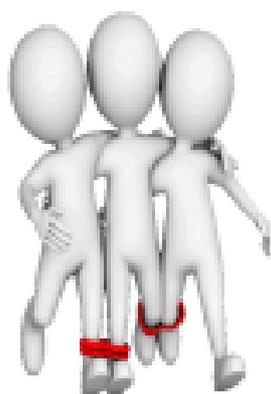
CARLA VERÍSSIMO



KIT DE RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS – [check list](#)



CONSIDERAÇÕES FINAIS:



Gomes, A. (2014)





OBRIGADO

