

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cláudia Daniela Pereira da Silva

Violência Doméstica: Papel do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Cláudia Daniela Pereira da Silva

Violência Doméstica: Papel do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Fátima Braga

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 – Não Comercial – Sem Derivações
CC BY-NC-ND

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

AGRADECIMENTOS

À Professora Fátima Braga, a ela em primeiro lugar, por me ter apoiado nos momentos em que o desânimo e o cansaço tomavam conta de mim.

Aos vários profissionais de saúde do Serviço de Urgência do Hospital de Vila Nova de Famalicão, pelo companheirismo e relação de interajuda que sempre demonstraram ter.

Aos meus Pais e Irmão, meus eternos pilares, que me permitiram manter o equilíbrio e ter o amor de que tanto necessitei. A ti, Catarina, por teres sido uma fonte enorme de paciência e ajuda.

Aos meus amigos de todas as ocasiões, que me deram alento e força fazendo-me acreditar que era capaz.

A todos os que se mantêm, assim como àqueles que se cruzaram comigo nesta caminhada, obrigado pelas mensagens de incentivo e carinho.

Ao Senhor Enfermeiro Luís Filipe Moreira, profissional de excelência, a si lhe dedico a verdadeira mudança da minha vida.

A todos o meu muito OBRIGAGO!

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.

Violência Doméstica: Papel do Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final surge o presente relatório, cujos objetivos são: i) descrever as oportunidades de aprendizagem que conduzirão à aquisição das competências regulamentadas no âmbito da especialidade, ii) refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas tendo por base os modelos teóricos em enfermagem, e iii) apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço, utilizando a Metodologia de Projeto. Neste enquadramento, o desenvolvimento de competências nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico centrou-se no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, em concordância com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. No domínio da investigação utilizou-se a metodologia de trabalho de projeto, com base numa problemática real do serviço de urgência, identificada através do diagnóstico de situação. Vários estudos de investigação têm sido desenvolvidos no âmbito da violência doméstica, contudo, a evidência científica demonstra uma lacuna de conhecimentos na abordagem a este tipo de vítimas de crime. Deste modo, este Projeto de Intervenção em Serviço, pretendeu sensibilizar os enfermeiros para o cuidar à pessoa em situação crítica vítima de violência doméstica, o qual se concretizou com a realização de uma ação de formação em serviço com elevada taxa de satisfação dos enfermeiros relativa à participação e aquisição de conhecimentos. A realização do estágio permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências no que reporta às competências requeridas ao enfermeiro especialista. No caminho percorrido, pretendeu-se desenvolver uma prática de enfermagem especializada e sustentar a tomada de decisão clínica tendo por base o cuidar especializado à pessoa em situação crítica, na procura permanente da qualidade e excelência do exercício profissional, alicerçado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, serviço de urgência, violência doméstica; vítima crítica.

Domestic Violence: Nursing Role in Critical Care

ABSTRACT

Regarding the Master's degree in Nursing for the Patient in Critical Condition, in the Internship and Final Report arises the hereby report, whose objectives are: i) describe the learning opportunities that will lead to the acquisition of regulated skills within the specialty, ii) critically reflect on the skills developed based on theoretical models in nursing, iii) present the Intervention in Service Project, using the Project's Methodology. In this context, the development of skills in the care provided to the person in critical condition in an Emergency Medical-Surgical Service focused on the field of care delivery, in the field of training, in the field of management and in the field of research, paired with the skills of the specialist nurse in medical-surgical nursing. In the scope of the investigation, we used the project work methodology, where we developed a real-life scenario of the emergency service, identified through the diagnosis of the situation. Despite the studies that have been carried out in the field of domestic violence, scientific evidence demonstrates a knowledge gap in the approach to this type of victims. This way, our objective was to carry out an In-Service Intervention Project, which aims to raise awareness among nurses of the importance of providing quality health care to people in critical situation who are victims of domestic violence, which took place with in-service training during our internship which aims to provide nurses with the knowledge to approach the critical victim of domestic violence based on best practices. Having completed this journey, we intend to develop a specialized nursing practice and support clinical decision-making based on specialized care for the person in critical condition, in the permanent search for quality and excellence in professional practice and based on the knowledge of specialized care in medical-surgical nursing.

Keywords: critical victim; domestic violence; emergency service, specialist nurse.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Estágio desenvolvido no Serviço de Urgência de um hospital da Região Norte do país .	5
2.1. Competências do EEEMC na área da PSC desenvolvidas no Âmbito do Estágio no SU...8	
2.1.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	8
2.1.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	16
2.1.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	17
3. A Violência Doméstica e o papel do Enfermeiro Especialista	20
3.1. Fluxograma de atendimento a vítimas de Violência Doméstica.....	24
3.2. A Violência Doméstica e o Enfermeiro Especialista	26
4. Projeto de Intervenção em Serviço	29
4.1 Diagnóstico de situação.....	29
4.2 Definição de Objetivos	30
4.3 Planeamento.....	31
4.4 Execução	33
4.4.1 Avaliação da ação de formação	34
4.5. Avaliação	37
4.6 Divulgação dos resultados	37
5. Conclusão	38
Referências Bibliográficas.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Tipologia de violência interpessoal.....	21
Figura 2 Efeitos da violência na saúde individual	22
Figura 3 Modelo ecológico da violência	23
Figura 4 Ciclo da violência	24
Figura 5 Fluxograma de atuação em situações agudas e/ou de agressão sexual.....	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Avaliação da ação de formação	35
--	----

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECDC – *European Centre of Disease Prevention and Control*

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

EV – Endovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IMV – Ingestão Medicamentosa Voluntária

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LA – Linha Arterial

LGP – Língua Gestual Portuguesa

MRMI – *Medical Response to Major Injuries*

n^o – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*

PAM – Pressão Arterial Média

PCI – Prevenção e Controlo da Infecção

PCR – Paragem Cárdio-Respiratória

PE – Processo de Enfermagem

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem

RT – Responsável de Turno

SAV – Suporte Avançado de Vida
SE – Sala de Emergência
SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro
SU – Serviço de Urgência
TOT – Tubo Oro-Traqueal
TSV – Taquicardia Supraventricular
UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios
VD – Violência Doméstica
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VMI – Ventilação Mecânica Invasiva
VNI – Ventilação Não-Invasiva
VPP – Variação da Pressão de Pulso

“Os sonhos são projetados no nosso arquiteto interior, mas a realização está nas nossas mãos.”

Nietzsche

1. Introdução

O cuidar da pessoa está entre as mais belas-artes profissionais. A enfermagem enquanto disciplina e profissão tem no cuidar a sua pedra basilar, incluindo todo o ciclo vital humano, assim como as interações entre pares, grupos e familiares.

A enfermagem tem acompanhado a evolução da sociedade, tendo a própria disciplina evoluído nos vários níveis de formação acadêmica e exercício profissional, reconhecendo-se o valor do papel do enfermeiro no que concerne à qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015), baseando a sua prática na evidência científica mais atual. Estas exigências denotam que o desenvolvimento de um conhecimento em enfermagem especializado que guie a prática clínica é fundamental (Alligood, 2014) tornando-se este pertinente para o exercício profissional de excelência face às dificuldades que por vezes os enfermeiros se defrontam no cuidar de pessoas que estão a experienciar processos de transição, antecipação da transição ou finalizando esse processo nos vários contextos de atuação (Meleis, 2012). Deste modo, ao Enfermeiro Especialista é exigido uma postura profissional que será reconhecida como uma referência no cuidado à pessoa a vivenciar situações de saúde complexas, decorrentes de uma situação aguda.

O Serviço de Urgência (SU) apresenta-se como um contexto onde o exercício de enfermagem enfrenta grandes desafios, pela complexidade de cuidados necessários assim como pela prontidão com que a abordagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) deve ser realizada. O enfermeiro especialista mostra-se como uma figura de relevo na prestação de cuidados à PSC que é admitida no SU, nomeadamente nas áreas em que a sua competência tem maior pertinência, tais como a violência interpessoal.

A violência acompanha o ser humano desde os primórdios da sua existência, e, como tal, os profissionais de saúde podem estar envolvidos em eventos onde exista algum tipo de violência sobre outra ou outras pessoas (Perdigão et al., 2016).

A Violência é considerada um crime violento e definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a

possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação (World Health Organization, 2002, p. 5),

que pode tomar várias formas, sendo a Violência Doméstica (VD) o objeto de atenção do presente trabalho.

A VD surge como um problema mundialmente instalado, que afeta qualquer ser humano independentemente da sua idade, literacia, estrato social ou condição económica (Ahmad et al., 2016). Em Portugal, a prevalência de casos de VD está subdimensionada. Em 2020, de acordo com o relatório anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 20457 pessoas foram vítimas de crime ou violência em Portugal, em que 14854 desses crimes ocorreram no âmbito de VD (APAV, 2021). Porém, os números do Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para 22524 pessoas alvo deste crime público (Instituto Nacional de Estatística, 2022, p. 73). Estimativas publicadas pela OMS em 2014, indicam que globalmente cerca de 1 em 3 (30%) mulheres no mundo tem sido sujeitas a violência física e/ou sexual pelos seus parceiros ou ex-parceiros ao longo da sua vida (World Health Organization, 2014).

O atendimento da PSC vítima de VD requer do enfermeiro especialista conhecimentos e competências que lhe permitam prestar os melhores cuidados. Ao enfermeiro que exerce funções no SU compete intervir na PSC vítima de VD prestando os melhores cuidados de saúde de que esta necessita.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na vertente da PSC (2018), estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

O EEEMC na vertente da PSC “assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios da prática de crime” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19364).

Sendo esta uma área de interesse pessoal resultante de inquietações oriundas da prática clínica enquanto enfermeira, optou-se pelo desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) atendendo ao papel que o enfermeiro especialista desempenha na abordagem à PSC vítima de VD.

Este documento no formato de relatório, emerge da Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final, integrada no Mestrado em Enfermagem da PSC, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade

do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes, como orienta o plano de estudos desta Unidade Curricular, cumprindo-se assim, a sua conclusão.

O presente relatório foi elaborado de forma a descrever as atividades realizadas ao longo do Estágio que decorreu num SU, com uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) integrada, de um hospital da Região Norte do país. Este decorreu no período compreendido entre fevereiro e junho de 2022. O seu principal objetivo é evidenciar as experiências que permitiram o desenvolvimento e a capacitação, quer profissional quer pessoal, com o intuito de validar a aquisição de competências como Mestre em EEEMC, na área da PSC. Ao longo do mesmo, utilizar-se-á uma metodologia descritiva e analisar-se-á reflexivamente as atividades desenvolvidas e as aprendizagens e competências adquiridas ao longo do estágio.

Este trabalho apresenta-se como a representação escrita de cariz duplo, em que por um lado, pretende-se descrever, analisar e refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem que emerge do estágio (Peixoto & Peixoto, 2017) e, por outro lado, apresentar o PIS desenvolvido no SU, utilizando a Metodologia de Projeto segundo Ruivo e seus colaboradores (2010). Como objetivos para este relatório pode-se enumerar: i) descrever as oportunidades de aprendizagem que conduziram à aquisição das competências regulamentadas no âmbito da especialidade, ii) refletir criticamente sobre as competências desenvolvidas tendo por base os modelos teóricos em enfermagem, e iii) apresentar o PIS, utilizando a Metodologia de Projeto. Este PIS foi desenvolvido com o objetivo de sensibilizar os enfermeiros para a importância do cuidar à PSC vítima de VD. Dele surge uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, cumprindo com o seu pressuposto de análise da literatura, com discussão sobre métodos e resultados de investigações, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos na área (Vilelas, 2020), cujas fontes selecionadas derivam de artigos pesquisados nas bases de dados científicas agregadas à Elton B. Stephens Company Host, Web of Science, assim como, nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal e de livros de autores primários existentes na biblioteca da Universidade do Minho na área da saúde e das ciências sociais e humanas.

Quanto à organização estrutural, este documento divide-se em seis capítulos. O primeiro enquadra-se a presente introdução. O segundo capítulo procede-se a uma descrição crítico-reflexiva das experiências decorridas ao longo do estágio no SU, com análise das mesmas sobre a aquisição das competências específicas de EEEMC na área da PSC. A abordagem à PSC vítima de VD é efetuada no terceiro capítulo onde se apresenta e fundamenta a problemática da vítima de VD e a necessidade de um PIS. Cumprindo a Metodologia de Projeto, as suas várias etapas são apresentadas no quarto capítulo. O

quinto capítulo contém as considerações finais. As referências bibliográficas são apresentadas no sexto capítulo seguido dos apêndices e anexos.

2. Estágio desenvolvido no Serviço de Urgência de um hospital da Região Norte do país

“O contexto de trabalho hospitalar proporciona experiências enriquecedoras do ponto de vista da aprendizagem dos alunos estagiários” (A. Macedo et al., 2012, p. 403). Os estágios mostram-se sempre como locais de aprendizagem por excelência (Braga & Machado, 2011).

No que concerne à formação, os contextos de estágio permitem processos dinâmicos, recíprocos e bidirecionais de aprendizagem e partilha entre os pares, o que permite ao enfermeiro em formação criar percepções novas e até construtos sobre a sua atuação. Tal se denota de elevada importância quando se trata de desenvolver competências no âmbito do cuidar especializado, e neste sentido *Patricia Benner* teve um contributo basilar. Esta teórica desenvolveu uma teoria de aquisição de competências baseado no Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem em que teoriza que um enfermeiro passa por “cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 43).

Relativamente à aquisição e desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro em formação passa pelos cinco níveis atrás enumerados, que se mostram como o retrato da mudança progressiva da proficiência em determinada competência. A organização destes níveis, segundo Benner (2001), faz-se ao longo de cinco etapas, em que na primeira considera que o iniciado não tem experiência nenhuma nas situações com que se depara na prática clínica, pelo que tem dificuldade em estabelecer prioridades. Na segunda, o iniciado avançado já possui um conjunto de experiências que lhe permite ter um comportamento ajustado na maioria das situações, nomeadamente nas que possuem um padrão repetitivo, embora lhe escapem pormenores das próprias experiências. Na terceira etapa, o enfermeiro competente trabalha no seu contexto há pelo menos três anos, e as suas intervenções são planeadas recorrendo a uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. Porém, ainda não possui a evolução quer em termos de flexibilidade e velocidade de decisão-ação que algumas experiências impõem. Na quarta etapa, o enfermeiro é proficiente, e consegue perceber as experiências na sua globalidade, não estando, porém, apto a descrever ou explicar aspetos mais complexos. Na quinta etapa, o enfermeiro torna-se perito pois já possui uma experiência alargada de determinada situação, compreendendo-a de forma intuitiva no seu todo e na sua globalidade, articulando a teoria com a prática. Está focado no fenómeno em si e não nos aspetos de menor relevo. É um enfermeiro flexível, que age rapidamente e em conformidade em cada situação,

e destaca-se da equipa pelo reconhecimento que os pares lhe conferem, sendo referência na gestão de situações complexas e sustentando a sua prática na evidência mais atual que lhe confere competência intelectual e científica (Benner, 2001).

Neste sentido, o enfermeiro especialista deve deter um corpo de conhecimentos técnicos, científicos e sociais que lhe permita agir a partir de uma compreensão profunda da situação global (Benner, 2001). A evolução do enfermeiro advém, múltiplas vezes, desta capacidade de análise da prática reflexiva que surge da necessidade de rever o próprio pensamento sobre determinado fenómeno (Peixoto & Peixoto, 2016). Este processo permite que na prestação de cuidados de enfermagem cada vez mais se compreenda os processos, os problemas e os fenómenos das pessoas, independentemente da idade, ao longo do seu ciclo vital e tendo em conta a constante evolução da sociedade (Kérrouac et al., 2017). O referencial de Benner (2001) permitiu demonstrar que a especialização e a proficiência do profissional de enfermagem acontecem ao longo da sua vida profissional, à medida que vai compreendendo melhor os fenómenos com que se depara e que vai desenvolvendo a sua prática clínica atribuindo significado holístico, profundo e global. Segundo o Regulamento nº140/2019, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4744), e cuja certificação garante que “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745). Ainda de acordo com o mesmo regulamento, a prática especializada deverá assentar nos vários domínios, como “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (p. 4745), e que asseguram a evolução da disciplina em cada um dos domínios descritos (Kérrouac et al., 2017).

A pessoa é o alvo central dos cuidados, na sua esfera biopsicossocial e espiritual, almejando o completo bem-estar obrigando o Enfermeiro Especialista a uma interação direta com a pessoa/família/grupos (Internacional Council of Nurses, 2020). A Humanização dos Cuidados de Saúde espera que todos os seus profissionais sigam normas de conduta, quer previstas em legislação, quer apreendidas academicamente. Tendo em conta os quatro princípios da ética na saúde defendidos por Beauchamp e Childress: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça (Beauchamp & Childress, 2019), o enfermeiro especialista garante que as práticas de cuidados respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019).

O SU, enquanto serviço de ação médica hospitalar, é um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência e emergência médicas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exigem uma intervenção médica imediata (Despacho Normativo nº11/2002, 2002). Estes serviços estão dotados de profissionais cuja diferenciação permitem ter uma atuação mais eficaz e eficiente, e é neles depositada uma elevada confiança por parte dos utentes, dado que quando são acometidos de alguma patologia aguda o primeiro contato destes com os serviços de saúde é o SU e os seus profissionais (Brazão et al., 2016). Aos enfermeiros da urgência é requerida uma combinação complexa de capacidades, experiência e saber personalizado (Alminhas, 2007) já que o nível de exigência exigido é cada vez maior quer pelo crescimento populacional quer pelo seu envelhecimento (Brazão et al., 2016).

Para além das competências acima referidas, não se pode menosprezar que muitas vezes são desempenhadas outras funções, igualmente importantes, para que o processo assistencial ocorra da melhor forma, tais como funções administrativas, de gestão, de rastreio de casos difíceis, supervisão e formação dos elementos mais novos, entre outros (Brazão et al., 2016).

Ao EEEMC na área da PSC é requerido que possua fundamentalmente três competências específicas, subdivididas da forma seguinte:

- i) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- ii) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e
- iii) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19359).

De modo a alcançar as competências acima descritas foi realizado um estágio de 400h, que decorreu no período compreendido entre 7 de fevereiro e 27 de junho de 2022, no SU de um Hospital da Região Norte de Portugal. O estágio em unidades consideradas de doente crítico privilegia e assegura as experiências significativas que permitem ao profissional estagiário o desempenho autónomo e eficaz no âmbito desta especialidade (Macedo, 2004).

Ao longo deste capítulo pretende-se apresentar as análises crítico-reflexivas das experiências vivenciadas em estágio que contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEEMC.

2.1. Competências do EEEMC na área da PSC desenvolvidas no Âmbito do Estágio no SU

A Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamenta que todos os enfermeiros especialistas devem partilhar de um grupo de competências designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

A formação do EEEMC em contexto de estágio, que pela sua natureza mostra-se diferente do local de prática clínica habitual daquele profissional, traduz-se numa diversidade de oportunidades de aprendizagem que almejam a aquisição das competências na área da PSC.

Assim, tendo em conta as características do SU e a tipologia de doentes que atende, este estágio reveste-se de fulcral importância para o profissional que se propõe a este caminho. Nesta unidade atendem-se pessoas com doença súbita ou agravamento do estado de saúde, bem como, vítimas de situações emergentes, excecionais ou até de catástrofe. Estes doentes, pela vivência de processos complexos de saúde que podem levar à falência orgânica, exigem dos Enfermeiros do SU uma perícia técnica e científica que os diferenciam dos demais, nomeadamente do EEEMC na área da PSC, que é elemento-chave na prestação de cuidados de saúde diferenciadores.

Efetivamente, este estágio mostrou-se um local rico e vasto de experiências que permitiram o desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do curso de especialização, como também a aquisição das competências estabelecidas pela OE nesta área.

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

Esta competência indica no descritivo que

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista

mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363).

Mostrou-se ser a competência mais desenvolvida neste estágio dado que, profissionalmente exerce atividade na área Pré-Hospitalar, exigindo um sentido de adaptação e responsabilidade acrescidos, tomando consciência plena das suas limitações e da necessidade de usufruir do máximo de experiências que permitissem evoluir enquanto enfermeira especialista nesta área.

Na unidade de competência em que o enfermeiro especialista “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19363) torna-se fundamental identificar precocemente focos de instabilidade no doente crítico. A monitorização do doente crítico é fundamental para acompanhar e avaliar constante e sistematizadamente a PSC. A intervenção monitorizar o perfil hemodinâmico é fundamental para que o EEEMC detete atempadamente as funções em risco de falência ou em falência efetiva, com o propósito de restabelecer essas mesmas funções (Sousa et al., 2021). Na atualidade, a monitorização da PSC pode ser realizada com recurso a técnicas não invasivas, minimamente invasivas ou invasivas, permitindo inferir a condição hemodinâmica. Habitualmente, são avaliados diversos parâmetros, como Frequência Respiratória, análise pletismográfica do pulso (Marçal et al., 2015), Frequência Cardíaca e eletrocardiografia, com a avaliação da qualidade dos pulsos (centrais e periféricos), pressão arterial (sistólica/média/diastólica), diurese, glicemia e temperatura corporal (Sousa et al., 2021). Algumas das técnicas de monitorização invasiva complementam a informação dada pelas técnicas não invasivas, como a monitorização da Pressão Arterial Invasiva que fornece informações de incontornável importância na manutenção do sistema circulatório, como a Pressão Arterial Média (PAM) e a medição da Variação da Pressão de Pulso (VPP) em doentes ventilados para verificar a responsividade à administração de fluidoterapia. Estas medidas permitem a vigilância e o reconhecimento imediato de uma situação de agravamento súbito [como colapso hemodinâmico ou Paragem Cárdio Respiratória (PCR)]. Este estágio permitiu manusear a Linha Arterial (LA), técnica invasiva que monitoriza a PAM e a VPP, e assim prever sinais de instabilidade hemodinâmica precocemente.

Manteve-se sempre uma atitude proativa constante, de observação do método de abordagem realizado pelos enfermeiros especialistas e mais experientes, interiorizando os seus ensinamentos e partilhando experiências. Estes momentos de *debriefing*, que aconteciam quer com as enfermeiras responsáveis pela orientação em estágio, quer com os enfermeiros especialistas que se encontravam a realizar aquele turno, mostraram-se importantes para progressivamente tornar-se autónoma na abordagem do doente crítico, inclusive na Sala de Emergência (SE). Este espaço do SU é o mais diferenciador na

abordagem da pessoa em situação emergente, pelo que permitiu treinar e evoluir na resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Por exemplo, na admissão de um doente em Mal Asmático na SE, assim como na sua abordagem e prestação de cuidados, em permanente parceria com o médico da SE. Tal permitiu melhorar a capacidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade que estes doentes necessitam. A contínua modernização dos cuidados de saúde e a constante evolução tecnológica exige ao EEEMC na área da PSC manter-se atualizado, de forma que intervenha de forma eficaz e ajustada na abordagem ao doente complexo (Henao-Castaño et al., 2021).

Este estágio possibilitou o desenvolvimento de competências na colocação, manutenção e manuseio de: Linha arterial, Cateter Venoso Central (CVC), Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Não-Invasiva (VNI), monitorização eletrocardiográfica, manuseio de medicação endovenosa (EV) de uso hospitalar, colheita de gasometria, aspiração de secreções por Tubo Oro-Traqueal (TOT), manuseio de drenos, colaboração em Toracocenteses e Paracenteses, entre muitas outras que permitiram adquirir novos conhecimentos e aumentar a perícia e qualidade nos cuidados prestados.

Sendo enfermeira do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é exigida competência, conhecimento e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV) (INEM, 2020) e trauma. Porém, este estágio permitiu desenvolver estas habilidades na vertente hospitalar. Apesar de apenas ter acontecido uma situação de PCR no SU, houve vários momentos de partilha de conhecimentos com as tutoras, dado que ambas são elementos da equipa de enfermagem que abordam doentes na SE, e, inclusive, uma tem horário na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital. Percebeu-se que rapidamente a pessoa vítima de PCR é levada para a SE, ativando-se o Médico de Medicina Interna responsável, e iniciado o SAV com toda a panóplia de procedimentos que este envolve. Relativamente ao trauma, foram importantes as aprendizagens de duas experiências, em que ambas as vítimas deram entrada na SE acompanhadas pela VMER. Uma delas teve um acidente de trabalho com um corte por uma lâmina de uma máquina industrial, com laceração profunda dos tecidos da face interna do braço esquerdo. A vítima apresentava-se com torniquete aplicado para controlo de hemorragia abundante (Schroll et al., 2020). Esta experiência possibilitou atuar e refletir sobre os focos de instabilidade possíveis, como hemorragia exsanguinante, estado de choque hipovolémico, gangrena do membro superior e, até, PCR. A segunda situação envolveu uma vítima politraumatizada em acidente de viação, recebida na SE imobilizada com as técnicas adequadas e com analgesia iniciada pela VMER no local do acidente. Aqui, foi possível desenvolver várias técnicas, nomeadamente a abordagem sistematizada ABCDE (A - *Airway* / B - *Breathing* / C - *Circulation* / D - *Disability* / E - *Exposure*) preconizada para avaliar a vítima crítica através da identificação de lesões *life threatening*, e tratamento

de acordo com as prioridades estabelecidas (INEM, 2020). Procedeu-se à retirada do material de imobilização (colar cervical, cinto pélvico, maca de vácuo e talas) após realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica e controlo adequado do mal-estar provocado pela dor. Este aspeto, bem explanado na unidade de competência exigida ao enfermeiro especialista em que se pede que faça a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, permitiu desenvolver esta competência quer pela gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, tendo em conta a Metodologia de Analgesia Multimodal preconizada pela *American Pain Society* (Chou et al., 2016), quer pelo estabelecimento de medidas não-farmacológicas como medidas de posicionamento e conforto da vítima.

No que concerne à garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos mostrou-se ser mais uma área com elevado número de oportunidades de desenvolvimento de habilidades, como a atuação em casos de Desequilíbrios Eletrolíticos (Hipoglicemia, Hiperglicemia, Hiponatremia e Hipocaliemia, por exemplo), as várias Vias Verdes em uso no SU [Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Sepsis e Trauma] (Direção-Geral da Saúde, 2018), disritmias [nomeadamente Taquicardia Supraventricular (TSV) de Complexos Estreitos Estável], alergia, Ingestão Medicamentosa Voluntária (IMV), Edema Agudo do Pulmão (EAP), entre muitas outras. Neste âmbito, saliento que um dos momentos positivos neste estágio foi a possibilidade de ter gerido o protocolo terapêutico de abordagem à pessoa com TSV juntamente com a médica assistente. Antes da abordagem da pessoa analisou-se as várias possibilidades de instabilidade após a administração da medicação EV com potencial antiarrítmico grave tendo em conta a prevenção de complicações. Abordou-se também o tipo de intervenções de qualidade no âmbito da enfermagem, nomeadamente na prevenção de complicações associadas à técnica, o tipo de respostas ajustadas em caso de PCR assim como a monitorização e avaliação da eficácia do protocolo terapêutico instituído. Este momento facilitou a reflexão sobre a importância do trabalho em equipa e da evidente responsabilidade do EEEMC na área da PSC na gestão e prevenção de complicações que um doente em risco de falência orgânica pode ter (Bourgault & Goforth, 2021).

Ainda neste ponto, o EEEMC na área da PSC demonstra habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos, sendo este um critério de avaliação da competência específica. Esta competência foi desenvolvida, pois, houve um caso de um homem que ao dar entrada na SE após Cefaleia Intensa súbita entra em PCR tendo sido detetada e iniciado o SAV concertado com todos os elementos presentes na SE. Ao final do primeiro ciclo e logo após a administração de adrenalina EV 1mg, a vítima tem Recuperação da Circulação Espontânea,

mas sem recuperação do estado de consciência. Colaborou-se com a equipa médica na colocação do TOT e manutenção da VMI. Após a execução de uma Tomografia-Axial Computadorizada Cerebral, deteta-se Hemorragia Cerebral de elevada extensão, tendo a equipa médica concluído ser esta uma situação de morte cerebral (Despacho nº 14341/2013, 2013). Presume-se que qualquer pessoa é um potencial dador de órgãos à exceção dos inscritos no Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Deste modo, dado estarem reunidas as condições clínicas para se realizar a doação de órgãos e tecidos, acompanhou-se todo o processo e colaborou-se na manutenção hemodinâmica até o doente ser transferido para a unidade adequada ao procedimento (Noyes et al., 2019). A gestão deste tipo de doentes é uma tarefa complexa e como tal requer um conjunto de competências técnico-científicas e uma sólida humanização dos cuidados quer dos doentes, quer das suas famílias. Neste contexto, foram desenvolvidos conhecimentos e habilidades facilitadores da gestão da ansiedade e do medo vivido pelas pessoas envolvidas com uma situação de falência orgânica. Por não estar familiarizada com esta área, houve alguma insegurança por não conhecer os procedimentos que se deveriam adotar numa situação destas a nível intra-hospitalar. Porém, dada a sua prática profissional estar muitas vezes envolvida com famílias a lidar com situações inesperadas de morte, adaptou-se os conhecimentos e práticas ao contexto intra-hospitalar de modo a facilitar o processo de luto e “dignificar a morte” daquela pessoa. Apesar da fase pandémica estar ainda presente e devido a esta pandemia ter havido alterações na presença de familiares junto dos doentes nos serviços de urgência, a evidência científica mais recente demonstra que os cuidados de enfermagem holísticos envolvendo a família nos vários níveis de cuidados é o caminho da excelência do cuidar (Bouchoucha & Bloomer, 2021).

No que toca a efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas com base em evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar é pedido ao EEEMC na área da PSC um conhecimento aprofundado sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da população que cuida. Todos os profissionais de saúde deste SU demonstravam elevado sentido de humanismo, nomeadamente quando se tratava de alguma situação na SE, muitas vezes envolvida de inesperado e imprevisto. A dor, parâmetro de tal forma importante que a sua alteração severa é deletéria a nível fisiológico, é considerado um sinal vital dado o seu efeito sobre o estado de saúde dos doentes, podendo constituir um entrave na relação profissional/cliente (Santos et al., 2017). Torna-se compreensível que uma pessoa com dor seja menos paciente aquando da prestação de cuidados. Neste sentido, é importante garantir a monitorização precisa dos níveis de dor, utilizando as várias escalas de avaliação da dor disponíveis, tal como a Escala Numérica para doentes com Glasgow 15 (Ordem dos Enfermeiros, 2008) e a *Pain Assessment*

in Advanced Dementia Scale (PAINAD) para doentes com Glasgow inferior ou igual a 14 (Batalha et al., 2012).

O enfermeiro tem um papel central na sua abordagem, dado que é o profissional que se encontra numa posição de cuidar privilegiada para identificar precocemente sinais de mal-estar, e gerir quer medidas farmacológicas dotadas de elevada complexidade pelo tipo de medicação administrada, assim como, medidas não farmacológicas para aliviar a dor, tal como posicionamento, gestão do ambiente, permanência de pessoa significativa, entre outras. Ainda neste ponto, foram mobilizados os conhecimentos relativos a situações de sedo-analgésia na SE, num doente submetido a VMI. Os conhecimentos adquiridos academicamente, aliados à prática clínica foram fundamentais para vivenciar da melhor forma esta experiência. Assim, foi possível colaborar com a equipa na preparação do material e da medicação para a Entubação de Sequência Rápida, funções realizadas com a supervisão da enfermeira tutora.

A comunicação interpessoal caracteriza as relações humanas, independentemente do contexto em que acontece (Kirca & Bademli, 2019). Na prestação de cuidados de enfermagem, ela fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do estado de saúde. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem denotam que o EEEMC na área da PSC salientam a comunicação como uma intervenção autónoma que possibilita aos enfermeiros agir junto da pessoa alvo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Numa situação de alta complexidade do estado de saúde da pessoa/família/cuidador é exigido ao enfermeiro que demonstre conhecimentos e capacidades técnicas e humanas que lhe permitam ultrapassar as várias barreiras comunicacionais. Neste nível de cuidados existem de facto vários tipos de obstáculos à comunicação, entre eles, alterações do estado de consciência, doença do foro mental, traumatismo craniano com consequências sobre a capacidade comunicativa, dor, níveis de ansiedade, surdez, entre outros. Tendo em conta o estado de saúde da pessoa cuidada a linguagem foi adaptada, privilegiando uma linguagem simples, clara, recorrendo ao toque, à postura corporal, à expressão facial e ao tom de voz, ferramentas de linguagem não-verbal que possibilitam uma comunicação mais eficaz. Apesar de não ter lidado com nenhum doente surdo, esta questão foi abordada com a equipa de enfermagem. A frequência num curso de Língua Gestual Portuguesa (LGP) nível A1 em 2011 permitiu usar e compreender expressões familiares e quotidianas, assim como enunciados muito simples que visam satisfazer necessidades concretas em LGP, e no caso de ter maior dificuldade, a utilizar um dicionário disponível *on-line* para apoio à comunicação com a pessoa surda.

Em circunstâncias de dificuldade de comunicação com a pessoa, o estabelecimento da relação terapêutica requer do enfermeiro habilidades para se adaptar de forma adequada ao impacto que as transações podem ter na pessoa/família/cuidador em situação crítica (Regulamento nº 429/2018, 2018). O Enfermeiro Especialista, sendo o membro da equipa que mais tempo passa com a pessoa, é aquele que melhor pode identificar as necessidades e alterações que a pessoa apresenta, e que a apoia e incentiva a ser proativa no encaixe do seu projeto de saúde.

Tendo presente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), o enfermeiro especialista deve documentar a implementação das suas intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico do doente. Para tal, o Enfermeiro usa de uma metodologia científica de análise e tomada de decisão que é possível através do Processo de Enfermagem (PE). Esta abordagem sistémica e sistematizada dos doentes, desempenha um papel inquestionável no desenvolvimento da profissão e no cumprimento do pressuposto registo rigoroso e contínuo do plano de cuidados, garantindo a prática de enfermagem vocacionada para resultados esperados. Esta prática mantém-se um desafio.

Neste sentido, o estágio permitiu evoluir num sentido positivo no alcance desta competência, tendo em conta a utilização da linguagem padronizada pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), aprimorando a implementação do PE, em todas as etapas do mesmo: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, execução e avaliação.

O PE é documentado informaticamente através de um programa utilizado neste hospital, o SClínico[®]. Foi possível explorar este programa, uma vez que não estava familiarizado com o mesmo. Assim, foi possível visualizar as várias etapas do PE e a aplicação da CIPE através dos vários diagnósticos formulados e intervenções planeadas. Foi bastante gratificante enquanto estudante de especialidade perceber que existem quer diagnósticos de enfermagem quer intervenções da especialidade médico-cirúrgica na área da PSC, e verificar a eficácia das intervenções executadas com a atualização do plano individual de cuidados. Este *software* acaba por ser uma ferramenta de apoio à prática de enfermagem, em que os profissionais produzem, processam, utilizam e disponibilizam dados em saúde em formato digital e facilmente acessíveis pela equipa de saúde. O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) refere que o enfermeiro tem o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 83). Almejando a padronização dos conceitos utilizados neste tipo de aplicativos e denotando a necessidade de usar os dados produzidos para inferir os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, a OE aprovou em 2021 a versão mais atual da Ontologia em Enfermagem, que descreve os conceitos

centrais da disciplina. Esse momento foi um marco histórico na vida da profissão, que se traduz numa melhoria expressiva da qualidade e fiabilidade dos indicadores e na diminuição do tempo absorvido nos registos. A aprovação de uma Ontologia de Enfermagem permite que todos os sistemas que a venham a usar processem informação interoperável de um ponto de vista semântico, permitindo também que os enfermeiros tomem decisões baseadas na mais recente evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Ao longo do estágio, e tendo por base o PE teve oportunidade de aprimorar os conhecimentos para uma recolha de informação mais completa, como a anamnese e o exame físico, para que a formulação de Diagnósticos de Enfermagem fosse sustentada em evidência clínica (Mutshatshi et al., 2020). Sustentada no PE, elaboraram-se planos de cuidados especializados e direccionados para a PSC, identificando os fenómenos, prescrevendo intervenções e avaliando os seus resultados, reformulando os mesmos sempre que houvesse alterações no estado clínico do doente. Esta metodologia permitiu ter em atenção os fenómenos e necessidades do doente (como auto-cuidados, posicionamento, avaliação de risco de úlcera por pressão e queda) e os procedimentos invasivos (como presença e colocação de cateteres, LA, CVC, sondas nasogástricas, sondas vesicais, VNI, entre outras), criando assim um plano de cuidados de enfermagem especializado, holístico e personalizado, documentando de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem que se traduzem em ganhos em saúde.

Cuidar da PSC envolve uma tomada de decisão e gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa com garantia da segurança e qualidade dos procedimentos prevenindo complicações. O EEEMC exerce, por vezes, funções de liderança da equipa de enfermagem. Neste estágio foi possível acompanhar a enfermeira tutora que executa funções de Responsável de Turno (RT), tendo tido a oportunidade de perceber as tarefas que são executadas por este profissional. Desde gerir os recursos humanos, materiais e equipamentos, substituir o enfermeiro alocado à área de Pediatria, gerir a ocupação de vagas no SU, e também verificar a funcionalidade da SE. Esta função foi a mais desenvolvida. A SE está dotada de duas unidades capazes de prestar cuidados diferenciados ao doente crítico, com ventiladores, monitores-desfibrilhadores, seringas perfusoras e ecógrafo. Ao longo do estágio, sempre que estava no turno da manhã com esta tutora executava o teste do ventilador, verificava a presença do insuflador manual com máscara e conectado a fonte de oxigénio, executava o teste do utilizador do monitor-desfibrilhador e garantia que os cabos estavam todos conectados e preparados para monitorizar um doente. Verificava ainda a funcionalidade das seringas perfusoras, o

funcionamento do aspirador de secreções e garantia que a sala dispunha de outros materiais e equipamentos específicos necessários.

Este trabalho de gestão mostra-se bastante complexo, exigindo do enfermeiro RT a promoção do trabalho em equipa e a gestão de eventuais conflitos que possam acontecer.

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

De acordo com o disposto no Regulamento nº 429/2018 (2018), o EEEMC na área da PSC deve dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a sua conceção à ação, sendo participante ativo dos planos de catástrofe e emergência, bem como do planeamento concreto em alguma ocorrência do género. Neste estágio não foi possível desenvolver este aspeto em ambiente real, dado que não houve nenhuma situação em que fosse necessário este nível de intervenção. Porém, a componente teórica do Mestrado foi importante para sedimentar o relevo que esta competência tem dado que houve a oportunidade de conhecer um Plano Institucional de Catástrofe ao pormenor, assim como, ter contacto com os planos Nacional, Distrital e Municipal de Catástrofe. O quadro regulamentar nesta área reporta-se à Lei nº 27/2006, de 3 de julho, alterada pela Lei nº 80/2015, de 3 de agosto de 2015, comumente designada Lei de Bases da Proteção Civil (Lei nº 80/2015 de 3 de Agosto - Segunda Alteração à Lei de Bases Da Proteção Civil, 2015) que evidencia a Proteção Civil como uma atividade desenvolvida pelo Estado, regiões autónomas e autarquias locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram.

A mesma legislação prevê a existência de um Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) que é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental (ANEPC, 2021). Para responder a este tipo de situações a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (ANEPC) dispõe de um Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS) (ANEPC, 2019) cujo comando único permite a comunicação integrada entre as coordenações institucionais e os comandos operacionais.

A este propósito, o EEEMC na área da PSC é interveniente ativo dado que é capaz de fornecer uma resposta adequada quer em cenários multi-vítimas quer de catástrofe, tal como previsto nas suas competências. Este profissional dispõe de um corpo de conhecimentos que lhe permite gerir e atuar

em cenários cuja complexidade exige uma atuação segura e eficaz, assim como participar no planeamento da resposta e na colaboração com a coordenação de enfermagem e de outros profissionais no caso de uma situação desta natureza. De modo a potenciar o conhecimento nesta área, frequentou um curso de formação profissional designado de *Medical Response to Major Injuries* (MRMI) (Anexo 1) nos dias 2, 3 e 4 de junho de 2022 promovido pela Unidade Local de Saúde do Alto Minho, em colaboração com a Câmara Municipal de Viana do Castelo e o Comando Distrital da Proteção Civil, localizada no distrito onde exerce funções como operacional do INEM. O MRMI é o único curso no país com certificação internacional para este tipo de formação de gestão em catástrofe, e permitiu treinar esta competência num modelo de simulação avançada envolvendo toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes, pré-hospitalar, gestão de hospitais face a um cenário de catástrofe, triagem, corredores de evacuação e estruturas da comunidade que possam ser utilizadas na resposta a um grande incidente com multivítimas. Teve a oportunidade de partilhar este tipo de conhecimento com as orientadoras de estágio, e conhecer o Regulamento Interno do Hospital, que prevê a existência de uma Comissão de Catástrofe e Emergência Interna responsável por elaborar o Plano de Catástrofe e Emergência Interna do Hospital. Assim, tomou conhecimento do tipo de triagem em contexto de catástrofe do SU, da forma de ativação do plano, da atribuição de funções e da avaliação contínua, permitindo a continuidade de cuidados de saúde e preservando a segurança dos doentes e dos profissionais.

O atual contexto pandémico que se vivencia é o resultado de um período de catástrofe que exigiu medidas excecionais apresentadas nos vários planos de contingência, que influenciaram o funcionamento dos vários serviços, nomeadamente do SU.

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

No descritivo desta competência, a OE justifica a sua importância "...pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica"(Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19364), potenciando o risco de ocorrência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Desde 2004 que a OMS define a segurança do doente e os cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade, tendo criado a *World Alliance for Patient Safety* (World Health Organization, 2004). Esta atividade surgiu no seguimento de uma atenção crescente em torno do dano evitável decorrido de cuidados de saúde. Desde então, foram definidas estratégias designadas de *Global Patient Safety Challenges*, nomeadamente em áreas maior de segurança do doente, como as IACS. Por seu lado, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) desenvolve desde o final do século XX sistemas de vigilância epidemiológica de IACS, de microorganismos resistentes e de consumo de antimicrobianos.

A resistência antimicrobiana e a infeção são hoje conceitos em saúde praticamente indissociáveis. O Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos prevê uma “Uma Só Saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2019), considerado prioritário devido à elevada prevalência de infeções e de resistências microbianas a nível nacional.

O EEEMC na área da PSC deve conhecer este plano assim como as diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, de modo a manter uma atuação segura e adequada à situação clínica destes doentes, já que alguma falha no cumprimento destas normas, seja ao nível de terapêuticas aplicadas seja ao nível da aplicação de procedimentos técnicos, pode implicar uma fragilização sistémica da pessoa que deteriore a sua condição clínica.

O EEEMC deve estar capacitado para diagnosticar necessidades do serviço no âmbito da Prevenção e Controlo da Infeção (PCI), assim como estabelecer estratégias pró-ativas a implementar no serviço, tendo em conta o conhecimento baseado na evidência.

Durante o estágio foi desenvolvido de forma mais aprofundada o critério de estabelecer os procedimentos e os circuitos requeridos na PCI face às vias de transmissão de microorganismos na PSC, pois quer no SU quer na UCIM cuidou de doentes que permaneciam nos serviços com Medidas de Isolamento, nomeadamente de contacto. Aqui demonstrou-se competências em salvaguardar o cumprimento de procedimentos estabelecidos na PCI no que concerne à escolha, colocação e remoção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), adequada higienização das mãos e ao seguimento de técnica assética nos procedimentos invasivos. Os enfermeiros possuem formação, quer interna proporcionada pelas instituições onde exercem funções quer externa pelos vários cursos que vão frequentando ao longo da sua vida profissional, que lhes permite ter um papel preponderante na gestão das medidas de PCI. Particularmente, como Enfermeira com Competência Acrescida em Enfermagem do Trabalho, nos vários contextos de trabalho por onde exerceu funções teve sempre um papel ativo no que tocava às condições de Segurança e Saúde no Trabalho, avaliando riscos e propondo medidas

corretivas, assim como, utilizando o EPI recomendado para adequar as funções do trabalhador às medidas de segurança exigidas. Como tal, a sua postura ao longo do estágio foi de manutenção de um ambiente seguro como preconizado pelas autoridades em saúde, quer no desempenho das suas funções quer em conversas informais que pudessem surgir entre colegas procurando a sensibilização e a reflexão crítica sobre a temática. Tendo em conta o período pandémico que ainda se atravessa e cumprindo com as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), todos os profissionais e utentes cumpriam com a utilização contínua de máscara dentro do hospital.

Para a continuidade de cuidados estar assegurada, relativamente às medidas de prevenção e controlo implementadas nos doentes infetados, realizava o registo em campo próprio no processo clínico do doente (SClínico[®]), colocava a sinalética disponível numa capa colocada no SU/UCIM pela Comissão de Controlo da Infecção e dispunha os EPI necessários junto da unidade do doente, com o circuito de lixo individualizado para o mesmo.

Assim, com todas estas ferramentas adquiridas considera que, enquanto estagiária, foi capaz de responder eficazmente à PCI e de resistência a antimicrobianos.

3. A Violência Doméstica e o papel do Enfermeiro Especialista

A violência acompanha o ser humano desde os primórdios da sua existência, e, como tal, os profissionais de saúde podem ser envolvidos em eventos onde exista algum tipo de violência sobre outra ou outras pessoas. A VD trata-se de um problema de saúde pública, que não deve nem pode ser negado pelos profissionais de saúde que lidam diariamente com pessoas (Perdigão et al., 2016). O conceito de “mulher maltratada” traduz a forma como a Violência Sobre as Mulheres começou a ser conceptualizada a partir dos anos 70 por movimentos feministas americanos. Ao longo dos anos, várias foram as tentativas internacionais para minimizar este flagelo social (Guerra & Gago, 2016), que apesar de atingir maioritariamente a população feminina, também afeta homens e populações vulneráveis (Alshammari et al., 2018).

Em 2002, a OMS publica o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual está definido um conceito de violência que se mantém como referência na atualidade, sendo

“o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação” (World Health Organization, 2002, p. 5).

A violência é, portanto, um comportamento intencional que pode provocar lesões físicas ou psíquicas ao outro, podendo colocar em risco a vida da pessoa (NCADV, 2020).

No que se refere à VD, o **conceito** abrange o disposto no artigo 152º do Código Penal Português, sendo

“quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade, ofensas sexuais ou impedir o acesso ou fruição aos recursos económicos e patrimoniais próprios ou comuns: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; e) A menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas a),

b) e c), ainda que com ele não coabite” (Decreto-Lei nº 48/95 - Código Penal (Versão Atualizada), 1995, p. 70).

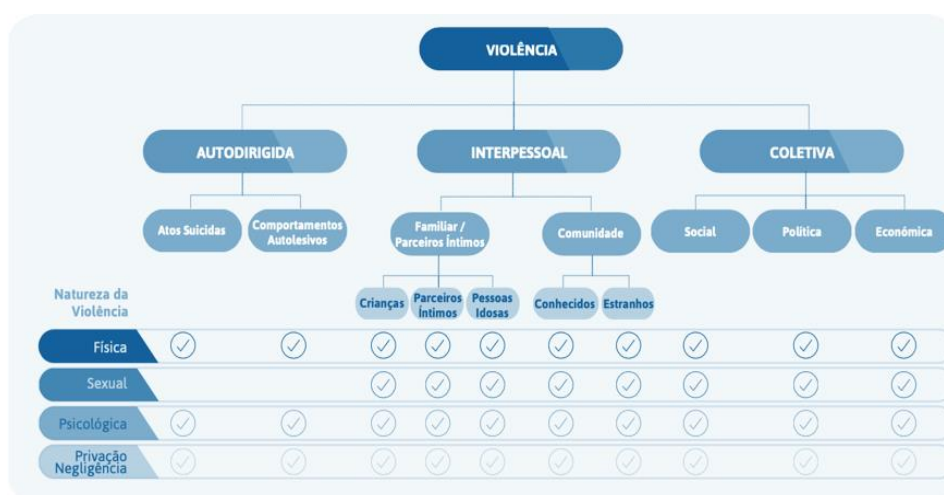
Segundo o INE, os números da VD em Portugal são superiores aos apresentados pela APAV. Cerca de 22524 crimes de VD foram cometidos em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

A **prevalência** da VD assume valores reveladores de uma realidade bem presente no dia-a-dia do ser humano, em que aproximadamente 25% das mulheres e 7,6% dos homens referem ser alvo de violência entre parceiros ao longo da sua vida (Cronholm et al., 2011). Esta estatística está aproximada àquela que a OMS anuncia, já que estimam que, globalmente, cerca de 1 em 3 (30%) mulheres no mundo tem sido sujeitas a violência física e/ou sexual pelos seus parceiros ou ex-parceiros ao longo da sua vida (World Health Organization, 2021).

No âmbito da saúde, em 2019 a DGS cria o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) com o objetivo de reforçar, no campo de ação dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, VD em populações de vulnerabilidade acrescida (Despacho nº 9494/2019, 2019). Este programa surge como mais uma estratégia de prevenção e combate deste problema de saúde, de onde podemos distinguir vários tipos de violência, como demonstrado na figura 1:

Figura 1

Tipologia de violência interpessoal

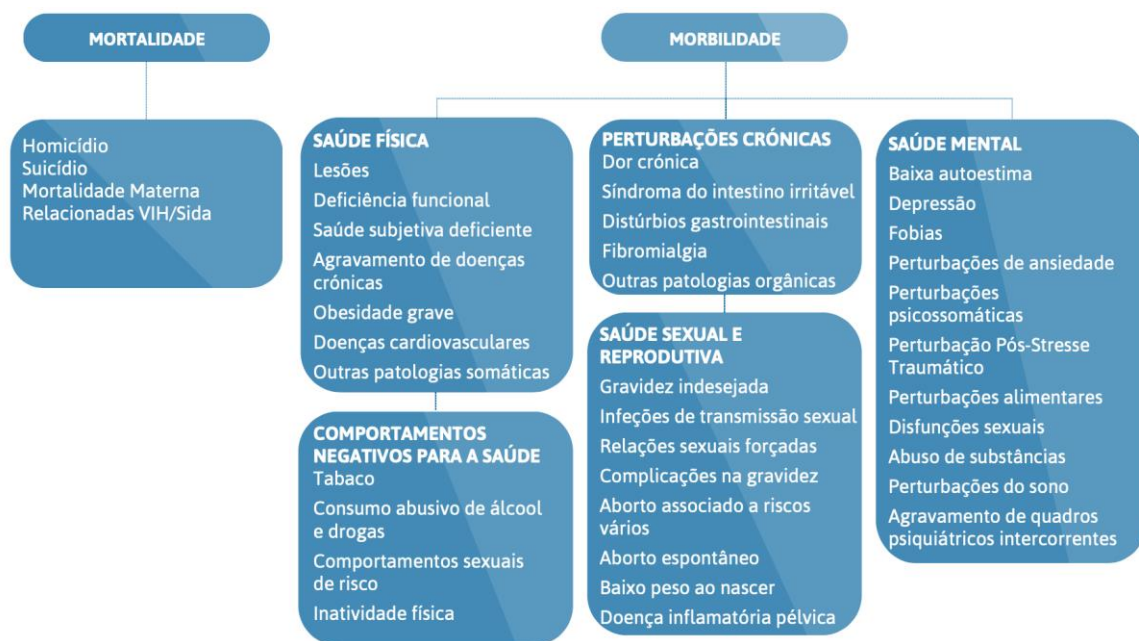


Nota. Adaptado de Perdigão et al. (2016, página 27).

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS sistematizou, em 2002, os principais efeitos da violência para a saúde individual, conforme ilustrado na figura 2:

Figura 2

Efeitos da violência na saúde individual



Nota. Adaptado de Perdigão et al. (2016, página 36).

Dentro dos vários efeitos da violência na saúde, a depressão e os comportamentos suicidas denotam uma relevância importante, pelo que se afirma que a violência por parceiro íntimo é um fator de alto risco para depressão e comportamentos suicidas (Martinez & Wasser, 2019), assim como ansiedade e perturbações psicossomáticas. De uma forma global, as vítimas de VD têm uma probabilidade de 5 vezes mais de tentativa de suicídio em relação às não vítimas de VD (Perdigão et al., 2016).

Na Saúde, particularmente no que concerne à sinalização da ocorrência violência, há que referir que nem todas as lesões físicas e psicológicas são reconhecidas como consequência de atos, omissões e contextos de violência (Cho et al., 2015). Daqui se depreende a necessidade de melhorar conhecimentos e competências técnicas na matéria por parte dos profissionais, tendo por base ações de sensibilização (Perdigão et al., 2016, p. 100). Estudos sobre Femicídio revelaram que 44% a 47% das vítimas recorreram ao sistema de saúde no ano anterior ao assassinato (Amar & Cox, 2006). Muitas vítimas de VD recorrem ao SU pelo menos uma vez e, por vezes, várias vezes durante o ano

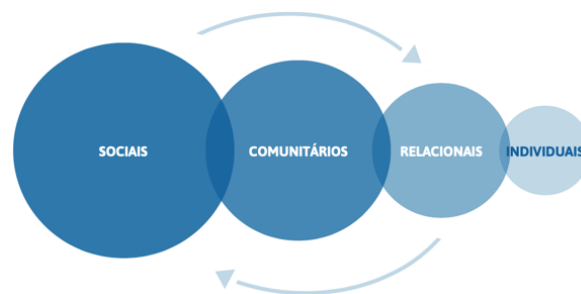
anterior ao assassinato, daí que, os profissionais de saúde e em particular o EEEMC, têm a responsabilidade de identificar, intervir e sinalizar estes doentes (Hewitt, 2015).

Os atos violentos acontecem dentro de uma determinada época histórica, num contexto social, político e económico específico e num ambiente de carácter institucional ou familiar preciso. Por vezes, são comportamentos replicados de geração em geração de acordo com padrões culturais e aprendizagens feitas ao longo da vida.

Vários são os fatores que exercem influência sobre a violência interpessoal, daí que o conhecimento do EEEMC na área da PSC sobre os determinantes da violência permite-lhe ter capacidade de análise interpretativa e intersetorial deste fenómeno. A abordagem deve englobar estes parâmetros para que melhor se possa intervir nestas vítimas. Estes conduzem a atuação dos profissionais segundo o modelo ecológico preconizado pela OMS, explanado na figura 3:

Figura 3

Modelo ecológico da violência



Nota. Adaptado de Perdigão et al. (2016, página 38).

Tendo em conta este modelo ecológico da violência, o EEEMC na área da PSC dispõe de meios de condução e despiste de sinais de violência. Os profissionais de saúde, sabendo que não existem perfis que possam prever com suficiente fiabilidade quem é uma provável vítima ou quem é um possível agressor e como não existem indicadores demográficos específicos, a identificação de vítimas de VD pode ser difícil (Ellis, 1999). Torna-se fundamental o papel do EEEMC na identificação e na gestão eficazes do abuso em vários contextos (McGarry, 2016).

De acordo com Walker (2009), as situações que podem levar a vítima a recorrer a um SU decorrem da fase de Explosão / Agressão, explanada no Ciclo da Violência desenvolvido em 1979 pelo mesmo autor (Walker, 2009). Este modelo explica os comportamentos violentos, e apresenta um padrão com três momentos distintos, conforme representado na figura 4:

Figura 4

Ciclo da violência



Nota. Adaptado de Perdigão et al. (2016, página 53).

Este ciclo permanece atual na explicação do padrão de comportamento abusivo e coercivo de violência, inclusive na VD. Regra geral, as vítimas enquadram-se em quatro categorias, segundo Albino Gomes (Gomes, 2021). Assim, a categoria que se enquadra no presente trabalho é aquela em que o abuso é corrente ou recente e inclui lesões físicas e/ou ameaças de suicídio ou homicídio, e que leva o EEEMC na PSC a intervir de acordo com fluxogramas de atuação. Estes existem e funcionam como guias orientadores podendo ser adaptados às circunstâncias em causa, particularmente nas situações de VD. Frequentemente, estas vítimas demonstram avanços e recuos no processo de atuação, de acordo com a fase do ciclo em que se encontram (Perdigão et al., 2016).

3.1. Fluxograma de atendimento a vítimas de Violência Doméstica

No atendimento a vítimas de VD, o primeiro contacto assume um carácter essencial, já que as situações com que os profissionais de saúde se podem deparar podem variar de intensidade e de exuberância. O tratamento físico será o alvo principal dos cuidados, porém, não deve ser o único, dado que o bem-estar emocional é uma necessidade a ser tida em conta e poderá ser sugerido apoio à vítima pelo próprio profissional que executa o atendimento, ou, sugerido o encaminhamento para serviços especializados, nomeadamente de saúde mental (Perdigão et al., 2016).

No âmbito das funções mínimas do setor da saúde para a intervenção em violência, a OMS em 1998 sugere um Protocolo Geral de Atuação com o objetivo de facultar orientações para as boas práticas na

deteção e intervenção em situações de violência interpessoal. Procura-se, desta forma, assegurar a uniformização de procedimentos nesta matéria, contribuindo para atuações mais exequíveis, concertadas e efetivas.

Em Portugal, vários têm sido os mecanismos de ajuda às vítimas de VD, desde a aplicação e atualização de legislação e a desburocratização de mecanismos de alerta e pedido de ajuda, até à área da saúde, com o mais recente PNPVCV (Despacho nº 9494/2019, 2019). Pela leitura deste programa é possível depreender que os Enfermeiros que trabalham no SU são os primeiros a abordar as vítimas de trauma e/ou violência, tendo como premissa de que, até prova em contrário, todas as vítimas de trauma são casos forenses (Gomes, 2021).

O fluxograma representado na figura 5, que deriva do fluxograma de atuação geral preconizado pela DGS, mostra o que fazer em casos de agressão aguda e/ou sexual:

Figura 5

Fluxograma de atuação em situações agudas e/ou de agressão sexual



Nota. Adaptado de Perdigão et al. (2016, página 194).

Pese embora a prioridade absoluta seja sempre a prestação de cuidados de emergência à vítima, existem alguns procedimentos no sentido de preservar vestígios que são importantes para o processo legal e que não interferem com a abordagem à vítima. Para além deste fluxograma de atuação imediata numa vítima crítica, a equipa de saúde tem também ao seu dispor o Protocolo de atuação em caso de perigo iminente de vida para a vítima de VD (Anexo 2) que explana os vários procedimentos a serem tramitados neste tipo de situações. Cabe ao EEEMC na PSC, profissional de enfermagem com especialidade e regulamentação própria na área, atuar e intervir nestas situações. Assim que o EEEMC na área da PSC que identifica uma potencial vítima forense deve providenciar a identificação, recolha e preservação de vestígios, e assim iniciar a Cadeia de Custódia (Gomes, 2021).

3.2. A Violência Doméstica e o Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro tem um papel importante na prevenção, deteção, diagnóstico e intervenção nas situações de VD, pois a vítima recorre com maior frequência aos serviços de saúde, e em particular ao SU (Perdigão et al., 2016). O Mandato Social da Enfermagem exige aos profissionais uma atuação de acordo com os mais elevados padrões de qualidade. Perante uma situação de suspeita ou de confirmação de violência, o Enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista, precisa agir de forma concertada, protegendo e assistindo a vítima, mobilizando para tal os apoios necessários e a intervenção de outras instituições e setores, de acordo com a Lei, diligenciando igualmente apoio à pessoa perpetradora da conduta violenta, de modo a que se interrompa o ciclo de violência (Despacho nº 9494/2019, 2019).

A enfermagem, tomando por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e procura, ao longo do ciclo vital, bem como as respostas humanas aos processos de transição, encontra-se em permanente contacto com pessoas em situação/condição de vulnerabilidade. Esta é uma condição onde o sujeito está exposto a danos potenciais, processos de reabilitação problemáticos ou dilatados no tempo, bem como, processos adaptativos entendidos como não saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Então, perante uma situação de emergência ou exceção o enfermeiro especialista 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 de prática de crime (Regulamento nº429/2018, 2018).

Debruçando-se sobre esta temática, a OE em 2018 regulamenta que o EEEMC na área da PSC está envolvido de uma forma global e sistematizada na abordagem à PSC vítima de VD. Este profissional é responsável por diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na vítima, salvaguardando a preservação de vestígios, reconhecendo irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes e reencaminhando para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio às vítimas e respetivas famílias (Regulamento n.º 429/2018, 2018). As principais ferramentas utilizadas para a abordagem dos casos é a anamnese, exame físico que fazem parte do PE (Martins et al., 2017).

A VD pode tomar proporções a nível de severidade que pode colocar a vida da pessoa em risco, como consequência do modo como foi violentada ou então pela evolução negativa das lesões (Harper, 2021). Leona Walker descreve quatro categorias de lesões que refletem os vários mecanismos e graus de gravidade das mesmas: lesões com hemorragias abundantes, incluindo feridas que requerem sutura, lesões de órgãos internos que provocam hemorragias e disfunção orgânica, lesões esqueléticas, como fraturas de vértebras e de costelas, crânio, cintura pélvica, assim como de braços e pernas, e queimaduras que podem ser provocadas por cigarros, aparelhos quentes, lareiras, ferros e ácidos (Fulton, 2000). Para além destes mecanismos, as lesões provocadas por armas de fogo e armas contundentes também são encontradas na PSC vítima de VD (Das & Singh, 2022), assim como tentativa de estrangulamento (Armstrong & Strack, 2016) ou intoxicação/envenenamento (Sheikh et al., 2020).

Tal demonstra a relevância da atuação do Enfermeiro Especialista e da existência de equipas preparadas nos serviços para atuar neste tipo de situações (McGarry & Nairn, 2014). De acordo com a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida em cada instituição de saúde existe uma Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) (Despacho n.º 6378/2013, 2013), que se depreende multidisciplinar, e como tal, a existência de um EEEMC na área da PSC é fulcral. De entre as diversas funções, a EPVA providencia consultadoria aos profissionais da instituição de modo que a abordagem à vítima de violência interpessoal seja realizada de acordo com o regulamentado em cada unidade.

Nos serviços de saúde, nomeadamente no SU, os enfermeiros especialistas devem diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na(s) vítima(s) ou no meio envolvente, salvaguardando a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de custódia (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A Cadeia de Custódia inicia-se com a pessoa que identifica e recolhe os vestígios, terminando com a pessoa que protege e entrega os mesmos à autoridade policial. Este procedimento existe para validar a

autenticidade dos vestígios recolhidos, garantindo que permanecem inalterados (Gomes, 2021). Esta recolha tem por base um processo sistemático, científico e abrangente, no qual o EEEMC na área da PSC devido ao seu conhecimento, experiência e responsabilidade está capacitado para assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem neste tipo de cenários.

No caso particular da VD, o EEEMC na área da PSC deve realizar um exame físico completo (da cabeça aos pés) e remover toda a roupa para analisar rasgões, cortes e manchas, descrevendo todas as lesões e tirando fotografias com apoio de uma escala métrica, registando tudo em diagrama corporal, com as roupas colocadas em sacos de papel, devidamente selados e etiquetados (Gomes, 2021).

Os Enfermeiros são a primeira linha de contacto entre o sobrevivente e o SU (Vijayalakshmi et al., 2021). Quando uma vítima sobrevive ao abuso, corre um elevado risco de desenvolver comportamentos destrutivos, como abuso de substâncias e alterações nocivas nos hábitos alimentares (Wake & Kandula, 2022).

Ao EEEMC na área da PSC é exigido um conhecimento mais aprofundado neste tema, para que a sua capacidade de abordar a vítima crítica de VD seja imbuída de competência e responsabilidade, atuando de acordo com os Padrões de Qualidade exigidos pela profissão e tramitando todo o processo em consonância com as instâncias legais. Deparando-se com uma situação de gravidade exuberante para a vida e segurança da vítima, compete-lhe uma análise cuidadosa da situação para que se cumpra o preconizado no Código Penal Português, a denúncia deste crime público.

A pandemia COVID-19 tem vindo a aumentar de forma alarmante a prevalência da VD, tornando-se também ela uma epidemia em expansão, reforçando a gravidade deste problema de saúde pública (Wake & Kandula, 2022). O Relatório GREVIO demonstra a necessidade de introduzir quer na formação inicial dos profissionais de saúde quer em formações em serviço esta temática, para que todos os profissionais, incluindo os Enfermeiros, estejam mais preparados para prevenir e detetar este tipo de violência (Council of Europe, 2019).

4. Projeto de Intervenção em Serviço

A Metodologia de Projeto centra-se numa investigação baseada num problema real identificado no contexto de prática clínica, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes com vista à sua resolução (Ruivo et al., 2010). Esta mostra-se benéfica quer para a organização quer para a comunidade pois é orientada para a melhoria da prática nos diversos campos de ação. Tal como o nome indica, através desta metodologia consegue-se o duplo objetivo de atuar sobre um fenómeno e investigar sobre ele, no sentido de melhorar práticas e intervir com base na mais recente evidência científica.

O Código Deontológico da profissão define no artigo 109º que para a Excelência Profissional, os enfermeiros devem procurar, em todo o ato profissional “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 86). Várias são as ferramentas que podem proporcionar o alcance desta excelência, todavia a investigação mostra-se como o caminho mais sustentado para a consolidação do padrão do conhecimento empírico característico da profissão (Carper, 1978).

A utilização da metodologia de projeto permite investigar um problema real no contexto de trabalho. Deste modo, é uma metodologia constituída pelas seguintes etapas: (1) Elaboração do diagnóstico da situação, (2) Definição dos objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução, (5) Avaliação e (6) Divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

4.1 Diagnóstico de situação

A elaboração do diagnóstico da situação é a primeira etapa desta metodologia, consistindo na elaboração do modelo descritivo sobre a situação-problema identificado. É efetuada uma análise integrada das necessidades da população, suportada numa boa colheita de informação com recurso a instrumentos, como a observação decorrente da prática. O problema deve ser concreto e real, reunir condições para o estudo (recursos técnicos e materiais, disponibilidade por parte do contexto onde é

realizado), ser operacionalizado através de uma hipótese científica, ser relevante para a teoria e/ou prática, estar formulado de forma clara e perceptível por outros investigadores (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico de situação surge como a etapa de partida nesta metodologia de Projeto, que inclui a análise do atual estado do problema com vista a dar resposta às necessidades que forem detetadas e orientar intervenções que sejam pertinentes.

O papel do enfermeiro do SU no atendimento à vítima de VD é fundamental, no sentido em que as suas intervenções devem ir de encontro a todas as suas reais necessidades, nomeadamente às necessidades físicas e emocionais.

As pessoas vítimas de VD têm necessidades de cuidados personalizados e diferenciados dado toda a situação complexa que vivenciam. Ao EEEMC na área da PSC compete-lhe prestar os melhores cuidados e preservar as provas do crime.

Alguns estudos constataam que os enfermeiros não têm os conhecimentos necessários para intervir na vítima de VD (Oliveira et al., 2020; Silva & Lima, 2020). No estudo desenvolvido por Marques e Fernandes (2017), este refere que os enfermeiros revelam que o tratamento à vítima de VD é complexo e que carece de aprofundamento e de investimento por todos (Marques & Fernandes, 2017).

Durante o primeiro mês de estágio, constatou-se através da observação e conversas informais com vários enfermeiros e com o Enfermeiro Coordenador, que o conhecimento dos enfermeiros em relação ao seu papel perante a vítima crítica de VD, apresentava algumas dúvidas carecendo de aprofundamento e consolidação. Deste modo, a elaboração de um PIS seria pertinente para colmatar esta lacuna. Neste sentido, a execução de um PIS o qual se concretizou com a realização de uma formação em serviço, pretendeu sensibilizar os enfermeiros para a problemática em questão.

A escolha do tema vai de encontro quer ao interesse pessoal sobre a temática, quer às inquietações oriundas da prática profissional e às competências enunciadas pela OE.

4.2 Definição de Objetivos

Após o diagnóstico de situação torna-se necessário traçar objetivos. Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ser definidos vários níveis que vão desde o objetivo geral a

objetivos específicos (Ruivo et al., 2010). Com o diagnóstico de situação tornou-se evidente a necessidade de abordar em contexto formativo o papel do EEEMC à PSC vítima de VD.

Atendendo à pertinência do tema definiu-se como objetivo geral “Sensibilizar os enfermeiros para a importância do cuidar à PSC vítima de VD”.

Os objetivos específicos elaborados são os seguintes:

1. Explorar as intervenções dos enfermeiros do SU no cuidar às vítimas de VD
2. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sistematização de conhecimentos e competências sobre o cuidar à PSC vítima de VD;
3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de registos precisos de observações, avaliação física e outros achados sobre a PSC vítima de VD;
4. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da intervenção precoce na PSC vítima de VD
5. Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos acerca do percurso legal, burocrático e de assistência em saúde que a vítima de VD deve percorrer durante a sua permanência no SU

4.3 Planeamento

O planeamento corresponde à planificação das atividades, meios e estratégias e traduz a antevisão de uma imagem final do projeto. Implementam-se ações e estratégias tendo em vista o atingimento dos objetivos. Nesta etapa elabora-se um plano detalhado de ação para cada objetivo, tendo em linha de conta os recursos disponíveis, bem como as limitações do próprio trabalho. A calendarização das atividades, isto é, o cronograma do projeto (Apêndice 1), pode ser um processo interativo devido precisamente a essas limitações.

A planificação das atividades e estratégias é um passo necessário para a execução do projeto de intervenção, havendo também a necessidade de serem avaliadas as atividades realizadas quanto à sua aplicação efetiva, após um curto prazo de tempo. Assim sendo, a planificação de um projeto resulta sempre num compromisso entre os objetivos e os recursos, após múltiplas tentativas (Ruivo et al., 2010). Indo de encontro aos objetivos definidos, planeou-se as seguintes atividades:

1. Explorar as intervenções dos enfermeiros do SU no cuidar às vítimas de VD
 - Reunir com enfermeiro chefe do serviço para autorizar a implementação do PIS elaborado;
 - Pesquisa bibliográfica sobre VD;
 - Observação do desempenho dos enfermeiros do SU no cuidar às vítimas de VD;
2. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da sistematização de conhecimentos e competências sobre o cuidar à PSC vítima de VD
 - Pesquisa bibliográfica sobre VD;
 - Planear atividade formativa (Apêndice 2);
 - Desenvolver a formação em serviço presencial através do método expositivo (Apêndice 3);
 - Promover o debate sobre a importância da sistematização de conhecimentos e competências sobre o cuidar à PSC vítima de VD;
 - Avaliar a atividade formativa através do Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital (Anexo 3);
3. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de registos precisos de observações, avaliação física e outros achados sobre o cuidar à PSC vítima de VD
 - Planear atividade formativa (Apêndice 2);
 - Desenvolver a formação em serviço presencial através do método expositivo (Apêndice 3);
 - Implementar uma dinâmica interativa permitindo a reflexão e discussão de ideias em grupo (*brainstorming*), acerca da importância de registos precisos de observações, avaliação física e outros achados no cuidar à PSC vítima de VD;
 - Avaliar a atividade formativa através do Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital (Anexo 3);
4. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da intervenção precoce na PSC vítima de VD
 - Planear atividade formativa (Apêndice 2);
 - Desenvolver a formação em serviço presencial através do método expositivo (Apêndice 3);
 - Sensibilizar a equipa para a problemática da PSC vítima de VD apresentando dados estatísticos relativamente à casuística deste fenómeno na área de influência do Hospital (Apêndice 3);
 - Avaliar a atividade formativa através do Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital (Anexo 3);

5. Dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos acerca do percurso legal, burocrático e de assistência em saúde que a vítima de VD deve percorrer durante a sua permanência no SU
 - Planear atividade formativa (Apêndice 2);
 - Desenvolver a formação em serviço presencial através do método expositivo (Apêndice 3);
 - Realçar a importância do cumprimento dos aspetos burocráticos-legais necessários
 - Dar a conhecer o procedimento a ser implementado perante uma vítima de VD no SU, de acordo com o Protocolo de Atuação 3 (Anexo 2);
 - Avaliar a atividade formativa através do Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital (Anexo 3).

Relativamente aos recursos necessários para a consecução deste PIS, previu-se a necessidade de meios materiais e técnicos como: fotocópias dos questionários de avaliação da sessão formativa; computador e projetor. Como recursos humanos contabiliza-se a participação ativa dos enfermeiros do serviço; não se prevê a necessidade de recursos financeiros para a implementação deste projeto.

4.4 Execução

A execução das atividades planeadas materializa a realização do projeto, colocando em prática tudo o que foi planeado. Nesta fase é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado. Na síntese deste projeto teve-se em conta as diversas etapas pelas quais se iria caminhar, assim como as atividades previstas e a previsibilidade de tempo para serem concretizadas.

A elaboração da ação da formação sobre o papel do EEEMC na área da PSC na vítima de VD, foi possibilitada pelo Enfermeiro Coordenador do SU em parceria com o Centro de Formação do Hospital. Esta ação de formação foi integrada no plano de formação em serviço, enaltecendo deste modo a importância e pertinência do tema, justificando a execução deste PIS.

A sessão de formação foi divulgada pela representante do Departamento de Formação do SU e por uma das enfermeiras tutoras. A formação foi agendada em quatro momentos, de forma a chegar a um maior número possível de enfermeiros a exercerem funções no SU, e teve lugar nos dias 22 e 23 de junho de 2022, no horário das 14h30 às 15h30 e das 16h às 17h. As sessões tiveram duração de 1 hora cada, e estiveram presentes o Enfermeiro Coordenador do SU e 38 enfermeiros, num total de 39

participantes. Como convidada, esteve presente uma enfermeira da EPVA do hospital onde decorreu o estágio, que enriqueceu as sessões com a partilha dos seus conhecimentos e esclarecimentos oportunos.

Utilizou-se uma metodologia expositiva recorrendo também à interrogativa interpelando os participantes ao longo da sessão. Estas sessões foram dinâmicas e interativas permitindo a reflexão e discussão de ideias em grupo e proporcionou-se uma dinâmica de grupo com vista à melhor comunicação com as vítimas de VD (Apêndice 3).

Para dar cumprimento aos objetivos formulados descreveu-se as competências do EEEMC, abordou-se os conceitos de violência e de VD, tipos de violência, prevalência na região e a nível nacional. A atuação do enfermeiro perante a vítima de VD de acordo com os fluxogramas (situação aguda e violência interpessoal) foi um dos aspetos focados bem como, a importância dos registos e o enquadramento na enfermagem forense, abordando o papel do enfermeiro e do enfermeiro especialista do SU.

No final das sessões, os enfermeiros manifestaram terem sido esclarecidos em relação à abordagem da PSC vítima de VD que recorre ao SU. Foi ainda manifestada a vontade por parte dos enfermeiros, da continuidade de formações referentes a esta temática assim como, a criação de protocolos dirigidos a este tema e a criação do kit de recolha de vestígios. Procedeu-se ao preenchimento do Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital (Anexo 3).

4.4.1 Avaliação da ação de formação

A avaliação tem um papel categórico, devendo ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final, podendo ser utilizadas diversas formas avaliativas. Para a avaliação desta ação de formação foi escolhido o Questionário de Avaliação da Ação de Formação em uso no Hospital.

Este questionário, apresenta uma escala de avaliação tipo *Likert*, permitindo ao participante definir o seu grau de apreciação, assinalando com um (X) a opção que melhor se ajusta à sua opinião: 1=Discordo fortemente; 2=Discordo moderadamente; 3= Nem concordo nem discordo; 4=Concordo moderadamente; 5=Concordo fortemente.

O questionário é composto por 19 questões, sendo uma delas referente à satisfação global com a sessão realizada. O seu preenchimento foi feito em papel e entregue ao Departamento de Formação, para ser incluído no Dossier Técnico-Pedagógico desta formação em serviço.

Foram obtidos 39 questionários correspondentes ao número de participantes nas sessões de formação, pelo que os resultados estão agrupados na tabela 1.

Tabela 1

Avaliação da ação de formação

Questão	1	2	3	4	5
	<i>Discordo fortemente</i> n (%)	<i>Discordo moderadamente</i> n (%)	<i>Nem concordo nem discordo</i> n (%)	<i>Concordo moderadamente</i> n (%)	<i>Concordo fortemente</i> n (%)
1 Os conteúdos abordados na ação foram relevantes para as minhas funções.	0 (0)	0 (0)	1 (2,6)	9 (23,1)	29 (74,4)
2 Os conteúdos foram apresentados de forma interessante.	0 (0)	0 (0)	3 (7,7)	7 (17,9)	29 (74,4)
3 O formador expôs os assuntos de forma clara.	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	7 (17,9)	30 (76,9)
4 O formador demonstrou domínio dos conteúdos.	0 (0)	0 (0)	1 (2,6)	8 (20,5)	30 (76,9)
5 O formador despertou o interesse para a ação, mantendo a ação ativa.	0 (0)	0 (0)	4 (10,3)	6 (15,4)	29 (74,4)
6 Foi-me dada a oportunidade de participar nas diferentes atividades.	0 (0)	0 (0)	3 (7,9)	8 (21,1)	27 (71,1)
7 A ação respondeu às minhas necessidades nesta área.	0 (0)	0 (0)	6 (15,8)	15 (39,5)	17 (44,7)
8 O nível anterior dos meus conhecimentos já era adequado aos conteúdos abordados.	2 (5,1)	4 (10,3)	12 (30,8)	12 (30,8)	9 (23,1)
9 As instalações onde decorreu a ação e os equipamentos audiovisuais utilizados foram apropriados.	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	12 (30,8)	25 (64,1)
10 A documentação distribuída foi adequada.	0 (0)	1 (2,6)	5 (12,8)	11 (28,2)	22 (56,4)
11 No exercício das minhas funções aplicarei muito do que aprendi.	0 (0)	0 (0)	3 (7,7)	16 (41,0)	20 (51,3)
12 Existiu equilíbrio entre as dinâmicas do formador e o envolvimento do grupo.	0 (0)	0 (0)	6 (15,4)	8 (20,5)	25 (64,1)
13 Considero a duração da ação adequada.	0 (0)	2 (5,1)	7 (17,9)	11 (28,2)	19 (48,7)
14 Considero o horário da ação ajustado.	0 (0)	1 (2,6)	5 (12,8)	11 (28,2)	22 (56,4)
15 Participei ativamente na ação.	0 (0)	0 (0)	7 (17,9)	14 (35,9)	18 (46,2)
16 Os objetivos da ação foram atingidos.	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	12 (30,8)	25 (64,1)
17 Esta ação proporcionou a partilha de experiências entre os formandos.	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	12 (30,8)	25 (64,1)
18 Considero adequada a organização desta ação.	0 (0)	0 (0)	1 (2,6)	13 (33,3)	25 (64,1)
19 De um modo geral, fiquei satisfeito(a) com esta ação.	0 (0)	0 (0)	2 (5,1)	9 (23,1)	28 (71,8)

Nota. Da própria

Relativamente aos resultados obtidos, 74,4% dos participantes concordam fortemente que os conteúdos abordados nesta ação de formação são relevantes para as suas funções, e que estes foram abordados de forma interessante. No que reporta aos objetivos 64,1% considera que os objetivos da ação foram atingidos.

Na avaliação dos pontos referentes ao Formador, verificou-se que 76,9% dos participantes considera que o formador domina o tema e que o expõe de forma clara, característica reforçada pelo único comentário escrito em observações por parte de um participante: “Comunicação ativa, facilmente compreensível e dinâmica”.

No que concerne aos conhecimentos prévios dos participantes em relação aos conteúdos abordados, os resultados mostram ser o aspeto mais variável na avaliação feita. Os resultados obtidos vão de encontro ao descrito na literatura já que cerca de 55% dos participantes consideram que não possuíam ou detinham alguns conhecimentos na área.

Relativamente à duração da sessão a maioria dos participantes (76,9%) referiram concordar moderadamente ou concordar fortemente, enquanto no que reporta à participação ativa na dinâmica proporcionada pelo formador a percentagem obtida foi de 82,1% respetivamente.

Cerca de 92% dos participantes considera que aplicará muito dos conhecimentos adquiridos nesta formação ao longo do seu exercício profissional, pelo que, tendo em conta a perceção do nível de conhecimentos anterior e o atual, verifica-se que a formação foi bem-sucedida. Globalmente, 71,8% dos participantes está bastante satisfeito com a ação de formação, o que demonstra que o nível de satisfação foi bastante elevado.

Salienta-se também, que tendo em conta a previsão de participantes na ação de formação espelhada no Plano de Ação ser de 40 participantes numa equipa de 79 enfermeiros, o facto de existirem 39 participantes reforça a pertinência deste PIS neste SU (Apêndice 4).

Neste projeto utilizou-se o questionário de satisfação da sessão de formação como o instrumento de avaliação da sessão dinamizada. Como se pode comprovar pela análise anterior, o resultado foi positivo, o que permite afirmar que os objetivos definidos para esta ação de formação mediante o diagnóstico de situação foram alcançados.

4.5. Avaliação

A avaliação acontece ao longo de todo o projeto, culminando com a avaliação do processo e do produto do mesmo. Estes momentos avaliativos servem para melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia das ações. Sendo um processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos e os objetivos atingidos, pelo que deve ser rigorosa.

No que concerne à avaliação do PIS e face ao diagnóstico de situação identificado, mediante as estratégias delineadas para avançar em cada etapa da metodologia escolhida, o mesmo foi ganhando forma e evoluindo de forma crescente. Deste modo, as várias fases do PIS foram cumpridas com sucesso, pelo que os objetivos traçados foram atingidos, o que permite afirmar que o mesmo foi conseguido, podendo-se constatar também a evolução positiva no desempenho do papel de enfermeiro na área da investigação.

4.6 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados constitui a última fase do PIS, e culmina com a apresentação e difusão dos resultados obtidos ao público em geral através de reuniões, conferências /congressos dando a conhecer também a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema.

A disseminação dos resultados obtidos no PIS permite o acesso ao conhecimento aqui agregado permitindo melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados à PSC vítima de VD e apresentar o conhecimento científico sobre esta problemática. Assim, a sua divulgação far-se-á através do relatório final, onde está explanado todo o caminho realizado para a concretização do PIS e será divulgado em congressos da área da enfermagem da PSC.

O mesmo será depositado no Repositório da Universidade do Minho, podendo ser consultado.

5. Conclusão

O EEEMC detém um papel importantíssimo no cuidar da PSC no SU. A Imprevisibilidade e gravidade das situações que ocorrem ao SU obriga a que o EEEMC detenha conhecimentos e competências especializadas de forma a atuar em ambientes hostis e de grande complexidade prestando cuidados altamente qualificados de forma contínua à pessoa/família/comunidade.

A realização do estágio final efetuado no âmbito deste mestrado mostrou-se como um veículo privilegiado para a aquisição das competências de EEEMC na PSC, permitindo constatar que a atuação destes profissionais está imbuída de conhecimentos e perícia que melhoram os *outcomes* dos doentes. Para tal, foi fundamental que enquanto estudante de especialidade, tivesse oportunidades únicas de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional na abordagem ao doente crítico. A ajuda indispensável da equipa de enfermagem potenciou momentos de partilha de conhecimentos, que permitiram ultrapassar dificuldades iniciais e caminhar no sentido da aquisição dos saberes e competências do EEEMC na área da PSC.

A vítima de VD é uma vítima em situação crítica que recorre ao SU. Ao EEEMC na área da PSC é atribuída a abordagem destas vítimas, tendo em conta os pressupostos explanados nos vários fluxogramas de atuação disponíveis, a Cadeia de Custódia e a Preservação e Recolha de Vestígios. Para que tal aconteça, é necessário que tenham um conhecimento rigoroso dos procedimentos a seguir e uma formação sólida na área, de forma a prestar os melhores cuidados à PSC vítima de VD, tendo em conta as questões legais associadas a este tipo de ocorrências.

Deste modo, a realização deste estágio no SU permitiu identificar défices de conhecimento no atendimento às vítimas de VD em situação crítica. Assim, este foi o ponto de partida para a implementação de um PIS tendo como objetivo a sensibilização dos enfermeiros para a importância do cuidar à PSC vítima de VD. A execução dos PIS obedeceu a todas as fases da metodologia de projeto, tendo sido efetuada uma pesquisa da literatura sobre a temática em questão e uma ação de formação.

A avaliação da formação efetuada pelos enfermeiros demonstrou uma elevada taxa de satisfação quer em relação aos conhecimentos transmitidos quer relativamente à aquisição de conhecimentos. Assim, os objetivos preconizados com o PIS foram atingidos.

Todas as situações vivenciadas foram momentos únicos de aprendizagem que permitiram a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nas diversas áreas do saber e contribuíram

para o meu crescimento enquanto pessoa, para o crescimento profissional e para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Com o presente Relatório pensa-se ter atingido os objetivos inicialmente delineados, nomeadamente, a descrição das oportunidades de aprendizagem que conduzem à aquisição das competências regulamentadas no âmbito da especialidade, a reflexão crítica sobre o desenvolvimento dessas competências, tendo por base os modelos teóricos em enfermagem, e a implementação do PIS, utilizando a Metodologia de Projeto, permitindo a reflexão sobre práticas clínicas à PSC vítima de VD.

Salienta-se que a operacionalização do PIS e posterior execução do Relatório Final permitiram também melhorar a capacidade reflexiva e de busca da melhor evidência científica por parte do estudante, o que permitirá ser um profissional mais profícuo e atento ao estado da arte.

Em suma, o caminho percorrido mostra que a investigação e busca das melhores práticas são passos importantes para o desenvolvimento da prática baseada na evidência e conseqüentemente do avanço da enfermagem, pelo que esta é uma prioridade dos EEEMC na área da PSC no desempenho das suas funções.

Referências Bibliográficas

- Ahmad, I., Ali, P. A., Rehman, S., & Talpur, A. (2016). *Domestic Violence and Abuse screening in emergency department: A rapid review of the literature* (pp. 1–29). <https://doi.org/10.1111/jocn.13706>
- Alligood, M. R. (2014). Nursing Theorists and Their Work. In *Elsevier Mosby* (8th ed., Vol. 24, Issue 1). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 15. <http://sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-2006-2007/332-revista-no-75-novembro-2007?start=13>
- Alshammari, K. F., McGarry, J., & Higginbottom, G. M. A. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Wiley Nursing Open*, 5, 237–253. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.133>
- Amar, A. F., & Cox, C. W. (2006). Intimate Partner Violence: Implications for Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18, 287–296. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2006.05.013>
- ANEPC. (2019). *SIOPS - Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro*. <Http://Www.Prociv.Pt>. <http://www.prociv.pt/pt-pt/PROTECAOCIVIL/SISTEMAPROTECAOCIVIL/SIOPS/Paginas/default.aspx>
- ANEPC. (2021). *Plano Nacional De Emergência De Proteção Civil*.
- APAV. (2021). Estatísticas APAV Relatório Anual 2020. In *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima* (p. 19). https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
- Armstrong, M., & Strack, G. (2016). Recognition and Documentation of Strangulation Crimes - A Review. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 142(9), 891–897. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2016.0293>
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(8), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Vol. 15, Issue 2). Quarteto Editora.
- Bouchoucha, S., & Bloomer, M. (2021). Family-centered care during a pandemic: The hidden impact of restricting family visits. *Nursing and Health Sciences*, 23(1), 4–6. <https://doi.org/10.1111/nhs.12748>
- Bourgault, A., & Goforth, C. (2021). Embrace teamwork to create and maintain a positive workplace culture. *Critical-Care Nurses*, 41(3), 8–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ccn2021662>

- Braga, F., & Machado, M. (2011). *Vivências de um Ensino Clínico*. <https://hdl.handle.net/1822/20170>
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(3), 8–14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In *Advances in Nursing Science* (Vol. 1, pp. 23–33). Aspen Publishers, Inc. https://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_ch03_v1xx.pdf
- Cho, O.-H., Cha, K.-S., & Yoo, Y.-S. (2015). Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nursing Research*, 9, 213–218. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>
- Chou, R., Gordon, D. B., De Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu, C. L. (2016). Guidelines on the Management of Postoperative Pain Management. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Council of Europe. (2019). *GREVIO Baseline Evaluation Report Portugal*. <https://rm.coe.int/grevio-reprt-on-portugal/168091f16f>
- Cronholm, P. F., Fogarty, C. T., Ambuel, B., & Harrison, S. L. (2011). Intimate Partner Violence. *American Academy of Family Physicians*, 83(10), 1165–1172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1751-486X.12241>
- Das, N. G., & Singh, T. B. (2022). Death Due to Domestic Violence in Imphal: A Retrospective Study of 10 Years. *Medico-Legal Update*, 22(2), 25–30. <https://doi.org/https://doi.org/10.37506/mlu.v22i2.3228>
- Decreto-Lei nº 48/95 - Código Penal (versão atualizada), Diário da República n.º 63/1995, Série I-A 1 (1995). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Despacho nº 14341/2013, Diário da República, 2.ª série — N.º 215 32855 (2013). http://www.ipst.pt/files/IPST/LEGISLACAO/Legislacao_Nacional/Legislacao_Transplantacao/Despacho_14341_2013.pdf
- Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos, Diário da República, 2.ª série - N.º 94, de 16 de maio de 2013 15644. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6378-2013-810493>
- Despacho nº 9494/2019 - Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, Diário da República 2ª série, Parte C, N.º 202 de 21 de outubro de 2019 142. https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?l=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu_n_62yEs98
- Despacho Normativo nº11/2002 - Criação do Serviço de Urgência Hospitalar, Diário da República, Série I-B nº55 1865 (2002). <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2002/03/055b00.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata* (pp. 1–23). <https://normas.dgs.minsaude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna>

imediatamente/

- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023* (pp. 1–22). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023-pdf.aspx>
- Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 27–41. <https://doi.org/10.1097/00002727-199905000-00005>
- Fulton, D. (2000). Recognition and documentation of domestic violence in the clinical setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 26–34. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00004>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem Forense no Serviço de Urgência. In *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p. 432). Lidel - Edições Técnicas.
- Guerra, P., & Gago, L. (2016). Violência Doméstica - Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno. In *Centro de Estudos Judiciários (CEJ)* (pp. 1–357).
- Harper, S. B. (2021). “I’m Just Like, You Know What, It’s Now or Never”: Exploring How Women of Color Experiencing Severe Abuse and Homicide Risk Journey Toward Formal Help-Seeking. In *Journal of Interpersonal Violence* (pp. 1–37). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/08862605211005150>
- Henao-Castaño, Á., Ávila, M., Hernández, S., Guaqueta-Parada, S., & Triana-Restrepo, M. (2021). Evaluación de la dimensión científico-clínica del cuidado en el personal de enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23(December), 11. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.edcc>
- Hewitt, L. N. (2015). Intimate Partner Violence - The Role of Nurses in Protection of Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27, 271–275. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.004>
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (pp. 1–244). Departamento de Formação em Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Anuário Estatístico de Portugal - 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6174083&PUBLICACOESmodo=2
- Internacional Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN_Report_EN_WEB.pdf
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4th ed.). Chenelière Éducation.
- Kirca, N., & Bademli, K. (2019). Relationship between communication skills and care behaviors of nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 624–631. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppc.12381>
- Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto - Segunda alteração à Lei de Bases da Proteção Civil, Diário da República, 1ª série, n.º 149, 5311 (2015). <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>

- Macedo, A. P. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar* (p. 7). https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4628bb4a557a5_1.pdf
- Macedo, A., Rosário, R., Silva, M., Braga, F., Augusto, C., Martins, C., Araújo, O., & Gomes, L. (2012). Escola de Enfermagem e Hospital: perspetivas e vivências dos alunos estagiários de Enfermagem sobre articulação interorganizacional. *Revista Formación Vigo*, 399–403. <https://hdl.handle.net/1822/15545>
- Marçal, R., Lima, S., & Freitas, B. (2015). A utilização da pletismografia óptica na avaliação de pulso arterial. *Revista de Enfermagem*, 9, 8130–8134. <https://doi.org/https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i4a10568p8130-%208134-2015>
- Marques, P. A. D., & Fernandes, M. I. D. (2017). *A Intervenção do Enfermeiro no Serviço de Urgência com a Pessoa Vítima de Violência Doméstica* [Universidade de Coimbra]. https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CBsQw7AJahcKEwiwplnI7tCAAxUAAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fpav02%2Finclude%2Fdownload.php%3Fid_ficheiro%3D56414%26codigo%3D422&psig=AOvVaw3mrmVyxfgA862CDEYMYFZW&ust=1691
- Martínez, S., & Wasser, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178–204. <https://doi.org/https://doi.org/10.26864/PCS.v9.n1.1>
- Martins, D. C., Gois, O. J. O., Silva, J. de O. M., Santa Rosa, M. P. R., & Gonçalves, M. C. (2017). Violência: abordagem, atuação e educação em Enfermagem. *Ciências Biológicas e Da Saúde*, 4(2), 155–168. <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4603/2501>
- McGarry, J. (2016). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/jocn.13203>
- McGarry, J., & Nairn, S. (2014). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 65–70. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.003>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 1–690.
- Mutshatshi, T. E., Mothiba, T. M., & Mamogobo, P. M. (2020). Exploring Professional Nurses' use of the nursing process at selected public hospitals in Limpopo, South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 22(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.25159/2520-5293/7182>
- NCADV. (2020). Domestic Violence. In *National Coalition Against Domestic Violence* (p. 4). https://assets.speakcdn.com/assets/2497/domestic_violence-2020080709350855.pdf?1596811079991
- Noyes, J., McLaughlin, L., Morgan, K., Roberts, A., Moss, B., Stephens, M., & Walton, P. (2019). Process evaluation of specialist nurse implementation of a soft opt-out organ donation system in Wales. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-019-4266-z>

- Oliveira, I., Oliveira, C., Carvalho, J., Santos, N., & Torres, A. (2020). Violência Doméstica contra as Mulheres: Conhecimentos, Atitudes e Barreiras do Enfermeiro de Família. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 29–38. <https://doi.org/doi.org/10.37914/riis.v3i2.102>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Repe* (pp. 1–109). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Parecer CJ 52/2016 - Sigilo Profissional perante situações de violência a pessoas em condição/situação de vulnerabilidade. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–7). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5162/parecer-52-2016_cj_sigilo-profissional_situações-de-violência.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia em Enfermagem*. Área Reservada. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(11), 121–132. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(nº13), 125–138. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Chaves da Silva, M., & Prazeres, V. (2016). Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. In *Direção Geral de Saúde (DGS): Vol. 2ª ed.*
- Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à p, nº 135 Diário da República, 2ª série - nº135 19359 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2ª série nº26 4744. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos, Janeiro-Ma*(15), 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, C., Kreling, M., Karino, M., Yagi, M., & Vendrameto, M. (2017). Análise da Avaliação da Dor nos Registos de Enfermagem de Pacientes Vítimas de Trauma. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 20(3), 31–35. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20171104_142005.pdf
- Schroll, R., Smith, A., Martin, M., Zeoli, T., Hoof, M., Duchesne, J., Greiffenstein, P., & Avegno, J.

- (2020). Stop the Bleed Training: Rescuer Skills, Knowledge, and Attitudes of Hemorrhage Control Techniques. *Journal of Surgical Research*, 245, 636–642. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.08.011>
- Sheikh, S., Chokotho, L., Mulwafu, W., Nyirenda, M., Le, G., Mbomuwa, F., Pandit, H., & Lavy, C. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi Medical Journal*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.6>
- Silva, A. S. T. da, & Lima, J. I. C. (2020). Abordagem do Enfermeiro à Vítima de Violência Doméstica nas Diferentes Faixas Etárias na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Científica Integrada*, 4(5). <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-5/4174-rci-violenciadomestica-122020/file>
- Sousa, S., Silva, R., & Vaz, M. (2021). Monitorização Hemodinâmica no Doente Crítico. In *Enfermagem de Urgência e Emergência* (p. 432). Lidel - Edições Técnicas.
- Vijayalakshmi, P., Gandhi, S., Sai Nikhil Reddy, S., Palaniappan, M., & Badamath, S. (2021). Violence Against Women with Mental Illness and Social Norms and Beliefs: Nursing Professional Perspective. *Community Mental Health Journal*, 57, 212–218. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00635-2>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed). Edições Silabo. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610976.pdf>
- Wake, A., & Kandula, U. (2022). The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic—“The shadow pandemic”: A review of cross-sectional studies. *Women's Health*, 18, 1–13. <https://doi.org/10.1177/17455057221095536>
- Walker, L. (2009). The Battered Woman Syndrome. In *Springer Publishing Company* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health* (Vol. 51, Issue 1, pp. 1–346). <https://doi.org/10.1007/bf03405037>
- World Health Organization. (2004). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>
- World Health Organization. (2014). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência* (pp. 1–275). https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0C DYQw7AJahcKEwjw45bUttCAAxUAAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F145086%2F9789241564793_por.pdf%3Fsequence%3D5%26isAllowed%3D
- World Health Organization. (2021). *Violence against women*. Violence against Women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

APÊNDICES e ANEXOS

Apêndice 1 – Cronograma do Planeamento de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço

Etapas	fe vereiro	m arço	abri l	maio	junho
Reunir com enfermeiro gestor do serviço para identificar a necessidade a intervir					
Pesquisa bibliográfica					
Planear atividade formativa					
Desenvolver a formação em serviço presencial através do método expositivo, interrogativo e ativo					
Aplicação do questionário de avaliação da formação					

Apêndice 2 – Plano de Ação de Formação



PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO/FORMAÇÃO:	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	A Violência acompanha a Humanidade desde sempre. Apesar de ser um fenómeno transversal, existem civilizações que a encaram de forma distinta. A Violência é globalmente considerada uma questão de Direitos Humanos e Cidadania. No entanto, apesar das campanhas realizadas ainda assistimos a um aumento deste fenómeno em grande escala. Estatisticamente, a Violência Doméstica tem uma prevalência de 1 em cada 3 mulheres e 1 em cada 7 homens, mundialmente (WHO, 2021). Como preconiza o Relatório GREVIO, é importante realizar formação para os Profissionais de Saúde, nomeadamente a Enfermagem. Vários estudos revelam que o enfermeiro tem um papel preponderante na deteção, abordagem, encaminhamento e acompanhamento destas vítimas, sendo os Enfermeiros do Serviço de Urgência a ter o primeiro contacto com estas situações.
OBJETIVOS:	No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a problemática da violência doméstica como um cuidado sensível de enfermagem; • Identificar o percurso legal, burocrático e de assistência em saúde que a vítima de violência doméstica percorre durante a permanência no serviço de urgência • Reconhecer o papel do enfermeiro e do enfermeiro especialista na abordagem a este tipo de vítimas
Nº DE AÇÕES:	4
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros em exercício de funções no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Médio Ave – Vila Nova de Famalicão
Nº DE PARTICIPANTES:	40 participantes
METODOLOGIA:	Expositivo / Exposição Interrogativo / Questões orais Ativo / Dinâmica de Grupo
PROGRAMA:	<ul style="list-style-type: none"> • CONCEITO DE VIOLÊNCIA E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA • TIPOS DE VIOLÊNCIA • PREVALÊNCIA • ATUAÇÃO PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA <ul style="list-style-type: none"> • FLUXOGRAMA SITUAÇÃO AGUDA • FLUXOGRAMA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL • ENQUADRAMENTO NA ENFERMAGEM FORENSE <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL DO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA • PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
DATAS E HORÁRIOS:	22 e 23 de junho / 14h30-15h30 e 16h-17h
HORAS E VOLUME DA FORMAÇÃO:	4 horas
LOCAL:	Centro de Formação do CHMA
FORMADORES:	Enfª Daniela Silva – aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica do consórcio entre a Universidade do Minho e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
AValiação:	Qualitativa (observação no momento formativo) e Quantitativa (através de um questionário)
CUSTOS:	Não aplicável

O Responsável

Apêndice 3 – Apresentação PPT Formação VD



Logo of Universidade do Minho (red and yellow squares) and logo of CHMA (green and blue circle) are visible in the top right corner. The text 'utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO' is also present.

Violência Doméstica

Papel do Enfermeiro no Serviço de Urgência na abordagem à pessoa em situação crítica

Sessão de Sensibilização incluída no Projeto de Intervenção em Serviço do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Licenciada em Enfermagem
Cláudia Daniela Pereira da Silva, PG43103

1



Logo of Universidade do Minho (red and yellow squares) and logo of CHMA (green and blue circle) are visible in the top right corner. The text 'utad UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO' is also present.

Programa

- Conceito de Violência e de Violência Doméstica
- Tipos de Violência
- Prevalência
- Perfil da Vítima e o Ciclo de Violência Doméstica
- Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica
 - Fluxograma Situação Aguda
 - Fluxograma Violência Interpessoal
- Enquadramento na Enfermagem Forense
 - Papel do Enfermeiro do Serviço de Urgência
 - Papel do Enfermeiro Especialista do Serviço de Urgência

2

"Let's take a look at the world of violence, not only at the individual level, but at the community level, and at the level of the individual, the family, the community, the nation, and the world."
Krug et al., 2002

"Tudo isso se dá em nível físico, psicológico, emocional, econômico, social, cultural, político, jurídico, etc. Não é apenas uma questão de saúde pública, mas também de segurança pública, de direitos humanos, de justiça social, de desenvolvimento sustentável, etc."
RCM n.º 100/2010, de 17 de Dezembro

Relatório Mundial sobre Violência e Saúde – OMS, 2002

Lei nº 112/ 2009 - Violência Doméstica (Crime Público)

DGS – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (FNPVCV) 2019

Reconhecimento do mérito de Portugal – GREVIO Relatório (Council of Europe, 2019)

Erª Daniela Silva

3

Tipos de Violência Doméstica

Física Emocional Sexual Financeira Social Perseguição

Fonte: Programa de Violência Doméstica da Polícia de Segurança Pública

Erª Daniela Silva

4

Efeitos da Violência Saúde Individual, adaptado por Krug et al (2002)

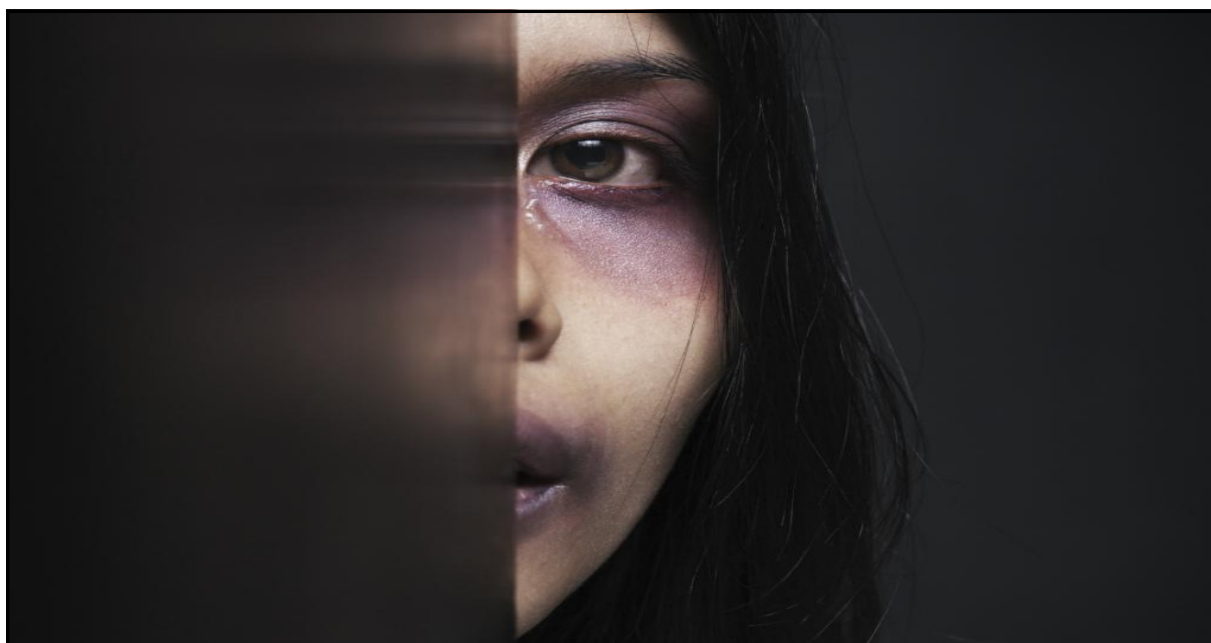


Adaptado de: Krug et al., 2002

Dr.ª Daniela Silva



5



Dr.ª Daniela Silva



6

1. ENQUADRAMENTO PENAL
 1. Código Penal (DL n.º 48/ 95, de 15 de Março, na versão atualizada de Lei n.º 94/ 2021, de 21/ 12)
 2. Código de Processo Penal (DL n.º 78/ 87, de 17 de Fevereiro, na versão atualizada de Lei n.º 94/ 2021, de 21/ 12)
2. PREVENÇÃO E APOIO À VÍTIMA
 1. Regime Jurídico Aplicável à Prevenção da Violência Doméstica e à Proteção e Assistência das suas Vítimas (Lei n.º 112/ 2009, de 16 de Setembro, na versão atualizada de Lei n.º 57/ 2021, de 16/ 08)
 2. Resoluções da Assembleia da República (nº 17/ 2007, nº111/ 2009, nº67/ 2017, nº100/ 2017, nº101/ 2017, nº107/ 2017, nº115/ 2017, nº52/ 2019, nº86/ 2019, nº139/ 2019, nº81/ 2021, nº213/ 2021) e Despacho nº9054/ 2021
3. ESTRUTURAS DE ATENDIMENTO, ACOLHIMENTO E CASAS DE ABRIGO
 1. Protocolo nº17/ 2000 - Ministro da Justiça, a Ministra para a Igualdade e a APAV relativo ao serviço de atendimento telefónico permanente
4. ISENÇÃO DE TAXAS
 1. Isenção de Taxas Moderadoras (Despacho nº 20509/ 2008, de 5 de agosto)
 2. DL n.º 113/ 2011, de 29 de Novembro, na versão atualizada de DL n.º 96/ 2020, de 04/ 11
5. ESTATUTO DE VÍTIMA
 1. Modelos de Documentos Comprobativos da Atribuição do Estatuto de Vítima (Portaria n.º 229-A/ 2010, de 23 de Abril, na versão atualizada de Portaria n.º 138-E/ 2021, de 01/ 07)
6. MEDIDAS DE PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS
 1. Lei de Proteção às Mulheres Vítimas de Violência (Lei n.º 61/ 91, de 13 de Agosto)
 2. Resoluções da Assembleia da República
 3. Regulamentos UE
7. LUTO NACIONAL - Decreto nº 8/ 2019, de 6 de março - 7 de março
8. PLANOS E ESTRATÉGIA NACIONAIS
 1. desde 1999 até 2017
 2. Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 (Inclui o Plano de Ação para a Igualdade entre Mulheres e Homens, o Plano de Ação para a Prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica e o Plano de Ação para o Combate à Discriminação em razão da Orientação Sexual, Identidade e Expressão de Género, e Características Sexuais)
9. CONVENÇÕES INTERNACIONAIS
 1. Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011
10. MEDIDAS NO ÂMBITO DA PANDEMIA DA DOENÇA COVID-19

Erª Daniela Silva



7

Detenção de suspeito de abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes, violação e violência doméstica

Publicado em 14/07/2020

Foi detido um homem fortemente indiciado pela prática de crimes de abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes, violação e violência doméstica

Departamento de Investigação Criminal de Braga



A Polícia Judiciária, através do Departamento de Investigação Criminal de Braga, procedeu à detenção, fora de flagrante delito, de um homem de 44 anos de idade, suspeito da eventual prática de inúmeros crimes de abuso sexual de crianças, abuso sexual de menores dependentes, violação e violência doméstica.

As vítimas são, respetivamente, as suas filhas, com 21 e 13 anos de idade, e a esposa, com 39 anos de idade. Residiam todos, agressor e vítimas, numa habitação comum, sita numa freguesia do Concelho de Vila Nova de Famalicão.

Os abusos sexuais com a filha mais velha começaram quando esta tinha 13 anos de idade, e continuaram com carácter de regularidade até ao presente, ocorrendo habitualmente na habitação da família, mas também noutros locais.

Fonte: <https://www.pdjicjjudicialia.pt/detencao-de-suspeito-de-abuso-sexual-de-criancas-abuso-sexual-de-menores-dependentes-violacao-e-violencia-domestica/>

Erª Daniela Silva



8

Detenção de suspeito de homicídio qualificado consumado e violência doméstica

Publicado em 25/03/2020

Foi detido um homem fortemente indiciado pela prática de crimes de homicídio qualificado consumado e violência doméstica

Departamento de Investigação Criminal de Braga



A Polícia Judiciária, através do Departamento de Investigação Criminal de Braga, e com a prestimosa colaboração da GNR de Vila Nova de Famalicão, procedeu na passada segunda-feira à detenção, fora de flagrante delito, de um homem de 44 anos de idade, suspeito da prática de crimes de homicídio qualificado consumado e violência doméstica.

A vítima mortal, uma mulher com 35 anos de idade, era esposa do arguido, com 44 anos.

Os crimes ocorreram durante o início da manhã desse dia, e tiveram início após uma alteração entre ambos no interior da sua habitação, sita numa freguesia do concelho de Vila Nova de Famalicão. O homicídio foi consumado pelo autor através de asfixia da vítima, e ocorreu numa habitação sita noutra freguesia do mesmo concelho, para onde o arguido, numa viatura automóvel, transportou a vítima, após a ter inanimado.

O detido foi presente às autoridades judiciárias competentes no Tribunal de Guimarães, para primeiro interrogatório judicial, sendo-lhe aplicada a medida de coação de prisão preventiva.

Fonte: <https://www.policiajudiciaria.pt/detencao-de-suspeito-de-homicidio-qualificado-consumado-e-violencia-domestica/>

Fra. Daniela Silva



9


Manhã t
Deu dois
seguida
Uma des
esta ma
dois tiro
vida. Tu
vítima es
vida.

2005620

Fra. Daniela Silva



10



PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 2018

REPÚBLICA PORTUGUESA CIG PORTUGAL MAIS IGUAL

- Estudos sobre Femicídio revelaram que 44% a 47% recorreram ao sistema de saúde no ano anterior ao assassinato (Amar & Cox, 2006)
- Muitas vítimas de violência doméstica recorrem ao Serviço de Urgência pelo menos uma vez e, por vezes, várias vezes durante o ano anterior ao assassinato, e é responsabilidade dos profissionais de saúde identificar, intervir e sinalizar estes doentes. (Hewitt, 2015)

Erª Daniela Silva

11

Prevalência

- É estimado que 20 a 50% de todas as mulheres que recorrem ao serviço de urgência são mulheres mal tratadas. (Ellis, 1999)
- Mais de 4 a 10 mulheres nos Estados Unidos estão suscetíveis de experienciar uma ou mais formas de violência, incluindo abuso infantil (17,8%), espancamento (19,1%), violação (20,4%), e violência doméstica (34,6%). (Amar & Cox, 2006)
- Aproximadamente 25% das mulheres e 7,6% dos homens referem ser alvo de violência entre parceiros ao longo da sua vida. (Cronholm et al., 2015)
- No Reino Unido, tem sido estimado que aproximadamente 12 milhões de mulheres e 700 000 homens experienciam Violência Doméstica, enquanto que todos os meses 7 mulheres são mortas pelos seus parceiros ou ex-parceiros na Inglaterra e País de Gales (McCarthy, 2017)
- Estimativas publicadas pela WHO indicam que globalmente cerca de 1 em 3 (30%) mulheres no mundo e 1 em cada 7 homens tem sido sujeitos a violência física e/ou sexual pelos seus parceiros ou ex-parceiros ao longo da sua vida (WHO, 2021)

Erª Daniela Silva

12

Período de referência dos dados (1)	Sexo	Lesadas/os/ ofendidas/os identificadas/os em crimes de violência doméstica contra o cônjuge ou análogo registados pela PSP e GNR (N.º) por Sexo; Anual (2)	
		Localização geográfica Portugal	N.º
2020	HM		31 832
	H		7 858
	M		23 974
2019	HM		33 472
	H		8 035
	M		25 437
2018	HM		28 230
	H		5 950
	M		22 280
2017	HM		28 460
	H		5 913
	M		22 547
2016	HM		28 180
	H		5 594
	M		22 586

Lesadas/os/ ofendidas/os identificadas/os em crimes de violência doméstica contra o cônjuge ou análogo registados pela PSP e GNR (N.º) por Sexo; Anual - Direcção-Geral da Política de Justiça

Última atualização destes dados: 31 de março de 2021

Violência doméstica



(Relatório Anual de Segurança Interna - Sistema de Segurança Interna, 2021)

Fonte: INE, acessado a 12/ 05/ 2022 - https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpcid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008156&seTab=tab0

Prof. Daniela Silva

13

Localização geográfica (NUTS - 2013) (1)	Crimes registados (N.º) pelas autoridades policiais por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual (3)		
	Período de referência dos dados (2)		
	Crimes contra a integridade física	Ofensa à integridade física voluntária simples	Violência doméstica contra cônjuge ou análogos
	N.º	N.º	N.º
Continente	45 409	16 829	21 977
Norte	15 560	5 943	7 499
Barcelos	481	156	258
Vila Nova de Famalicão	555	212	265
Área Metropolitana do Porto	7 985	3 060	3 795
Santo Tirso	276	93	146
Trofa	116	46	57

Crimes registados (N.º) pelas autoridades policiais por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual - Direcção-Geral da Política de Justiça

Última atualização destes dados: 31 de março de 2021

Fonte: INE, acessado a 12/ 05/ 2022 - https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpcid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008156&seTab=tab0

Prof. Daniela Silva

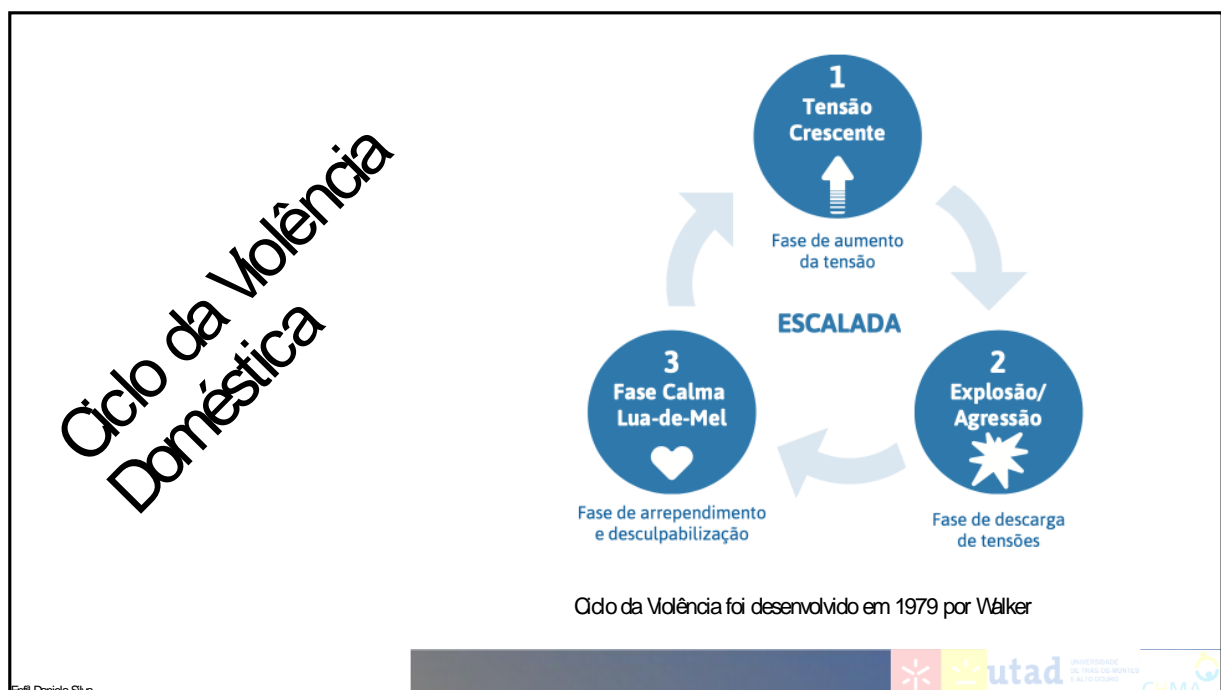
14

Perfil da Vítima

- Como não existem indicadores demográficos específicos, a identificação de vítimas de violência doméstica pode ser difícil. (Elli, 1999)
- A grande maioria espera que os profissionais questionem se a ida à urgência foi motivada por ato de Violência Doméstica.
- Não existem “perfis” que possam prever com suficiente fiabilidade quem é uma provável vítima nem um/a possível agressor/a;


Dr.ª Daniela Silva

15



Dr.ª Daniela Silva

16



Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

- *"Ninguém me questionou nada sobre ter sido espancada... Fez-me sentir que os profissionais do hospital são frios e descuidados relativamente a mulheres espancadas"*
- PERGUNTAR sobre abuso pode facilmente identificar as pessoas abusadas que vão aos Serviços de Urgência.
- É importante que os enfermeiros da Urgência correspondam a esta expectativa.

(SUMMERS-SITARSKI ET AL., 2008)

Prof. Daniela Silva

17

Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

As mulheres usam os Serviços de Urgência como uma das suas primeiras fontes de cuidados de saúde. Ellis, 1999

1999

2017

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental a desempenhar na identificação e gestão eficazes do abuso em vários contextos. McGarry, 2017

Prof. Daniela Silva

18

Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

Resultados obtidos num questionário efetuado ao Enfermeiros de um Serviço de Urgência

Barriers	Frequency	Percent
There is a lack of privacy for screening in my healthcare setting.	24	60.0%
I don't have enough time to ask about domestic violence.	10	25.0%
I don't know how to ask about domestic violence.	8	20.0%
I don't know how to get the woman alone to ask the questions.	7	17.5%
I feel uncomfortable asking.	6	15.0%
Other	6	15.0%
I am afraid of offending the patient.	5	12.5%
I don't know what to do if the answer is "yes."	5	12.5%
I don't know enough about the issue of domestic violence.	4	10.0%
I can't fix the problem anyway.	4	10.0%
I feel the woman will end up staying with the abuser anyway.	4	10.0%
I don't feel I have support from my colleagues.	3	7.5%
I don't feel I have support from nursing management.	3	7.5%
I don't feel it is really my job to screen.	2	5.0%
I don't feel the screening box is conveniently located.	2	5.0%

Fonte: Ellis, Critical Care Nursing Quarterly, 1999

Prof. Daniela Silva

19

Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

- Despacho nº 6378/ 2013 de 16 de maio – Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida
- Deliberação CHMA de 2014 – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
- Despacho n.º 9494/ 2019 (Série II), de 14 de outubro



Prof. Daniela Silva

20

Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

- Atendimento, avaliação e orientação dos utentes que se encontram em situação/ suspeita de violência
- Guia Prático da Violência Interpessoal – INF.CHMA.153

GUIA PRÁTICO



VIOLENCIA INTERPESSOAL

ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE



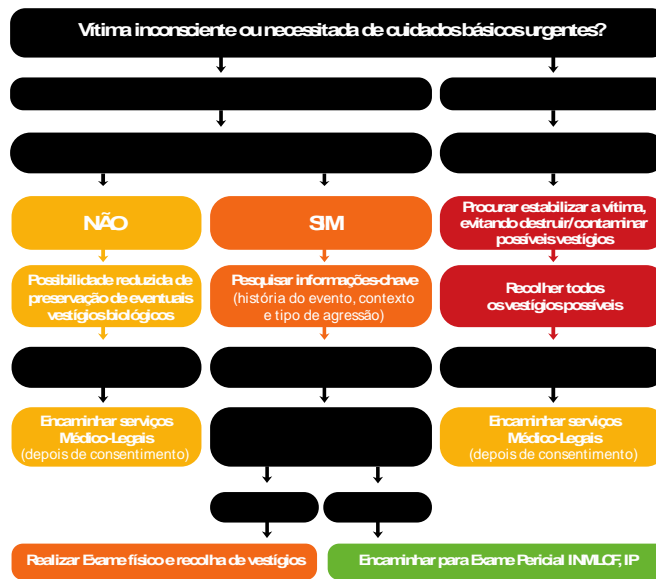
INF.CHMA.153/1º FEVEREIRO 2018

Guia adaptado da Direção-Geral de Saúde

Prof. Daniela Silva

21

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES AGUDAS E/OU DE AGRESSÃO SEXUAL



Fluxograma de Atuação em casos de Violência Aguda, segundo a DGS (2019)

Prof. Daniela Silva

22

Atuação perante a Vítima de Violência Doméstica

PROTOCOLO 1 SITUAÇÃO DE SUSPEITA

OBJETIVO: promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão enquanto problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta.

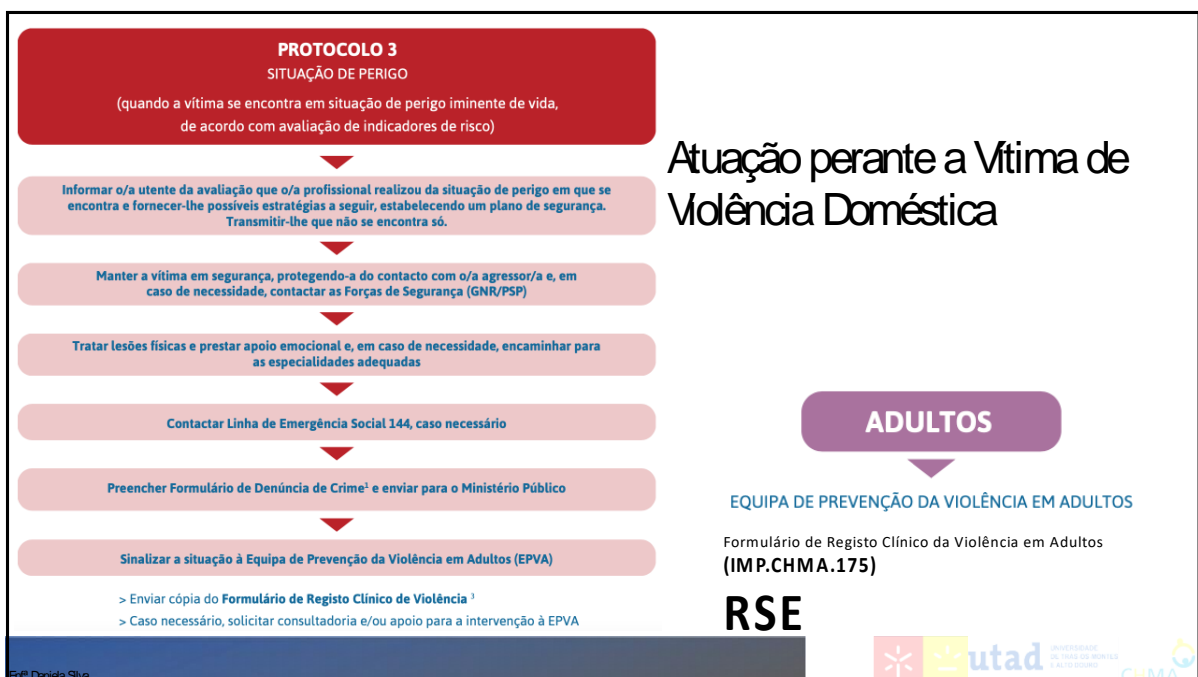
PROTOCOLO 2 SITUAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO: fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência.

PROTOCOLO 3 SITUAÇÃO DE PERIGO

OBJETIVO: promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

23



24

REGISTO

Formulário de Registo Clínico da Violência

» Registrar com maior grau de detalhe e objetividade as informações recolhidas na entrevista e/ou exame físico no **Formulário de Registo Clínico de Violência**, enviando cópia para a respetiva Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

Exame Físico

» Seguir etapas **Checklist de Exame Físico**
 » Assegurar preenchimento do **Formulário de Consentimento Declarado**, de forma Livre e Esclarecida pelo/a utente
 » Em situações de recolha de vestígios, garantir a validação de achados mediante registo no **Formulário de Cadeia de Custódia**


Formulário de Denúncia de Crime

» Após avaliação das condições de segurança e proteção da vítima, realizar comunicação da prática de crime através do **Formulário de Denúncia de Crime** dirigido ao Ministério Público

Plano de Segurança

» Delinear, em conjunto com a vítima, e após avaliação dos indicadores de risco, estratégias de segurança e proteção de forma a prevenir futuras situações de violência

Er. Daniela Silva



25

Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

CHMA: Circular Informativa nº CA/ 19/ 2022

SINALIZAÇÃO

- » **Sclínico**
- » epva@chma.min-saude.pt
- » Informar da possível partilha de informação pela EPVA – CHMA com equipa homóloga dos Cuidados de Saúde Primários – anotar esta informação no formulário de Registo Clínico da Violência.

CIRCULAR REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAUDE

INFORMATIVA NORMATIVA
 N.º CA/19/2022 DATA: 24/02/2022

ASSUNTO: Nomeação da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)
 DESTINATÁRIO: Todos os profissionais


Por deliberação do Conselho de Administração de 24/02/2022, foi nomeada a **EQUIPA PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)**, constituída pelos seguintes profissionais:

- Nuno Cardoso, Assistente Graduado Hospitalar de Medicina Interna, **Coordenador**
- António Aroso, Técnico Superior Gabinete Jurídico
- Aurora Cunha, Técnico Superior Serviço Social
- Bárbara Machado, Enfermeira
- Deolinda Teixeira, Enfermeira
- Fátima Marques, Técnico Superior (SGAIRU)
- Jorge Leão, Assistente Graduado Hospitalar de Medicina Interna
- Maria Júlia Fonseca, Técnico Superior Serviço Social
- Tiago Rodrigues, Assistente Hospitalar de Psiquiatria
- Vânia Barbosa, Enfermeira

O Presidente do Conselho de Administração
 AMÉLIO BARBOSA

CHMA CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE, EPVA
 UNIDADE MÉDICA 1840 – Largo Dom João de Gusmão, 4700-037 Santo Tiras
 UNIDADE 3ª – 19000-220 – Rua Cuarteros de Alarcão, Apartado 21, 4741-937 V.N. Ferrelhos
 TEL. + 351 252 800 800 FAX 351 + 351 252 824 982 9897 + 351 252 322 988 EMAIL: epva@chma.min-saude.pt chma@chma.pt

Er. Daniela Silva



26



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

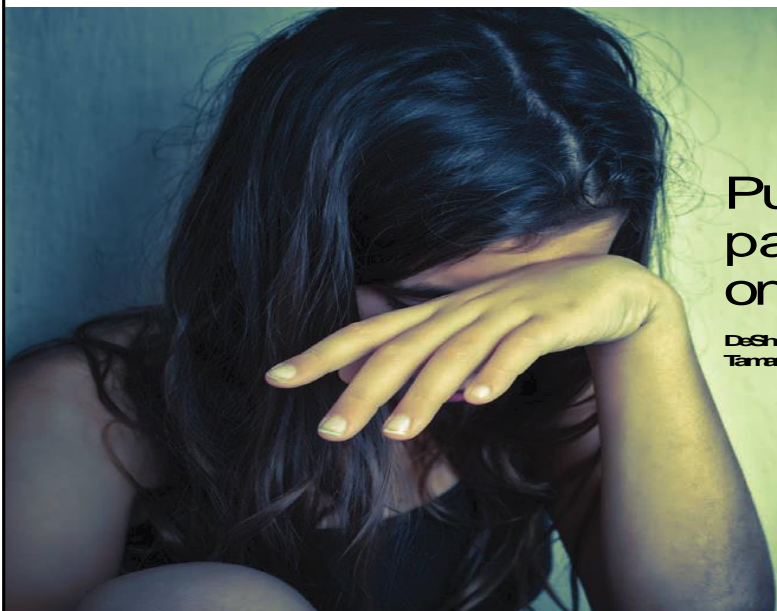
ENQUADRAMENTO NA ENFERMAGEM FORENSE



Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.

Papel do Enfermeiro do Serviço de Urgência
Papel do Enfermeiro Especialista do Serviço de Urgência


27



Putting intimate partner violence on your radar

DeShana Collett, PhD, PAC
Tamara Bennett, MSPAS, PAC

Prof. Daniela Silva



28



PROJECT RADAR

RADAR - Etapas de ação para prestadores de cuidados de saúde

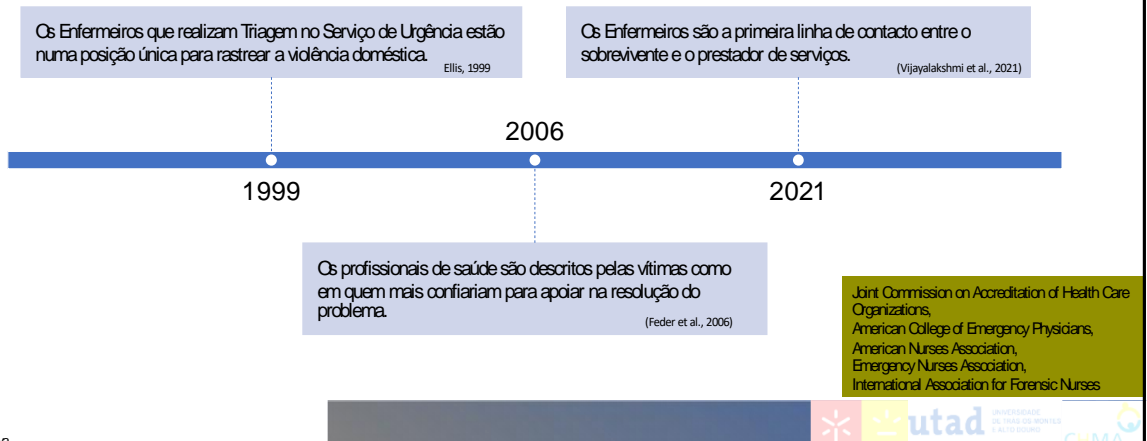
- Rotineiramente, pergunte sobre violência passada e atual
 - Pergunte mesmo se os indicadores físicos estiverem ausentes
 - Usar ambiente/ espaço privado
- Ask (PERGUNTE) questões diretas
 - Valide e não julgue
 - Use uma linguagem cultural/ linguística apropriada
- Documente vestígios
 - Incluir qualquer descrição do incidente
 - Use diagrama corporal
 - Arquivar relatórios quando exigido por lei
- Avalie a segurança
 - Escalada na frequência/ gravidade da violência
 - Ameaças de homicídio/ suicídio
 - Armas usadas ou disponíveis
 - Incluir crianças
- Rever opções e referências
 - Familiarize-se com uma variedade de recursos
 - Deixe o paciente decidir qual é a opção mais segura

Fonte: Massachusetts Medical Society, 2013
Traduzido

Enfª Daniela Silva



Papel do Enfermeiro do SU



Enfª Daniela Silva





- Como perguntar se a pessoa é vítima de violência?
- ACTIVE LISTENING STEPS
(Sorenson, 2013)

Por quê perguntar?

- Frequência da ocorrência da violência interpessoal;
- Insuficiência da detecção de situações de maus tratos;
- Inexistência de “perfis” exatos de vítimas e agressores/ as;
- A maioria das vítimas está disposta a revelar a situação quando se pergunta de forma direta e sem juízos de valor;
- Experiência e maior abertura na abordagem do tema por profissionais;
- Necessidade de prevenir e detectar precocemente os casos;
- Importância de transmitir a noção de que também se trata de um problema que envolve a saúde.

Papel do Enfermeiro do SU

- ✓ Os Enfermeiros do Serviço de Urgência podem encontrar uma vítima de violência doméstica ou abuso ao cuidar de uma pessoa com lesões traumáticas.
- ✓ Compreender as lesões associadas a atos de violência é apenas o primeiro passo.
- ✓ Uma parte vital das responsabilidades do enfermeiro é a documentação escrita precisa das observações, avaliações físicas e outros fatores

Papel do Enfermeiro Especialista do SU

- Competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

2.5 — Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

2.5.1 — Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente;
2.5.2 — Salvaguardada a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia;
2.5.3 — Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes;
2.5.4 — Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família.

Fonte: Regulamento nº 429/2018 – Anexo II

Enfª Daniela Silva

33

Papel do Enfermeiro Especialista do SU

- Pensar fora da caixa:
 - A complexidade das apresentações de abuso.
- Explorar as ligações:
 - Relações profissionais de saúde-vítima.
- Mais propensos a ter a conversa:
 - Ter o Processo de Enfermagem como suporte.

McGarry, J. (2017). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2266–2273. <https://doi.org/10.1111/jocn.13203>

Enfª Daniela Silva

34

Em síntese

PROTEGER
A VÍTIMA

Intervir no risco
para prevenir a
evolução para
o PERIGO

Evitar a
recorrência



Dr.ª Daniela Siba

35

1. Amor, A. F., & Cox, C. W. (2006). Intimate Partner Violence: Implications for Critical Care Nursing. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(3), 287–296. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2006.05.013>
2. APAV. (2021). Estatísticas APAV 2020. In Relatório Anual (p. 19).
3. Assembleia da República. (2013). Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica. In Diário da República, Série I de 2013-01-21 (pp. 385–427). <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/257059/details/normal?&Resolucao=n.04%2F2013>
4. Assembleia Geral das Nações Unidas. (1993). Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres. In Ministério Público - Portugal (p. 8). <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracaoviolenciawomen.pdf>
5. Bhandari, M., Doshajh, S., Tornetta, P., & Matthews, D. (2006). Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 61(6), 1473–1479. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000196419.36019.5a>
6. Council of Europe. (2019). GREVIO Baseline Evaluation Report Portugal.
7. Cronholm, P. F., Fogarty, C. T., Ambuel, B., & Harrison, S. L. (2015). Intimate Partner Violence. *American Family Physician*, 83(10), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/1751-488X.12241>
8. Davila, Y. R., Mendias, E. P., & Juneau, C. (2013). Under the RADAR: Assessing and intervening for intimate partner violence. *Journal of Nurse Practitioners*, 9(9), 594–599. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2013.05.022>
9. Diário da República. (2019). Despacho n.º 9494/2019. Diário Da República 2a Série, N.º 202(21 de outubro), 142–143. https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?&fclid=hwARzgo-2w3Ab2FrzwwfA8Cszn-ER32gR0xm-V6f69zeAHxku_n_6yE98
10. Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(1), 27–41. <https://doi.org/10.1097/00002727-199905000-00005>
11. Fulton, D. R. (2000). Recognition and documentation of domestic violence in the clinical setting. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 26–34. <https://doi.org/10.1097/00002727-200008000-00004>
12. Health, V. D. of. (2004). Project RADAR.
13. Hewitt, L. N. (2015). Intimate Partner Violence: The Role of Nurses in Protection of Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(2), 271–275. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.004>
14. Hewitt, L. N., Bhasvar, P., & Phelan, H. A. (2011). The secrets women keep: Intimate partner violence screening in the female trauma patient. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 70(2), 320–323. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3182095843>
15. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. In Organização Mundial da Saúde.
16. McAndrew, M., Pierre, G. C., & Kojanis, L. C. (2014). Effectiveness of an Online Tutorial on Intimate Partner Violence for Dental Students: A Pilot Study. *Journal of Dental Education*, 78(8), 1176–1181. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.8.tb05789.x>
17. McGarry, J. (2017). Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2266–2273. <https://doi.org/10.1111/jocn.13303>
18. Monteiro, C. F. de S., Araújo, T. M. E. de, Nunes, B. M. V. T., Lustosa, A. R., & Bezerra, C. M. J. (2006). A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 10(2), 273–279. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000200015>
19. ONU. (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Diário Da República, III, 1–5. http://www.fpce.up.pt/sae/pdf/Decl_Univ_Direitos_Homem.pdf
20. ONU. (1979). Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres. In Assembleia Geral das Nações Unidas (pp. 13–32).
21. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no 429/2018. In Diário da República, 2a série: Vol. no 135 (pp. 19359–19370). <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
22. Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Chaves da Silva, M., & Prazeres, V. (2016). Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. In Direção Geral de Saúde (DGS). Vol. 2a ed.
23. Sistema de Segurança Interna. (2021). Relatório Anual de Segurança Interna de 2020. In Relatório Anual de Segurança Interna – Ano.
24. Sorenson, S. (2013). Active Listening Steps (p. 4). https://www.communitysolutionsva.org/files/9-16-13_Conflict_Resolution_Handouts.pdf%0D%0A
25. Summers-Sitariski, K., Berry-Bovía, M., Fairchild, J., & Carroll, C. (2008). Overcoming the Barriers to Assessing for Domestic Violence in the Emergency Department. *Critical Care Nurse*, 28(2), 61–64.
26. UNESCO. (1986). Declaração de Sevilha sobre a Violência (p. 3).
27. Vijayalakshmi, P., Gandhi, S., Sai Nikhil Reddy, S., Palaniappan, M., & Badamath, S. (2021). Violence Against Women with Mental Illness and Social Norms and Beliefs: Nursing Professional Perspective. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 212–218. <https://doi.org/10.1007/s10997-020-00635-2>
28. World Health Organization. (2021). Violence against women. Violence against Women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Referências Bibliográficas

36



37



38

Apêndice 4 – Relatório de Curso / Ação de Formação



RELATÓRIO DE CURSO / AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO/FORMAÇÃO:	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO:	A Violência acompanha a Humanidade desde sempre. Apesar de ser um fenómeno transversal, existem civilizações que a encaram de forma distinta. A Violência é globalmente considerada uma questão de Direitos Humanos e Cidadania. No entanto, apesar das campanhas realizadas ainda assistimos a um aumento deste fenómeno em grande escala. Estatisticamente, a Violência Doméstica tem uma prevalência de 1 em cada 3 mulheres e 1 em cada 7 homens, mundialmente (WHO, 2021). Como preconiza o Relatório GREVIO, é importante realizar formação para os Profissionais de Saúde, nomeadamente a Enfermagem. Vários estudos revelam que o enfermeiro tem um papel preponderante na deteção, abordagem, encaminhamento e acompanhamento destas vítimas, sendo os Enfermeiros do Serviço de Urgência a ter o primeiro contacto com estas situações.
OBJETIVOS	No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a problemática da violência doméstica como um cuidado sensível de enfermagem; • Identificar o percurso legal, burocrático e de assistência em saúde que a vítima de violência doméstica percorre durante a permanência no serviço de urgência • Reconhecer o papel do enfermeiro e do enfermeiro especialista na abordagem a este tipo de vítimas
FORMANDOS COM CERTIFICADO	39 formandos
FORMADORES	Enfª Daniela Silva – aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica do consórcio entre a Universidade do Minho e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> • CONCEITO DE VIOLÊNCIA E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA • TIPOS DE VIOLÊNCIA • PREVALÊNCIA • ATUAÇÃO PERANTE A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA <ul style="list-style-type: none"> • FLUXOGRAMA SITUAÇÃO AGUDA • FLUXOGRAMA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL • ENQUADRAMENTO NA ENFERMAGEM FORENSE <ul style="list-style-type: none"> • PAPEL DO ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA • PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
RECURSOS DIDÁTICOS UTILIZADOS	Computador, Televisor, Papel, Canetas
METODOLOGIA	Expositivo / Exposição Interrogativo / Questões orais Ativo / Dinâmica de Grupo
DATA DE REALIZAÇÃO LOCAL E HORÁRIO	22 e 23 de junho / 14h30-15h30 e 16h-17h / Sala de Reuniões do CHMA
AValiação	Qualitativa: motivação e interesse por parte dos formandos, colocando questões pertinentes ao tema e participando na sua totalidade na atividade realizada. Quantitativa: o nível de satisfação global relativamente à ação foi de 75% na satisfação máxima, 20% satisfação moderada e 5% de nem satisfeito nem insatisfeito. De realçar o comentário escrito de um/a formando/a: “Comunicação ativa, facilmente compreensível e dinâmica”.
CUSTOS	Não aplicável

O Responsável



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Cláudia Daniela Pereira Silva**, natural de Barcelos, nascida a 11/12/1987, titular do n.º de identificação 13370297, válido até 20/09/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 02 a 04 de junho de 2022, com a duração de 24 horas, em Viana do Castelo.

Funchal, 08 de junho de 2022



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

Certificado n.º 213/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC



Entidade Formadora Certificada
ÁREAS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
721 – Medicina
841 – Proteção de pessoas e bens

Estrutura Curricular

Módulos	Horas
Módulo I – Formação base curso <ul style="list-style-type: none">▪ Descrição do sistema e dos seus componentes▪ Sistema MACSIM▪ Resposta pré-hospitalar aos Incidentes Major▪ Resposta hospitalar aos Incidentes Major▪ Princípios de Triagem▪ MRMI Comunicações e Gestão Meios▪ Terrorismo e Segurança▪ Comunicação de Crise e relação com os Média	24 horas
Módulo II – Formação específica <ul style="list-style-type: none">▪ Resposta em Incidentes Major com matérias perigosas/Ferimentos CBRN▪ Resposta incidente em estádios de futebol▪ Resposta em Incidente Major em Aeroportos▪ Damage Control – Cirurgia de controlo de dano▪ Security and Disaster control; pre-hospital & hospital – Segurança e Controlo em Desastres: no pré-hospitalar e hospital▪ Hospital Attack / Disaster plan of Hospitals / Surge Capacity – Ataque hospitalar / Planos de Desastre / Capacidade cirúrgica▪ Mass Rescue Operations on Sea / MRMI#MRO – Operações de Resgate no Mar MRMI#MRO▪ Coordenação & Comando - Doutrina em Catástrofe	
Módulo III – Primeiro exercício de simulação	
Módulo IV – Segundo exercício de simulação	

Funchal, 08 de junho de 2022

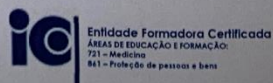


Midtice International
Disaster Training Centre

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

Certificado n.º 213/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC



Entidade Formadora Certificada
ÁREAS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO:
721 - Medicina
841 - Proteção de pessoas e bens

Anexo 2 – Protocolo 3 de atuação em Situação de Perigo iminente de vida da vítima



Anexo 3 – Questionário de Avaliação da Ação de Formação sobre vítima crítica de VD



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

CURSO: _____ AÇÃO Nº: _____ DATA: / /

Pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário, no sentido de melhorar as atividades do Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado.
 Defina o seu grau de apreciação, assinalando com um (X) a opção que melhor se ajusta à sua opinião.
1=Discordo fortemente; 2=Discordo moderadamente; 3= Nem concordo nem discordo; 4=Concordo moderadamente; 5=Concordo fortemente;

Indicadores	Grau de Apreciação				
	1	2	3	4	5
1- Os conteúdos abordados na ação foram relevantes para as minhas funções;					
2- Os conteúdos foram apresentados de forma interessante;					
3- O formador expôs os assuntos de forma clara;					
4- O formador demonstrou domínio dos conteúdos;					
5- O formador despertou o interesse para a ação, mantendo a ação ativa;					
6- Foi-me dada a oportunidade de participar nas diferentes atividades;					
7- A ação respondeu às minhas necessidades nesta área;					
8- O nível anterior dos meus conhecimentos já era adequado aos conteúdos abordados;					
9- As instalações onde decorreu a ação e os equipamentos audiovisuais utilizados foram apropriados;					
10- A documentação distribuída foi adequada;					
11- No exercício das minhas funções aplicarei muito do que aprendi;					
12- Existiu equilíbrio entre as dinâmicas do formador e o envolvimento do grupo;					
13- Considero a duração da ação adequada;					
14- Considero o horário da ação ajustado;					
15- Participei ativamente na ação;					
16- Os objetivos da ação foram atingidos;					
17- Esta ação proporcionou a partilha de experiências entre os formandos;					
18- Considero adequada a organização desta ação;					
19- De um modo geral, fiquei satisfeito(a) com esta ação;					
20- Para que o Gabinete de Formação e Ensino Pré e Pós Graduado, possa prestar um melhor serviço no futuro, refira os aspetos que mais e menos gostou desta formação, e/ou dê sugestões:	<hr/> <hr/>				