

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PERCEÇÃO DO CONHECIMENTO E EXECUTABILIDADE DAS PRÁTICAS FORENSES DE ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Orientador – Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Categoria – Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde

Julho de 2025

Alves, L. M. P. S.. Perceção Do Conhecimento E Executabilidade Das Práticas Forenses De Enfermeiros Do Serviço De Urgência. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."

Leonardo da Vinci

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as vítimas de violência, cuja dor muitas vezes permanece silenciosa e invisível.

Que esta investigação contribua para reforçar a consciência sobre o papel essencial dos enfermeiros, em especial dos serviços de urgência/emergência, através do seu olhar atento, resposta eficaz, humana e justa. A identificação e preservação de vestígios forenses, é uma missão fundamental e relevante para que a justiça seja feita e o sofrimento transformado em dignidade, verdade e reparação.

AGRADECIMENTOS

À minha família, o meu alicerce.

À minha mãe, minha Nandinha, pelo amor, pela força silenciosa e pelo exemplo de dedicação e resiliência.

Ao meu marido, meu Jack, pelo amor, pela paciência, pelo miminho, pelo apoio e pela convicção inabalável.

Aos meus amigos, que estiveram comigo sempre, com a palavra certa e o abraço terno.

À Rita, minha amiga, minha feliz companhia nesta jornada e na jornada da vida.

À minha Enfermeira Gestora, Alcina Barreira, pela confiança e incentivo constantes.

À minha equipa, pela compreensão.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Gorete Batista e Professor Doutor João Cruz, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela exigência, pela confiança e pelos ensinamentos.

Aos demais Professores, pelas aprendizagens.

Aos colegas de Mestrado, pelas partilhas e pelas gargalhadas.

À instituição onde decorreram os estágios, às pessoas com quem de diferentes maneiras contactei e convivi, por toda a colaboração.

Aos enfermeiros orientadores nos três campos de estágio, Elsa Meireles, Nicolas Vassalo e Sandra Rocha, pela disponibilidade, pelas experiências proporcionadas e pela transmissão de conhecimentos.

RESUMO

Enquadramento: O presente Relatório Final de Estágio Profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), visa uma análise crítica e fundamentada do percurso de estágio, desenvolvido em três contextos distintos: Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal. A estrutura do relatório está dividida em duas partes: a primeira documenta o desenvolvimento de competências clínicas, comuns e específicas, conforme os referenciais da Ordem dos Enfermeiros [OE]; a segunda apresenta trabalho de investigação realizado, baseado na prática especializada e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com o tema “Perceção do Conhecimento e Executabilidade das Práticas Forenses de Enfermeiros do Serviço de Urgência”.

Em cada secção é feita uma análise crítica e reflexiva, sustentada na evidência científica e nos padrões de qualidade definidos pela profissão, com o intuito de evidenciar a evolução de competências, a capacidade de integração da teoria na prática e o impacto das experiências no crescimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista.

Objetivos: Analisar os processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; Identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra; Analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes às Práticas Forenses (PF) de enfermeiros do Serviço de Urgência (SU); Analisar se o perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU se relacionam com a perceção do conhecimento e a executabilidade das PF; Analisar se existe relação entre a perceção do conhecimento das PF de enfermeiros do SU e a sua executabilidade.

Métodos: Para a concretização do primeiro objetivo, utilizou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva. No que concerne aos seguintes, realizou-se um estudo descritivo-correlacional de carácter transversal, com a aplicação do “Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros” (QPVAVE), de Gomes, Corte-Real & Chaves (2016) aos enfermeiros que exercem funções nos SU de uma ULS do Norte de Portugal, nos meses de dezembro de 2024 e janeiro de 2025. A amostra foi constituída por 94 enfermeiros. O tratamento dos dados foi efetuado através do programa

informático de tratamento estatístico IBM® (*International Business Machines*) SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*), versão 30.0 para Windows 11, com recurso a procedimentos de estatística descritiva e analítica. Foram salvaguardados os princípios éticos.

Resultados: As competências em análise foram adquiridas. No âmbito da investigação, no que concerne à executabilidade, “nunca executei” foi resposta dada pela maioria dos participantes, em todas as categorias. Quanto à perceção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a mais predominante, seguida da opção “desconhecia”. O perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU, não evidenciaram correlações estatisticamente significativas com a perceção do conhecimento e a executabilidade das PF. A análise das correlações de *Pearson*, revelou padrões maioritariamente fracos a moderados, e estatisticamente significativos entre as variáveis de executabilidade e perceção do conhecimento das PF.

Conclusão: Os processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) foi cumprido. Quanto ao estudo de investigação, os enfermeiros a exercer funções nos SU apresentam lacunas significativas, tanto ao nível da executabilidade como da perceção do conhecimento das PF. Perante estes resultados, torna-se imperativo o reforço da formação em Enfermagem Forense (EF), bem como a implementação de protocolos institucionais claros e oportunidades práticas supervisionadas, que favoreçam a consolidação de competências.

Palavras-chave: Enfermeiros, Enfermagem Forense, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

Background: This Final Report on the Professional Internship, carried out within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Area of People in Critical Situations, aims at a critical and well-founded analysis of the internship path, developed in three different contexts: Cardiology Intensive Care Unit (CICU), Multipurpose Intensive Care Unit (MICU) and Medical-Surgical Emergency Service (MSES), integrated in a Local Health Unit (LHU) in the North of Portugal.

The structure of the report is divided into two parts: the first document on the development of common and specific clinical skills, in accordance with the references of the Portuguese Nurses' Association [NA]; the second presents the research work carried out, based on specialized practice and aimed at continuous improvement of the quality of care, with the theme "Perception of Knowledge and Execution of Forensic Practices of Nurses in the Emergency Service". In each section, a critical and reflective analysis is carried out, supported by scientific evidence and quality standards defined by the profession, with the intention of highlighting the evolution of skills, the ability to integrate theory into practice and the impact of experiences on personal and professional growth as a future specialist nurse.

Aim: To analyze the learning processes and the acquisition and development of skills, within the scope of providing care to people in critical situations; To identify the sociodemographic and professional profile of the sample; To analyze the perception of knowledge and the executability of procedures related to Forensic Practices (FP) of Emergency Department (ED) nurses; To analyze whether the sociodemographic profile, training, professional category and time of professional nursing practice in the ED are related to the perception of knowledge and the executability of FP; To analyze whether there is a relationship between the perception of knowledge of FP of ED nurses and their executability.

Methods: To achieve the first objective, a descriptive, analytical and reflective methodology was used. Regarding the following objectives, a descriptive-correlational cross-sectional study was carried out, applying the "Questionnaire on the Preservation of Traces in Victim Care by Nurses" by Gomes, Corte-Real & Chaves (2016) to nurses working in the ED of a LHU in Northern Portugal, in the months of December 2024 and January 2025. The sample consisted of 94 nurses. Data processing was carried out using the IBM® (International Business Machines) SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) statistical

processing software, version 30.0 for Windows 11, using descriptive and analytical statistics procedures. Ethical principles were safeguarded.

Results: The skills under analysis were acquired. In the context of the research, with regard to executability, “never executed” was the response given by the majority of participants, in all categories. Regarding the perception of knowledge, the option “vaguely knew” was the most predominant, followed by the option “unknown”. The sociodemographic profile, training, professional category and time of professional nursing practice in the ED did not show statistically significant correlations with the perception of knowledge and executability of the FP. The analysis of Pearson correlations revealed mostly weak to moderate, and statistically significant patterns between the executability and perception of knowledge of the FP variables.

Conclusion: The learning processes and the acquisition and development of skills, within the scope of the provision of care to the Person in Critical Situation (PCS) were fulfilled. As for the research study, nurses working in the ED present significant gaps, both in terms of executability and perception of knowledge of FP. Given these results, it is imperative to reinforce training in Forensic Nursing (FN), as well as the implementation of clear institutional protocols and supervised practical opportunities, which favor the consolidation of skills.

Keywords: Nurses, Forensic Nursing, Knowledge, Attitudes and Practice in Health, Medical-Surgical Nursing, Hospital Emergency Service.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BPAP – *Bi-level Positive Airway Pressure*

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method-ICU*

CC – Competências Comuns

CE – Competências Específicas

CIAV – Centro de informação Antivenenos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

CPC – Contexto da Prática Clínica

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiros Especialistas

EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EF – Enfermagem Forense

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPC – Enterobacterales Produtoras de Carbapenemases

GGRH – Grupo de Gestão do Risco Hospitalar

GNR – Guarda Nacional Republicana

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IF – Idoneidade Formativa

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

IT – Instrução de Trabalho
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial da Saúde
PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção
PCEA – *Patient-Controlled Epidural Analgesia*
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PF – Práticas Forenses
PMC – Projeto de Melhoria Contínua
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA – Programa de Prevenção do Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PQCEE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados
PSC – Pessoa em Situação Crítica
QPVAVE – Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros
RASS – Escala de Agitação e Sedação de *Richmond*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAMR – Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina
RMN – Ressonância Magnética
SIV – Suporte Imediato de Vida
SMI – Serviço de Medicina Intensiva
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviços de Urgência Básica
SUB A – Serviço de Urgência Básica da Unidade A
SUB C – Serviço de Urgência Básica da Unidade C
SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TRTS – *Triage Revised Trauma Score*

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UDA – Unidade de Dor Aguda

ULPPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção do Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	4
INTRODUÇÃO	6
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	9
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO	10
1.1 Estágio de Opção – UCIC.....	10
1.2 Serviço de Medicina Intensiva da UCIP	13
1.3 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	16
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO.....	20
2.1 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista	21
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	22
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	25
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados.....	29
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
2.2 Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	36
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	36
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da concepção à ação	42
2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	46
PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA “DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: PERCEÇÃO DO CONHECIMENTO E EXECUTABILIDADE DAS PRÁTICAS FORENSES DE ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	50

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS	51
2. ESTADO DA ARTE.....	53
3. METODOLOGIA	56
3.1 Tipo de estudo	56
3.2 População e amostra.....	56
3.3 Instrumento de recolha de dados	57
3.4 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas	58
3.5 Procedimentos de tratamento e análise de dados	58
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	60
4.1 Perfil sociodemográfico e profissional da amostra	60
4.2 Caracterização da executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses	61
4.3 Frequência atribuída à prestação de assistência consoante o tipo de vítima, em cuidados na preservação de vestígios forenses.....	76
4.4 Relação entre o género e a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses.....	76
4.5 Relação entre as habilitações académicas e a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses	78
4.6 Relação entre a idade e a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses.....	79
4.7 Relação entre a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses e o serviço de urgência.....	80
4.8 Relação entre a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses e a categoria profissional	82
4.9 Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a perceção do conhecimento das práticas forenses	84
4.10 Relação entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência ou emergência e a executabilidade e a perceção do conhecimento das práticas forenses	84

4.11 Relação entre a formação académica ou complementar em medicina legal e/ou ciências forenses e a executabilidade e perceção do conhecimento das práticas forenses	85
4.12 Relação entre a executabilidade e a perceção do conhecimento das práticas forenses	87
5. DISCUSSÃO	90
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO	94
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
APÊNDICES E ANEXOS.....	106
APÊNDICE I – Comprovativo dos Projetos de Melhoria Contínua Elaborados	107
APÊNDICE II – Comprovativo das Instruções de Trabalho Elaboradas.....	113
APÊNDICE III – Comprovativo das Sessões Formativas.....	116
ANEXO I – Comprovativo da Participação em Atividades Formativas Externas, como Formanda.....	120
ANEXO II – Comprovativo da Participação na Formação em Serviço, no Âmbito dos Estágios, como Formanda.....	129
ANEXO III – Comprovativo da Participação na Formação em Serviço, no Âmbito do Estágio, como Formadora.....	137
ANEXO IV – Instrumento de Recolha de Dados.....	138
ANEXO V – Autorização para a Utilização do QPVAVE	150
ANEXO VI – Declaração de Orientação Científica.....	151
ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética da ULS.....	152
ANEXO VIII – Comprovativo da Submissão do Artigo.....	153

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e profissional da amostra.....	60
Tabela 2 - Frequências absolutas e relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na gestão de vestígios em função do procedimento.....	62
Tabela 3 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na agressão sexual em função do procedimento.....	65
Tabela 4 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nas lesões em função do procedimento	66
Tabela 5 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nas armas brancas em função do procedimento	67
Tabela 6 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nas armas de fogo em função do procedimento	69
Tabela 7 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nos acidentes de viação em função do procedimento.....	71
Tabela 8 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na intoxicação em função do procedimento	72
Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na asfixia em função do procedimento	74
Tabela 10 - Estatística descritiva da prestação de assistência consoante o tipo de vítima	76
Tabela 11 - Estatísticas de grupo e do teste t de student da executabilidade e percepção do conhecimento consoante o género	77
Tabela 12 - Estatísticas de grupo e do teste t de student da executabilidade e percepção do conhecimento consoante as habilitações académicas	78
Tabela 13 - Relação entre a idade e a executabilidade e percepção do conhecimento.....	80
Tabela 14 - Estatísticas de grupo e do teste ANOVA da executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses consoante o serviço de urgência.....	81
Tabela 15 - Estatísticas de grupo e do teste ANOVA da executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses consoante a categoria profissional.....	82

Tabela 16 - Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a percepção do conhecimento	84
Tabela 17 - Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a percepção do conhecimento	84
Tabela 18 - Estatísticas de grupo e do teste t de student para a executabilidade e percepção do conhecimento consoante a formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses.....	86
Tabela 19 - Correlações bivariadas de Pearson para o estudo da relação entre a executabilidade e a percepção do conhecimento	89

INTRODUÇÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE], “A Enfermagem constitui-se, hoje, como profissão e disciplina científica, autónoma, com um campo de atuação e de investigação próprios, reconhecidos pela sua integração nos 2.º e 3.º ciclos de estudos” (OE, 2021, p.1).

Os cuidados de enfermagem pressupõem uma rigorosa exigência técnica e científica (OE, 2019). Os cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p. 19362), são “altamente qualificados” e assegurados “de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p. 19362).

No âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança [IPB], com o propósito da obtenção do Grau de Mestre e do reconhecimento do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) em EMCPSC (OE, 2018), desenvolve-se o presente relatório final de estágio profissional, que se constitui num “instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências” (OE, 2021, p.2) e proporciona um importante momento de análise objetiva e reflexão crítica de todo o trabalho realizado nesse percurso, assente numa fundamentação teórica baseada na mais atual evidência, na evolução de competências, na capacidade de integração da teoria na prática e no impacto das experiências no crescimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista.

A sua estrutura subdivide-se em duas partes. Uma primeira, que consiste no relatório de ensino clínico: prática especializada em enfermagem, na sequência da realização do estágio nos três Contextos da Prática Clínica (CPC), Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia (UCIC), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, com base nos pressupostos da equipa pedagógica, no perfil das Competências Comuns (CC) do EE, versadas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (OE, 2019) e no perfil das Competências Específicas (CE) do EE em EMCPSC, versadas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (OE, 2018). É constituída pela caracterização dos contextos de ensino clínico e pela reflexão nas

atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências referidas, alicerçada no Pensamento Teórico de Enfermagem e na evidência científica, a par dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE) da OE.

A segunda parte, é referente à prática especializada baseada na evidência, através do desenvolvimento de um projeto de investigação, como tema “Perceção do conhecimento e executabilidade das práticas forenses de enfermeiros do serviço de urgência”, constituída pela contextualização do estudo e objetivos, pela narração do estado da arte e pela exposição da metodologia utilizada. Será efetuada a apresentação e análise dos resultados, seguida da discussão dos mesmos e da síntese conclusiva.

O tema em investigação teve a sua génese na sequência da análise do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), onde é referido que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p. 80), e que o enfermeiro é responsável “pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, e pela defesa da “pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2015, p. 81), do enquadramento das CE em EMCPS, com destaque para a unidade de competência: assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018), dos PQCEE em EMCPS, onde está também contemplada a preservação de vestígios e indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente (OE, 2017), e da quantidade de vidas humanas que podem ser melhoradas ou modificadas. As estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], demonstram um número crescente de vítimas a quem foi prestado apoio, 16.630 em 2024 (aumento de 2,7% face a 2023), de crimes e outras formas de violência, 31.242 (aumento de 0,9% face a 2023) e de atendimentos, 105.747 (aumento de 13,4% face a 2023) (APAV, 2025). A par dos factos referidos consideraram-se também as premissas de que a preservação de vestígios forenses se configura “fundamental para a resolução do caso e os profissionais de enfermagem são relevantes atores nesse processo, pois, dentro dos serviços de saúde de emergência, são os primeiros a receberem as vítimas envolvidas em situações de crime” (Silva et al., 2022, p. 9).

Pelo exposto, o presente relatório, apresentado sob uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, tem como objetivos:

- Analisar os processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Apresentar os resultados de um estudo de investigação.

A conclusão deste ciclo de estudos culmina na discussão pública deste relatório.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM
ENFERMAGEM**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ENSINO CLÍNICO

O plano de estudos do curso Mestrado em EMCPSC, contempla a experiência prática em três áreas de prestação de cuidados, uma primeira de caráter opcional, realizado na UCIC e duas outras de caráter obrigatório, realizados na UCIP e SUMC.

A realização dos estágios da componente clínica deste ciclo de estudos, teve lugar uma ULS de uma região do Norte de Portugal, que entrou em funcionamento no início de 2024. É composta por 2 Unidades Hospitalares e por 73 Unidades Funcionais, distribuídas pelos 11 municípios da sua área de influência (ULS ■■■, 2024).

Segundo o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde [SNS], com a implementação do modelo de Unidades Locais de Saúde, que contempla a integração dos Hospitais e Centros Hospitalares com os Agrupamentos de Centros de Saúde, visa otimizar a gestão e a prestação de cuidados de saúde à população (Diário da República [DR], 2023).

Os estágios em epígrafe neste relatório tiveram lugar numa das suas Unidades Hospitalares, nos três contextos clínicos referidos, que a seguir se caracterizam.

1.1 Estágio de Opção – UCIC

O Estágio I – Estágio de Opção, decorreu no período compreendido entre 06 de maio e 22 de julho de 2024, com o cumprimento das 250 horas previstas. Teve lugar na UCIC, integrada no serviço de Cardiologia, pertencente ao Departamento Médico de uma ULS do Norte de Portugal, sob a tutoria de uma enfermeira mestre e especialista em EMCPSC e da enfermeira gestora do serviço.

O serviço de Cardiologia situa-se no piso 10 do edifício. A sua área de intervenção compreende o internamento, com 16 camas, em enfermarias de 4 boxes, e um quarto de isolamento, todos com monitorização eletrocardiográfica contínua, a Clínica de Insuficiência Cardíaca, com valências de consulta programada, consulta aberta e hospital de dia, a Cardiologia de Intervenção, que contempla a Unidade de Implantação de Dispositivos e a Unidade de Hemodinâmica, e a UCIC, que tem especial destaque no contexto deste estágio, pelo que a sua caracterização será feita a título individual.

A UCIC tem como missão prestar cuidados diferenciados a doentes com doença cardiovascular que necessitem de vigilância e intervenção intensivas. Pauta-se pela diferenciação, com recurso a tecnologias avançadas, recursos humanos bem formados, e fomenta o espírito competitivo e

competente. A estratégia do CPC visa a gestão motivacional, com vista à evidência dos pontos fortes e da valorização individual de cada enfermeiro, com a distribuição das diversas áreas de intervenção do CPC pelos enfermeiros responsáveis, e o compromisso e o envolvimento de toda a equipa (ULS█, 2024)

Em conformidade com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva e pela Federação das Sociedades de Cuidados Intensivos é considerada a existência de três níveis de cuidados a doentes críticos, definidos em função das técnicas utilizadas e das valências disponíveis (nível I, II e III). Nesta medida, “admite-se que possam coexistir diferentes níveis de cuidados a doentes críticos” (Ordem dos Médicos [OM], 2018, p.5).

A UCIC é uma unidade nível I/II, com capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, com um a equipa de enfermagem exclusiva. Em termos de casuística, são escassos os dados disponíveis. A média diária de doentes saídos UCIC, seja para o internamento de cardiologia, para outro serviço ou com destino de alta é de 2,27. A tipologia dos doentes desta unidade agrupa-se maioritariamente em síndromes coronárias agudas, com especial destaque para o enfarte agudo do miocárdio, com ou sem supra de ST, insuficiência cardíaca descompensada e arritmias cardíacas (ULS█, 2024)

A UCIC, situada no interior do serviço de cardiologia, comporta 5 boxes individualizadas, distribuídas num “*open space*”, separadas por cortinas antimicrobianas. Cada uma composta por uma cama com comandos elétricos e balança integrada, um braço com um monitor com capacidade de monitorização elétrica e hemodinâmica, invasiva e não invasiva, rampas de oxigénio, ar e sistema de aspiração, gavetas com material de uso individual, bombas e seringas perfusoras, mesa de apoio e um cacifo. Todos as boxes têm ligação à central de telemonitorização.

À entrada da UCIC existe um carro de emergência, com monitor-desfibrilhador, em conformidade com a norma institucional.

Dispõe ainda de um balcão de enfermagem, adjacente à sala de stock e preparação de medicação e de um carro de medicação, preparado pela farmácia, com gavetas individualizadas, correspondentes a cada unidade. O sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System*®) mais próxima localiza-se no piso 9. No que concerne às demais áreas de apoio partilhadas com as restantes valências do serviço neste piso, destacam-se o armazém de equipamentos, o armazém de material (*Kaizen*), sala de stock de soros e uma sala de sujos.

Como recursos materiais, importa referir a existência de três unidades de telemonitorização, um ecógrafo, um ventilador V60, dois monitores-desfibriladores de transporte, uma mala de transporte de doentes críticos, um aparelho para análise de gasimetrias e um frigorífico.

Os recursos humanos, que constituem a equipa multidisciplinar, compreendem a equipas médica, de enfermagem, de técnicos auxiliares de saúde e técnico administrativo, dedicados à unidade. Contam ainda com a colaboração de técnicos de cardio-pneumologia, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e outros elementos de diferentes áreas, de forma pontual, conforme as necessidades do serviço. A equipa de limpeza é da responsabilidade do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH).

A equipa de enfermagem do serviço de cardiologia é composta 37 enfermeiros, com a seguinte distribuição: 1 enfermeiro gestor, 10 EE em EMC, 7 EE em enfermagem de reabilitação, 2 EE em enfermagem comunitária e 17 enfermeiros de cuidados gerais.

De entre os elementos da equipa de enfermagem do serviço, 17 constituem uma equipa de enfermagem dedicada, exclusiva da UCIC – 9 EE em EMCPSC, 2 EE em enfermagem de reabilitação, 2 EE em enfermagem de saúde comunitária e 4 enfermeiros de cuidados gerais. Distribuem-se em número de dois por turno, em todos os turnos, ao qual acresce um EE em enfermagem de reabilitação, no turno da manhã, em articulação com o restante serviço. O método de trabalho é individual. Em cada turno está designado um enfermeiro responsável de turno, conforme os critérios institucionais.

A constituição da equipa está em conformidade com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem - Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, que recomenda que metade corresponda a “enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (p.145). Adicionalmente devem também ser constituídas por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, facto que também está em conformidade. O plano de trabalho é efetuado pelo responsável de turno para o turno seguinte, com um rácio enfermeiro/doente de 1:2 ou 1:3. Os registos são efetuados no sistema informático *SClínico* e a transição de cuidados é baseada na técnica *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation* (ISBAR), conforme a Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde [DGS] (DGS, 2017).

Acrescenta-se uma breve nota relativa ao funcionamento da Cardiologia de Intervenção, que contempla a Unidade de Implantação de Dispositivos e a Unidade de Hemodinâmica.

Funcionam numa sala híbrida, situada fisicamente no piso quatro da mesma Unidade Hospitalar, partilhada também com a cirurgia vascular (há um novo espaço em construção, exclusivo para a cardiologia de intervenção, no mesmo piso, cuja entrada em funcionamento se prevê para o início de 2025). As equipas que constituem cada uma destas unidades contemplam um médico cardiologista, dois enfermeiros, um técnico superior de diagnóstico e terapêutica de imagiologia e um técnico auxiliar de saúde. As equipas de enfermagem são exclusivas de cada unidade, e são constituídas integralmente por enfermeiros da UCIC.

Os projetos de melhoria contínua em curso, de momento, na cardiologia são no âmbito da enfermagem de reabilitação, com destaque para o projeto “Programa de Enfermagem de Reabilitação na Cardiologia”. Estão, no entanto, a começar a debater-se algumas ideias para a realização de projetos no âmbito da EMC na UCIC.

O CPC encontra-se em processo de acreditação para a Idoneidade Formativa (IF) da OE, no ano 2, na modalidade referência.

1.2 Serviço de Medicina Intensiva da UCIP

O primeiro estágio do ensino clínico II, teve lugar na UCIP, enquadrada no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), pertencente ao Departamento de Anestesiologia, Blocos e Medicina Intensiva de uma ULS, de uma região do Norte de Portugal, no período de 16 de setembro a 22 de novembro de 2024, com o cumprimento das 250 horas previstas, sob a tutoria de um EE em EMC e da enfermeira gestora do serviço.

O SMI teve a sua génese em 2016, por proposta da direção clínica e deliberação do Conselho de Administração, em funções na altura, e passou a integrar, num serviço único, a UCIP e a Unidade Intermédia Polivalente. As duas unidades estão instaladas em espaços físicos diferentes, não contíguos, e funcionam com duas equipas de enfermagem distintas, sob a orientação da enfermeira gestora e diretora de serviço, comuns a ambas as unidades.

A UCIP tem como missão responder às solicitações e garantir o tratamento de excelência à pessoa em situação crítica e respetiva família, com base numa visão assente em três pilares, qualidade da prática clínica diária, humanização e satisfação dos utentes, colaboradores e comunidade envolvente. Espelha-se no princípio da gestão participada, assente na premissa de que o êxito resulta do empenho, do contributo, do interesse e da responsabilidade de todos (ULS, 2024).

É uma unidade nível II/III, com equipas, médica e de enfermagem, funcionalmente dedicadas e assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física permanente. Contempla a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, e dispõe de medidas de controlo contínuo de qualidade e programa de formação/ensino, destinando-se à PSC (OM, 2018).

Em termos de casuística, de acordo com os dados mais recentes apurados, conta anualmente com cerca de 450 internamentos, com um tempo médio de 5,69 dias. A taxa de reinternamento situa-se nos 10,8% e a de mortalidade nos 19,01%. Os doentes submetidos a ventilação invasiva correspondem a 61,96% do total, o tempo médio de ventilação invasiva é de 1,69 dias e proporção de doentes submetidos a ventilação não invasiva de 12,68% (ULS, 2024).

Localizada no piso 4 do corpo central da Unidade Hospitalar, onde também se encontra o bloco operatório, o SUMC e o serviço de imagiologia. Tem uma lotação de 10 unidades, 7 das quais distribuídas num “*open space*”, separadas por biombos, e 3 unidades de isolamento. As 10 unidades dispõem de camas articuladas com função de pesagem, monitorização elétrica e hemodinâmica (invasiva e não invasiva) conectada à central de monitorização, rampas de oxigénio, ar e sistema de aspiração, suporte ventilatório (invasivo e não invasivo), seringas e bombas infusoras, recipientes individualizados para os resíduos (grupo II, grupo III e cortoperfurantes) e mesa de apoio.

No centro do serviço existe um carro de emergência e um carro de via aérea difícil, rapidamente acessível a todas as unidades.

Dispõe ainda de um balcão de enfermagem, adjacente à sala de preparação de medicação, onde se localiza o sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System*®) e o frigorífico da medicação.

No que concerne às áreas de apoio destacam-se dois armazéns de equipamentos, armazém de material (*Kaizen*), sala de stock de soros, uma sala de espera para a família/cuidadores, e uma sala de sujos. Os circuitos de limpos e sujos estão devidamente definidos e são independentes. Os equipamentos e dispositivos médicos disponíveis mais relevantes, para além dos referidos, são: equipamento dialítico - *Prismaflex* (técnica de substituição renal contínua), que representou um interessante desafio, tendo em conta que foi o primeiro contacto efetivo com o aparelho e com a técnica, e que permitiu perceber a diferenciação do EE em EMCPCSC, eletrocardiógrafo, ecógrafo, broncofibrocópio, videolaringoscópio, ventiladores de transporte, monitor-desfibrilhador e saco de transporte.

Os recursos humanos, que constituem a equipa multidisciplinar, compreendem a equipas médica, de enfermagem, de técnicos auxiliares de saúde e técnico administrativo, dedicados à unidade. Contam ainda com a colaboração de fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e outros elementos de diferentes áreas, de forma pontual, conforme as necessidades do serviço. A equipa de limpeza é da responsabilidade do SUCH.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, é composta por 32 enfermeiros, com a seguinte distribuição: 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro coordenador (especialista em EMC), 16 EE em EMC, 2 EE em enfermagem de reabilitação e 12 enfermeiros. A constituição da equipa está em conformidade com o preconizado pela OE (2019), que recomenda que metade corresponda a “enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (p.145). O método de trabalho é individual, colaborativo, e os elementos são, no turno da manhã: 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro coordenador, 5 enfermeiros (maioritariamente especialistas em EMC) e 1 enfermeiro de reabilitação, no turno da tarde: 5 enfermeiros (maioritariamente especialistas em EMC) e 1 enfermeiro de reabilitação, e no turno da noite: 5 enfermeiros (maioritariamente especialistas em EMC). O plano de trabalho é efetuado pelo responsável de turno para o turno seguinte, com um rácio enfermeiro/doente de 1:1 ou, se necessário, 1:2.

Os registos são efetuados num sistema informático próprio designado *Bicu Care*.

A transição de cuidados é baseada na técnica ISBAR (DGS, 2017).

No serviço estão implementados projetos de melhoria contínua, nomeadamente na área da EMC: “Eficácia da escovagem dos dentes em doentes ventilados na redução da pneumonia associada à intubação” e na área de enfermagem de reabilitação: “Programa de reabilitação para o doente com disfagia pós-extubação” e várias atividades de monitorização, nomeadamente no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar e da gestão do risco, com um projeto ainda em fase de execução, dirigido para a temática da contenção física dos doentes. Serão descritos com maior detalhe no capítulo seguinte.

O CPC encontra-se em processo de acreditação para a IF da OE, no ano 3, na modalidade referência.

1.3 Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O segundo estágio do ensino clínico II, teve lugar no SUMC, enquadrado no Departamento de Urgência de uma ULS, de uma região do Norte de Portugal, no período compreendido entre 25 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, com o cumprimento das 250 horas previstas, sob a tutoria de uma enfermeira, mestre e especialista em EMCPSC, e da enfermeira gestora do serviço.

O SUMC tem como missão a prestação de cuidados de saúde em situações de urgência/emergência, que pela sua gravidade exigem intervenção imediata, com a garantia de cuidados de elevada qualidade, que respondam às necessidades da PSC e família/cuidadores (ULS, 2025).

É o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e, em conformidade com o definido no Despacho n.º 10319/2014, de 14 de agosto, funciona em rede. Constitui a forma primordial de apoio diferenciado aos dois Serviços de Urgência Básica (SUB) pertencentes ao Departamento de Urgência da respetiva ULS e referencia para SU Polivalentes os utentes cuja situação clínica esteja dependente de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Dá resposta à população dos 11 concelhos pertencentes à ULS e, de acordo com os dados mais recentes disponíveis, contempla uma média diária de admissões de 346 doentes/24 horas. A tipologia dos doentes compreende adultos e/ou idosos com alterações do foro médico e/ou cirúrgico, resultantes de doença súbita, agudização de doença crónica ou trauma e crianças vítimas de trauma, com necessidade de cuidados por ortopedia (ULS, 2025).

A sua localização é no piso 4 do corpo central da Unidade Hospitalar, onde também se encontram o Bloco Operatório, o SMI, o Serviço de Imagiologia e o SU Pediátrica. Tem acesso direto do e ao exterior e está organizado em diferentes áreas funcionais, nomeadamente: secretariado (admissão e posto de informações), triagem (2 salas, em permanente funcionamento das 08 às 00 horas, no restante período funciona apenas uma), sala de emergência (com 3 boxes individualizadas, uma com possibilidade de fechar e ativar o sistema de pressão negativa), áreas médicas (1: dedicada aos doentes com prioridade laranja, 2 e 3: dedicadas aos doentes com prioridade amarela e área verde/azul. Funcionam num “*open space*”, com as áreas de registo médico e de enfermagem no centro da sala e com várias boxes, separadas por cortinas antimicrobianas) e área cirúrgica (composta pela sala de trauma, sala de ortopedia, duas salas de pequena cirurgia, uma sala de observações em formato “*open space*”,

com as respetivas unidades separadas por cortinas antimicrobianas). Acrescem ainda outras áreas de apoio, das quais se destacam, a sala de coordenação, a sala de comunicação de más notícias, o armazém de equipamentos, o armazém de material (*Kaizen*), a sala de stock de soros, a sala de isolamento, a sala de sujos, a sala da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH), funcionalmente na dependência do SMI, mas com localização do SUMC e equipa de enfermagem própria constituída por elementos do SMI e do SUMC, e as instalações da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que se localizam na área exterior ao edifício central da Unidade Hospitalar. Conta ainda com um Heliporto, numa localização exterior, com acesso ao serviço.

O Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, define determinadas valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, que são cumpridos, nomeadamente: Medicina Interna, Pediatria (SU Pediátrica a funcionar em área adjacente ao SUMC), Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoretapia, Bloco operatório (a funcionar em permanência), Imagiologia (com radiologia convencional, ecografia, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Ressonância Magnética (RMN)) e Patologia Clínica. O SUMC conta ainda com o apoio da especialidade de Cardiologia (com capacidade de cardiologia de intervenção, disponível 24h/dia) e outras especialidades em função do horário de expediente, como Nefrologia (com diálise para situações agudas), Gastrenterologia (com intervenções na sala de emergência), Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, entre outras. Sempre que não estejam disponíveis ou estejam limitadas quanto ao seu nível de atuação e intervenção deve ser providenciada a transferência do doente para a unidade mais indicada, em conformidade com o definido na rede de especialidades e de referênciação.

Os recursos tecnológicos e dispositivos médicos estão distribuídos pelas diferentes áreas do serviço, em função das necessidades de cada área. Destacam-se máquinas de pesquisa de cetonemia, máquina de gasimetria, sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System*®), frigorífico da medicação (com controlo e registo da temperatura), máquina de gelo, bombas e seringas perfusoras, monitores de sinais vitais com monitorização eletrocardiográfica, monitores/desfibriladores, terapia de alto fluxo, ventiladores (invasivo e não invasivo), mochila de transporte, vídeo-laringoscópio, ecógrafo portátil e eletrocardiógrafo.

Os recursos humanos, que constituem a equipa multidisciplinar, compreendem as equipas médicas (das diferentes especialidades), o médico chefe de equipa, a equipa de enfermagem, o

enfermeiro coordenador, e as equipas de técnicos auxiliares de saúde, de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, de técnicos administrativos e seguranças. Contam ainda com a colaboração de farmacêuticos e outros elementos de diferentes áreas, de forma pontual, conforme as necessidades do serviço. A equipa de limpeza é assegurada pelo SUCH.

No que concerne à equipa de enfermagem é composta por 88 enfermeiros, com a seguinte distribuição: 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro coordenador de serviço (especialista em EMC), 26 EE em EMC, 2 EE em enfermagem de reabilitação, 2 EE em enfermagem em saúde comunitária, 1 EE em enfermagem em saúde infantil e pediatria e 55 enfermeiros. Quanto ao cumprimento das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomendados pela OE (2018), está em conformidade em determinados postos de trabalho, mas aquém do desejável noutros. Relativamente ao posto de triagem, está em conformidade com as recomendações: “O posto de triagem de cada tipologia de urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades” e “que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas” (p.144). Em situação de conformidade está também o posto de trabalho da sala de emergência, com a recomendação de que “sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2019, p.144). A mesma premissa é válida para os enfermeiros designados como coordenadores de turno, sendo que neste caso há 2 elementos que são especialistas noutra área de especialidade. Nos restantes postos de trabalho, e numa perspetiva global da equipa, verifica-se que o cálculo não está a ser cumprido, com quantidade insuficiente de EE em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, cujo alvo recomendado é de 50 %.

O método de trabalho é individual, colaborativo, e os elementos são, no turno da manhã: 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro coordenador, e 16 enfermeiros, no turno da tarde 16 enfermeiros, entre os quais 1 enfermeiro coordenador e no turno da noite, 13 enfermeiros, entre os quais 1 enfermeiro coordenador, distribuídos pelas diferentes áreas do serviço. O plano de trabalho de enfermagem é efetuado pela enfermeira coordenadora no turno da manhã.

Os registos são efetuados num sistema informático *SClínico*.

A transição de cuidados é baseada na técnica ISBAR (DGS, 2017).

A admissão dos doentes ao SUMC é efetuada a partir do exterior, quer venham por meios próprios ou referenciados, nomeadamente pelo SNS 24 ou pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), seja através da VMER, da viatura de Suporte Imediato de Vida

(SIV), Bombeiros ou em casos pontuais doentes helitransportados. Após efetuada a admissão o doente é triado, pelo sistema de Triagem de *Manchester* e, mediante o nível de prioridade, é-lhe atribuída uma pulseira com a respetiva cor e identificação, e encaminhado para a área correspondente. No caso da prioridade emergente (cor vermelha) é encaminhado diretamente para a sala de emergência, bem como noutras circunstâncias específicas, salvaguardadas num documento interno, validado pela diretora de serviço e pela diretora do SMI, responsável pela sala de emergência. O acompanhante é direcionado para o gabinete de apoio, para efetuar o respetivo registo e posteriormente, sempre que possível, permanece junto do doente.

No serviço estão implementados projetos de melhoria contínua, nomeadamente “Contenção do doente no SUMC – Barreiras à adesão de boas práticas” e “Prevenção de complicações do doente urgente no SU – Implementação da escala de NEWS” e várias atividades de monitorização, no âmbito da prevenção e controlo da infeção hospitalar e da gestão do risco. Serão descritos com maior detalhe no capítulo seguinte.

O CPC encontra-se em processo de acreditação para a IF da OE, no ano 4, na modalidade referência.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENSINO CLÍNICO

Os cuidados de Enfermagem, enquadrados no conceito geral de cuidados de saúde, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, o que configura a diferenciação e a especialização, cada vez mais, como uma realidade transversal aos profissionais de saúde. O Estatuto da OE, através do Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das CC do EE, faz jus esta exigência, através da atribuição de título de EE (OE, 2019).

O “domínio de competência” é definido pela OE como “uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, 2019, p. 4745). Em concordância com o referido, define “descritivo de competência” com relação aos “atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (OE, 2019, p. 4745).

As CE do EE em EMC, explanadas no Regulamento de CE do EE em EMCPSC, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica - Regulamento n.º 429/2018, estão em alinhamento com as CC, e compreendem as quatro áreas de enfermagem referidas, com base na “vasta abrangência (...), necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, (...) imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção” (OE, 2018, p. 19359).

Neste capítulo do relatório, será efetuada uma descrição, de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, das atividades desenvolvidas ao longo dos períodos de estágio nos três campos anteriormente descritos e do contributo da componente clínica para a desenvolvimento pessoal e profissional do EE, com enfoque nas oportunidades de aprendizagem e respetivas ações, realizadas no percurso do processo formativo, num primeiro momento com base no regulamento das CC (OE, 2019) e de seguida com destaque para o desenvolvimento das CE em Enfermagem à PSC (OE, 2018). Este processo de reflexão terá como alicerces o Pensamento Teórico de Enfermagem e a evidência científica, a par dos PQCEE da OE.

Os PQCEE em EMCPSC (OE, 2017), pressupõe o reconhecimento dos enfermeiros especialistas em EMCPSC, como “elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica” (OE, 2017, p.11) e, através dos diferentes enunciados descritivos “visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (OE, 2017, p.11).

No que concerne ao Pensamento Teórico de Enfermagem, a reflexão é assente sobretudo na Teoria das Transições de Afaf Meleis. De acordo com a autora,

Transition denotes a change in health status, or in role relationships, expectations, or abilities. It denotes changes in needs of all human systems. Transition requires the person to incorporate new knowledge, to alter behavior, and therefore to change the definition of self in social context. Transitions are developmental, situational, or health/illness events (Meleis & Dean, 2012, p. 100).

The discipline of nursing deals with people who are assumed to be in constant interaction with their environment and yet have unmet needs, are not able to care for themselves, or are not adapting to the environment due to interruptions or potential interruptions in health. Nursing focuses on therapeutics to help in meeting the needs of the person and to enhance adaptation capability, self-care ability, health, and well-being (Meleis & Dean, 2012, p. 177).

2.1 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

A OE, no Regulamento das CC do EE - nº140/2019 do Diário da República, 2ª série - Nº 26 – 6 de fevereiro de 2019, define “competências comuns” como:

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019, p. 4745).

Conforme o descrito no regulamento supracitado, os domínios das CC do EE, independentemente da sua área de especialidade, são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

De seguida descrevem-se as competências desenvolvidas, as dificuldades identificadas e as estratégias estabelecidas para as ultrapassar, sobre a forma de análise reflexiva, tendo por base os referenciais teóricos. Serão inumerados apenas alguns exemplos, considerados mais relevantes, de entre muitos outros, no âmbito de cada competência. Os domínios de competência serão explorados em cada subcapítulo.

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, especificadas no Regulamento das CC do EE, são as seguintes: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4745), sendo exigido ao EE que demonstre um exercício seguro, profissional e ético, assente em habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, subjacentes um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente; e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4745), em que o EE deve demonstrar uma prática baseada no respeito pelos direitos humanos, analisar e interpretar situações de cuidados especializados, e a capacidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes.

No domínio desta competência, a componente teórica do Mestrado revelou-se proficiente, no sentido em que proporcionou a consolidação de conhecimentos, em especial neste âmbito, nas unidades curriculares de Epistemologia da Enfermagem; Epistemologia da EMC e Ética e Deontologia, com relevância para as várias dimensões da responsabilidade inerentes ao exercício da profissão, nomeadamente: a responsabilidade profissional e disciplinar, determinada pelo Código Deontológico e pelo REPE, a responsabilidade civil, com base no código civil e a responsabilidade penal, assente no código penal vigente.

Num âmbito mais alargado, realça-se ainda que os Estados membros do Conselho da Europa, os outros Estados e a Comunidade Europeia, decididos a adotar, no contexto das aplicações da biologia e da medicina, as medidas apropriadas para assegurar a dignidade humana e respeitar os direitos e liberdades fundamentais das pessoas, foram signatários da Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina (Convenção de Oviedo, 1997).

A Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (que revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto), define na sua Base 2, alíneas e) e f), respetivamente, que todas as pessoas têm direito a:

ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” e a “decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (p. 56).

Face ao exposto, destacam-se alguns pontos que consubstanciam a consolidação desta competência conjugada com as oportunidades da prática clínica. De entre eles, a boa relação estabelecida com as diferentes equipas multidisciplinares, com empatia, respeito, postura ética e deontológica, presença e afirmação, e com os doentes e respetiva família, com o respeito pelos princípios da autonomia, beneficência, justiça, e não maleficência. Foram prestados cuidados de enfermagem em tempo útil, sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, sem juízos de valor do comportamento ou das opções da pessoa assistida, com o devido respeito pela sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual.

A título de exemplo, durante o estágio na UCIP, os cuidados prestados a doentes com tentativas de suicídio (três), nomeadamente através da ingestão voluntária de medicação, e à sua família, pautados sempre pelos princípios enunciados. Mas também aqui se levantam dilemas de natureza ética, motivados pelos incessantes cuidados prestados a estes doentes, com risco iminente de vida, por oposição à sua vontade de morrer.

Houve também a oportunidade de pesquisa, nos três campos de estágio, da existência de diretivas antecipadas da vontade, não tendo sido, no entanto, verificada em nenhum dos casos em questão.

Foram explicados todos os procedimentos aos doentes, com a obtenção, sempre que possível, do seu consentimento explícito, ou na impossibilidade do mesmo do consentimento presumido, com o cuidado da adequação da linguagem, verbal e não verbal, e da forma de comunicação. Surgiu uma situação na sala de emergência do SUMC de uma doente a quem foi ativada Via

Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), com necessidade de trombólise, ainda dentro do período da janela terapêutica, e trombolastia, que recusou ambos os procedimentos. Foram explicados todos os riscos e benefícios à doente e posteriormente foi envolvida a família, com a sua concordância. A doente manteve a sua posição, que foi respeitada pela equipa – direito à autodeterminação.

Foi salvaguardado o dever do sigilo profissional e da confidencialidade, um exemplo de destaque neste ponto foi um doente, no SUMC, a quem foi diagnosticada uma neoplasia, na sequência da sua situação de doença aguda grave. Foi manifestada pelo doente a vontade de este diagnóstico não ser partilha do com os filhos, e foi cumprida pela equipa.

No que concerne ao direito à privacidade foi salvaguardado, na medida do possível. No entanto, nem sempre é garantido. Sobretudo no SUMC, onde se verificaram frequentemente doentes em macas nos corredores, com recurso a biombos móveis durante os posicionamentos, mas com uma grande exposição no restante período.

De referir também o princípio da integridade académica, pelas citações e referências, com fidelidade autoral, em todos os trabalhos escritos efetuados no âmbito dos três estágios, bem como na fundamentação teórica que esteve na base da discussão de algumas situações e decisões, bem como do presente documento.

A comunicação de más notícias é outro elemento de destaque no âmbito desta competência. O Protocolo SPIKES (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy and Summary*), amplamente reconhecido na literatura, estabelece uma estratégia de sistematização, dividida em seis etapas, para a transmissão de más notícias (Gesser et al., 2021). Como último ponto de reflexão neste domínio, destaca-se um problema identificado, discutido com o enfermeiro orientador e com o enfermeiro gestor de cada CPC, que é o facto da não existência de uma sala de comunicação de más notícias na UCIC nem na UCIP, sendo esta comunicação efetuada à cabeceira do doente ou num consultório médico do serviço. Esta situação coloca em causa logo o primeiro passo deste processo: S – *Setting up*, no que concerne ao ambiente e ao acolhimento. A ausência deste espaço físico dificulta o momento, já por si muito delicado, e compromete a humanização dos cuidados.

No enquadramento dos PQCEE, destaca-se a satisfação do cliente (OE, 2017).

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências que constituem este domínio são: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

No domínio da melhoria contínua da qualidade é importante referir a preocupação crescente e amplamente trabalhada nesta matéria, à escala mundial, com repercussões a nível nacional, institucional e conseqüentemente ao nível local de cada CPC. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, elaborado com base na experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020 e alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde [OMS], é um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, composto por 5 pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos, que visam aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, com o foco no doente e nos seus cuidadores (PNSD, 2021-2026). Na mesma linha de atuação foi elaborado o Plano Estratégico da ULS em questão, e em consonância com este os Plano de Ação para a Segurança do doente do Grupo de Gestão do Risco Hospitalar (GGRH) e o Plano de Ação da Unidade Local do Programa de Prevenção do Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA). Localmente, em cada um dos três campos de estágio, foi elaborado o respetivo Plano de Ação do CPC e, no seu seguimento os Planos de Ação das diferentes áreas, pela mão do dinamizador, nomeadamente da Formação, da Gestão do Risco, do Programa de Prevenção do Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), dos Sistemas de Informação em Enfermagem, dos PQCEE e da Dor aguda. É importante destacar, como oportunidade no campo de estágio, favorecedora da consolidação e do crescimento para a transição para EE, a tomada de conhecimento de todos eles e a participação em algumas das atividades contempladas nos Planos de Ação das diferentes áreas, em cada CPC, destacando-se a Gestão do Risco, o PPCIRA e a Dor aguda, por serem competências desta área de especialidade e cujos elos dinamizadores eram enfermeiros especialistas em EMC.

O primeiro descritivo desta competência refere que “O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (OE, 2019, p.4747). Nesse âmbito, destaca-se a elaboração, em conjunto com os demais colegas a partilhar no mesmo

período o campo de estágio, de dois projetos de melhoria contínua (APÊNDICE I), um na UCIP e outro no SUMC. Ambos tiveram a sua gênese em situações identificadas no respectivo campo de estágio, com potencial de melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados. As propostas foram discutidas com os enfermeiros orientadores individualmente e, em conjunto, com as enfermeiras coordenadoras que colaboram nas funções de gestão, e com a enfermeira gestora do serviço. Foram consideradas pertinentes e foram validadas.

Na UCIP foi efetuado um Projeto de Melhoria Contínua (PMC) com o tema “Ruído Sonoro no Serviço de Medicina Intensiva - Melhoria da Segurança do Doente e da Qualidade dos Cuidados”. Foi efetuada uma análise *SWOT* (*strenghts, weaknesses, opportunities, threats*). Definiu-se o problema: inexistência de mecanismo de avaliação fidedigna do ruído sonoro no SMI, o objetivo: implementação de estratégias de controlo do ruído sonoro no SMI e o âmbito, com enquadramento nos PQCEE: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem. Como indicadores chave: ganhos no nível de ruído diurno; ganhos no nível de ruído noturno e taxa de satisfação dos enfermeiros. Foi então proposta a aquisição de um equipamento: o SoundEar® da Drager, com capacidade de avaliação, sinalização e monitorização do ruído sonoro do serviço.

No SUMC foi elaborado um PMC com o tema “Plano de Emergência e Catástrofe - O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica”. Foi efetuada uma análise *SWOT*. Definiu-se o problema: Inexistência da inclusão do EE em EMCPSC na estrutura de comando do Plano de emergência da ULS, o objetivo: Promover a pertinência da inclusão do EE em EMCPSC, da conceção à ação dos Planos de Emergência Hospitalares, e o âmbito, com enquadramento nos PQCEE: satisfação do cliente; prevenção de complicações e organização dos cuidados de enfermagem. Como indicadores chave: Ganhos no número de Planos de Emergência atualizados com regularidade, Ganhos em conhecimentos com a realização de formações sobre de emergência e catástrofe, realizadas anualmente.

Compete ao EE, reconhecer que “a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4747). O EE tem a visão da gestão do ambiente, com a pessoa no centro, “como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019, p.4747).

Foi possível ao longo dos estágios tomar conhecimento das normas e protocolos, quer institucionais, quer específicas de cada CPC e colaborar em algumas atividades contempladas nos seus Planos de Ação, como é o caso da monitorização do cumprimento dos “feixes de intervenções” no âmbito do controlo da infeção, variáveis conforme as características e a casuística de cada CPC (serão especificados mais à frente no ponto correspondente). Nas auditorias da gestão de risco, nomeadamente a auditoria *Global Trigger Tool*, de carácter institucional e, portanto, transversal aos três serviços, cuja base consiste num método para a estimativa da ocorrência de eventos adversos em doentes adultos internados, ou no caso do SUMC, com permanência superior a 24 horas no SU, através de uma análise retrospectiva de processos clínicos (selecionados aleatoriamente pelo GGRH), fechados em duas etapas consecutivas: busca e identificação de *triggers*, e posteriormente análise e confirmação do possível evento adverso. E nas auditorias no âmbito da dor aguda, nomeadamente aos registos efetuados no sistema informático, no sentido de verificar a conformidade com a norma institucional e com as instruções de trabalho específicas de cada CPC. Estas atividades fomentaram o despertar de alguns alertas e permitiram consolidar os domínios desta competência

No âmbito da gestão do risco a UCIP tem um sistema notificações de incidentes com registo próprio, disponível em todos os computadores, para todas as classes profissionais, com o intuito de registar todo o tipo de eventos adversos identificados internamente no serviço, independentemente da área ou classe profissional, que posteriormente são analisados e discutidos pelo elo dinamizador, pela enfermeira gestora e pela diretora clínica, e posteriormente comunicados à equipa, bem como as medidas a implementar. Paralelamente existe o sistema institucional de registo de incidentes que é efetuado através da *Infonet*, na plataforma *RISI Her+*, com a possibilidade de utilizador anónimo ou identificado. O tipo de incidentes enquadra-se em 3 sub-grupos: eventos sentinela (10 itens, como por exemplo reação transfusional), risco geral (13 itens, como por exemplo queda do doente) e risco geral (14 itens, como por exemplo gestão de roupa hospitalar). O GGRH solicita anualmente a todos os CPC o preenchimento da matriz de risco geral, que contempla os níveis de probabilidade da ocorrência e os níveis de gravidade da lesão e, em função do nível de risco, as medidas a implementar e os prazos para a sua implementação, diferentes em cada CPC, pelas características que lhe são inerentes. De referir também, no âmbito da prevenção da violência no setor da saúde (foi aprovado em Resolução do Conselho de Ministros nº 1/2022, de 5 de

janeiro, o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, que é operacionalizado através do Manual para a Implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde), a existência do grupo operativo institucional, com um plano de ação institucional próprio e a nomeação de pontos focais locais em cada CPC. Destaca-se pela quantidade de notificações de incidentes nesse âmbito o SUMC que, de acordo com os dados do relatório institucional de 2023 (ULS ■■■, 2024), é o segundo serviço com maior número de ocorrências, sendo o primeiro o serviço de psiquiatria e o terceiro um dos SUB da ULS.

Outro ponto de relevo, transversal aos três campos e estágio é a realização do *Handover*, segundo a metodologia ISBAR. Está implementado nos três CPC e são efetuadas auditorias de *follow-up*, em datas estipuladas pelo GGRH, pelo elo dinamizador de cada CPC, com base no instrumento de auditoria institucional. Não foi possível estar presente em nenhum dos momentos de auditoria, mas foi possível conhecer o instrumento e as regras padronizadas para a sua realização.

Para além do referido, cada CPC tem normas, instruções de trabalho e protocolos próprios, disponíveis na *Infonet*. Foi possível tomar conhecimento dos mesmos e operacionalizar alguns deles. A título de exemplo, na UCIC o Protocolo – Atuação na cardioversão elétrica, na UCIP a Instrução de Trabalho (IT) – Limpeza ambiental da UCIP e no SUMC a IT – Avaliação da dor aguda no adulto, no SUMC.

Ainda no domínio desta competência, foi proposta a realização de três instruções de trabalho (APÊNDICE II), duas na UCIC e uma no SUMC, com base em situações identificadas *in loco*, no decorrer dos estágios, como necessidades de melhoria. Foram sugeridas, e discutidas com as enfermeiras orientadoras, no caso do SUMC com a enfermeira coordenadora que colabora nas funções de gestão e com as enfermeiras gestoras de cada CPC, e foram consideradas oportunas e de relevante utilidade.

No primeiro campo de estágio: “Terapia Inalatória no Serviço de Cardiologia/ UCIC”, e “Abordagem, Transporte e Segurança da Pessoa em Situação Crítica - Serviço de Cardiologia/ UCIC” e no SUMC “Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas (ANSR)”.

Foram também efetuadas duas sessões formativas (APÊNDICE III), no alinhamento da primeira e da última IT previamente mencionadas.

Ainda no enquadramento deste domínio, em virtude da identificação de barreiras estruturais ou situações com potencial de melhoria em cada um dos três CPC, foram apontados alguns *triggers* e efetuadas algumas sugestões. Foram igualmente discutidas com o enfermeiro orientador, no caso da UCIP e SUMC com enfermeiro coordenador que colabora nas funções de gestão, e com a enfermeira gestora, e foram bem aceites. Estes itens serão apresentados com maior detalhe nos pontos correspondentes, mais à frente neste relatório.

Como última nota neste ponto, destacam-se as estratégias utilizadas, a par da análise reflexiva e da evidência científica, no sentido de identificar esses *triggers*, nomeadamente através da consulta dos processos clínicos dos doentes ativos, da observação dos procedimentos e da forma de atuação, bem como das normas e instruções de trabalho existentes numa perspetiva atenta e reflexiva, e dos momentos de partilha e discussão com os membros de referência nas diferentes equipas.

Todos estes elementos tiveram um contributo positivo e representaram uma oportunidade no desenvolvimento e consolidação de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e, por conseguinte, noutros domínios quer das CC quer das CE.

No que concerne ao enquadramento dos PQCEE, são todos considerados, no âmbito desta competência.

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados, são as seguintes: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p.4745) e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4745). É esperado que o EE faça a “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019, p.4748), bem como a adequação dos recursos “às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4748).

No âmbito deste domínio importa também referir o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor - Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março, que define enfermeiro gestor como:

(...) enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em

enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (p.5949).

No Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, Artigo 10.º-B, está descrito o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor, em que a somar às funções relativas às categorias de enfermeiro e EE se acrescentam outras, que contemplam “funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança” (p. 2628). No decurso dos estágios, foi possível dedicar algum tempo para o acompanhamento da enfermeira gestora, ou da enfermeira coordenadora responsável por colaborar diretamente com a enfermeira gestora, como é o caso da UCIP e SUMC. Nestes dois serviços a enfermeira gestora é a mesma, e acumula também, entre outras, a função de enfermeira gestora num outro serviço e de departamento, pelo que é necessária a existência de um enfermeiro coordenador que colabore diretamente consigo, sob a sua supervisão. No caso são duas enfermeiras, uma em cada CPC, especialistas em EMC, que exercem esta função há vários anos.

A possibilidade de acompanhar estes elementos revelou-se uma mais valia no âmbito desta competência. Foi possível perceber as habilidades de gestão da equipa, com a adequação dos recursos às necessidades de cuidados, nomeadamente na elaboração dos horários, preferencialmente por equipas pré-definidas, salvo exceções, com a preocupação com as recomendações das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019), a programação dos momentos de pausa, com a organização da divisão da equipa, bem como das necessidades de substituição de elementos da equipa, seja no imediato ou de forma programada. Acresce nesta questão, no SUMC o cuidado de ter em cada turno, em cada área do CPC (especificadas em capítulo próprio) um EE, preferencialmente em EMCPS, definido como responsável de área, função que não colide com a do enfermeiro responsável de turno, é pelo

contrário complementar. No caso de situações imprevistas, na ausência da enfermeira gestora ou da sua colaboradora direta, a substituição de elementos ou a reorganização do plano de trabalho em função dos recursos existentes fica sob a responsabilidade do enfermeiro responsável de turno, que é também um EE, preferencialmente em EMCPSC. Está identificado no plano de trabalho e a hierarquia da sua seleção é determinada em função dos critérios da norma institucional, nos três campos de estágio. Outro ponto de destaque é a gestão das vagas, das possíveis altas e entradas, de forma mais organizada e planeada na UCIC e UCIP, mas também no SUMC, onde se verifica uma constante inadequação dos espaços físicos e dos recursos, face às necessidades.

Interessa também referir o reconhecimento da importância de todos os membros da equipa, “os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa”, o ambiente “positivo e favorável à prática” e a capacidade de “utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019, p.4748-4749). A título de exemplo, o papel fundamental dos EE em enfermagem de reabilitação, sobretudo na UCIC e UCIP.

No que concerne à gestão dos *stocks* de medicamentos, é facilitada pelo sistema eletrónico de dispensa de medicamentos (*Pyxis medStation System®*), tanto na UCIP como no SUMC. No entanto, na UCIC, há necessidade de recorrer a um *stock* próprio, controlado pela enfermeira gestora quer do ponto de vista dos pedidos, efetuados através do *Glint*, quer do controlo das validades, uma vez que a *Pyxis* mais próxima se localiza no piso inferior. De resto são pedidos à farmácia, em cada CPC, os soros bem como alguns medicamentos pontuais que não façam parte do conteúdo do sistema eletrónico de dispensa.

A gestão dos armazéns de material clínico e hoteleiro (*Kaizen*) é da responsabilidade do serviço de aprovisionamento, com a exceção de alguns materiais que não estão contemplados, cujos pedidos têm que ser efetuados e enviados por e-mail ao serviço de aprovisionamento, para aquisição direta (como por exemplo, tubo de orotraqueal nº 5).

Outro elemento importante na gestão dos cuidados é a preocupação com a adequação e conservação dos materiais e equipamentos. Foi possível perceber esta dinâmica, desde o cuidado imputado à equipa multidisciplinar, do armazenamento à utilização dos materiais e equipamentos, bem como na requisição dos pedidos de reparação do material danificado ou avariado, ao serviço de instalações e equipamentos (através da plataforma *Glint Mac Web*).

Nas dinâmicas dos serviços foi possível também colaborar na operacionalização de outros procedimentos, como é o exemplo da verificação da conformidade dos carros de emergência e

das malas de transporte, das validades do seu material e medicação, dos testes diários à funcionalidade dos monitores-desfibriladores e ventiladores, da temperatura dos frigoríficos dos fármacos, das monitorizações e auditorias específicas de cada serviço, da realização do plano de trabalho dos técnicos auxiliares de saúde e da supervisão das suas atividades.

Destaca-se como último ponto de reflexão a importância da capacidade de liderança. Foi possível perceber que o estilo de liderança tem de ser flexível, com adequação à situação em causa. Exige-se ao EE uma liderança assertiva, não apenas nos patamares mais altos da gestão, mas também no cuidado à pessoa em situação crítica, perante a qual é essencial uma atuação rápida e consistente, com necessidade de tomada de decisão eficaz, seja nos atos efetuados ou na sua delegação, sem descurar a supervisão das tarefas delegadas nos diferentes níveis, quer aos pares, quer a outros elementos da equipa.

Foi de relevante importância a oportunidade da participação nestas atividades, bem como as partilhas e as reflexões conjuntas, promotoras do desenvolvimento de habilidades neste domínio, promotoras do crescimento enquanto futura EE.

No que toca aos PQCEE, destaque para a organização dos cuidados de enfermagem.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745). É esperado do EE o “autoconhecimento (...) reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p. 4749) e que baseie “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p. 4749).

A prática baseada em evidências, amplamente discutida nas comunidades científicas e na disciplina de enfermagem nos últimos anos, é por definição “uma abordagem de solução à prática clínica pela integração da pesquisa sistemática e avaliação crítica das evidências mais atuais para responder a perguntas clínicas, considerando a experiência do profissional e as preferências e valores do paciente” (Pina et al., 2020, p. 139).

Os estágios proporcionaram momentos de reflexão e de discussão, com ênfase na prática baseada em evidências, e também de partilha e troca de experiências e até de opiniões do foro

peçoal, construídas através das vivências de vários anos de experiência profissional, com os enfermeiros orientadores e com os enfermeiros gestores, com os pares e os demais elementos da equipa multidisciplinar, mas também com o doente, numa situação de saúde delicada, na grande maioria dos casos crítica, e com a sua família/cuidador. Estes momentos de partilha e de convivência despertaram a capacidade de autoconhecimento, dos limites pessoais e profissionais, da necessária disponibilidade mental e física para agir e reagir de forma consistente e assertiva sobre pressão, da gestão das emoções, dos sentimentos e da necessidade de lhes impor limites racionais, do estabelecimento de processos de ajuda, quer pessoais quer na relação com o outro e do olhar atento no sentido de antecipar e prevenir situações de conflito, com uma postura agregadora mas sem descurar a capacidade de reação necessária em algumas circunstâncias.

O cuidado à PSC, coloca-nos perante uma dicotomia de situações, que se movimentam em sentido oposto. Por um lado, o sucesso das intervenções que fazem a diferença na sobrevivência e na qualidade de vida futura do doente e na sua reintegração na família e na sociedade por oposição às situações em que tal resultado não é alcançado, mesmo esgotando-se todas as possibilidades de intervenção e todos os esforços, a que se soma o importante momento da comunicação da notícia à família.

Outra situação delicada é a decisão de limitação do esforço terapêutico, muitas vezes agravada pela dificuldade em aceitação da família/cuidador. A satisfação e a felicidade da primeira situação chocam por vezes com a insatisfação, com o desânimo e até a frustração do enfermeiro e da equipa.

A título de exemplo recordam-se 3 momentos, um na UCIP, de uma doente com um quadro de intoxicação medicamentosa voluntária, com péssimo prognóstico à entrada e evolução para disfunção multiorgânica, que apesar das várias oscilações durante a sua permanência teve um boa resposta, melhorou e acabou por ter alta da unidade com uma boa perspectiva de recuperação e reintegração, outro de uma doente no SUMC, com um diagnóstico de neoplasia cerebral com muito mau prognóstico, já em tratamento paliativo, em que as filhas não reagiram bem à decisão da não escalada de medidas terapêuticas, e por fim o de um doente na UCIC, que foi fazer a sua sessão de hemodiálise ao serviço de Nefrologia do hospital, durante a qual entrou em Paragem Cardiorrespiratória (PCR), sem sucesso nas medidas de reanimação. O doente não voltou ao serviço, mas a esposa voltou, inconsolável, para recolher os seus pertences.

Posto isto, é importante arranjar estratégias individuais e de equipa para colmatar estas situações.

O *debriefing* consiste num processo de reflexão e discussão de eventos ocorridos, que se reflete na partilha de experiências, pensamentos e perspetivas das pessoas envolvidas. No departamento de emergência, em contexto de eventos críticos ou situações complexas, pode ser útil para clarificar a situação, melhorar o desempenho futuro e o bem-estar dos elementos da equipa (Dubash et al., 2021). Destaca-se aqui a importância da realização do *debriefing* pós evento, com reflexão no que correu bem, no que correu menos bem, no que pode ser melhorado e na partilha de sentimentos e emoções da equipa.

No que concerne ao processo de tomada de decisão e às intervenções da prática clínica baseadas em evidência científica importa referir o contributo fundamental da componente teórico-prática, solidificado nas diferentes unidades curriculares do Mestrado, que aprimoraram formas de pesquisa, incrementaram a solidificação de conhecimentos e constituíram ferramentas essenciais para preparação e realização dos estágios.

A par destas, o trabalho autónomo de pesquisa e de estudo e as atividades formativas externas, realizados no âmbito das CC do EE e das CE do EE em EMCPS, de entre as quais se destacam algumas, que a seguir se referem (e outras que serão referidas em capítulos próprios):

- *Webinar* “Gestão e liderança em emergência médica e catástrofe” (29/01/2024, duração de 8 horas);
- “Risco cardiovascular e score de cálcio coronário: como, quando e para quem?” (20/06/2024, duração de 3 horas);
- Curso “Qualidade e gestão do risco em saúde” (07/11/2024, duração de 4 horas);
- “1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico” (8 e 9/11/2024, duração de 16 horas);
- “I Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Transição do Doente Crítico para a Comunidade” (21/11/2024, duração de 8,5 horas);
- *Webinar* “Capacitar para o im(provável): gestão de recursos em emergência médica e catástrofe” (20/12/2024, com a duração de 8 horas);
- Conferência “Proteção de Dados no Setor da Saúde” (06/02/2025, duração 4 horas) (ANEXO I).

De referir também a participação na formação em serviço, no âmbito dos três estágios.

Como formanda, na UCIC:

- “Comunicação e Gestão de Informação no Doente Terminal” (07/05/2024, duração 1 hora e 30 minutos);
- “Recomendações para a Avaliação e Tratamento de Feridas – Membros Inferiores” (07/05/2024, duração 30 minutos);
- “Úlceras Por Pressão” (07/05/2024, duração 30 minutos);
- “Metodologia “Trigger Tool” Para a Identificação de Eventos Adversos no Serviço de Cardiologia: Apresentação e Discussão das Auditorias no Ano de 2023” (07/05/2024, duração 45 minutos);
- “Dor Aguda: Intervenções Farmacológicas e Não Farmacológicas” (25/06/2024, duração 45 minutos);
- “Situações Periparagem e PCR”, de carácter teórico-prático (25/06/2024, duração 2 horas) (ANEXO II).

Na UCIP a apresentação de um PMC, elaborado por um grupo de colegas especialistas em EMC, sobre a contenção física dos doentes, ainda em fase de execução, para posterior implementação (25/11/2024, duração de 2 horas – certificado ainda não disponível).

E no SUMC:

- “Via verde Sepsis na Pessoa em Situação crítica” (20/01/2025, duração 1 hora - certificado ainda não disponível).

Como formadora na UCIC e no SUMC, respetivamente:

- “Sessão técnico-científica - Apresentação de trabalhos científicos” (10-12-2024, duração 1 hora) (ANEXO III).
- “Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas (ANSR)” (18/02/2025, duração de 2 horas - certificado ainda não disponível).

Ainda nesta matéria, foi útil a oportunidade de perceber, com os colegas elos dinamizadores da formação de cada CPC, a forma de apuramento das necessidades formativas. No caso da UCIC, efetuada através do envio de um e-mail à equipa a solicitar sugestões de áreas ou temas a desenvolver para o ano seguinte, no sentido de elaborar o diagnóstico das necessidades formativas e a respetiva planificação anual, bem como a forma de avaliação quer da satisfação na perspetiva dos formadores e dos formandos (logo após a sessão formativa), quer do impacto da formação (6 meses após).

Como nota final importa referir o estudo dedicado à elaboração e desenvolvimento do projeto de investigação, que será explanado na segunda parte deste relatório.

No âmbito dos PQCEE, estão todos contemplados no domínio desta competência.

Face ao referido, considera-se atingido o desenvolvimento de CC do EE, nos quatro domínios de competência.

2.2 Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem à pessoa em situação crítica

O regulamento 429/2018, determina:

o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados (OE, 2018, p.19359).

2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivência complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O conceito de PSC é definido como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

Do EE em EMCPSC é esperado que, face à complexidade da situação da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, da sua família/pessoa significativa e do meio envolvente, seja capaz de aplicar conhecimentos e habilidades próprias, para garantir uma resposta eficaz e eficiente, com vista à recuperação e à melhor qualidade de vida futura do doente, no seio da

sua família e da sociedade. Os estágios realizados, nos diferentes campos, proporcionaram um vasto conjunto de oportunidades, para o desenvolvimento desta competência.

Foram várias e diversificadas situações com necessidade de cuidados urgentes ou emergentes de alta complexidade à PSC, algumas delas comuns nos três campos de estágio, com abordagem semelhante, mas variável em função da organização do espaço e dos cuidados. Enumeram-se aqui apenas algumas, tais como reações anafiláticas, alterações do estado de consciência, com ou sem causa identificada, convulsões, intoxicações medicamentosas ou por organofosforados, com ou sem constatação dos medicamentos ou do produto em causa, intoxicações por monóxido de carbono, acidente vascular cerebral, síndromes coronárias agudas, disritmias, sépsis, trauma, PCR, entre outras.

A avaliação inicial é efetuada através da metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), com intervenção imediata sempre que se detete alguma alteração, a que se segue a avaliação secundária e a vigilância e monitorização contínuas, no sentido de antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica e identificar alterações com a implementação das medidas necessárias, em conformidade. A sistematização desta lógica de avaliação e atuação, são uma mais-valia no processo de aquisição de competências do EE EMCPSC e no sucesso dos cuidados à PSC.

No SUMC, a título de exemplo, uma PSC com quadro de reação anafilática, com intervenção necessária imediata logo no A, por compromisso da via aérea. As situações de intoxicação medicamentosa, todo o processo de estabilização do doente, incluindo o necessário contacto com o Centro de informação Antivenenos (CIAV). Na de ativação de VVAVC, “Tempo continua a ser cérebro, e é absolutamente fundamental que seja mantido o progresso, científico e na organização dos cuidados, numa doença tão prevalente e potencialmente grave como o AVC” (Sousa, 2021, p.4), foi muito interessante a oportunidade observar e atuar, em todo o acompanhamento e pronta intervenção desde a triagem, sala de emergência, imagiologia para realização de TAC e, se indicado, trombólise e preparação do doente para o transporte secundário para trombolastina (protocolo *Angels*). No caso de ativação de Via Verde Coronária (VVC), “O enfermeiro ao ser o primeiro profissional de saúde que contacta com o doente, assume um papel crucial na deteção e conhecimento atempado da pessoa com EAM e consequente ativação da VVC” (Bemposta et al., 2024, p.7), destaca-se também a oportunidade de todo o acompanhamento e pronta intervenção desde a triagem, sala de emergência e encaminhamento para a hemodinâmica. Em situações de doentes politraumatizados, todo o

processo de avaliação e estabilização, que inclui medidas como as técnicas de imobilização ou a administração de unidades de glóbulos rubros universais, não tipadas, em caso de choque hipovolémico, entre muitas outras situações e até da preparação do doente e da equipa para o transporte para outra unidade mais diferenciada. O SUMC não é considerado Centro de Trauma, pelo que há, em algumas circunstâncias, necessidade de transferência do doente, para cuidados de um nível superior. Os critérios de avaliação e referenciação para Centro de Trauma enquadram-se em critérios de gravidade fisiológica, nomeadamente “ECG < 9; TAS < 90 mmHg; Fr < 10 ou > 29 Cpm” e critérios da anatomia da lesão que compreendem “Lesão penetrante: cabeça, pescoço e tórax, abdómen, períneo e proximais dos membros, Retalho costal móvel > de 2 fraturas de ossos longos proximais, amputação de membros (proximal à mão e pé), Fratura da bacia instável, Fraturas de crânio com afundamento ou abertas e TVM com défice neurológico” (DGS, 2022, p. 12).

Na UCIC a rápida intervenção necessária a um doente com uma tempestade arritmica ou os cuidados de enfermagem a doentes pós cateterismo emergente, que incluem o cumprimento do protocolo de desinsuflação da *TR-Band*.

Na UCIP os cuidados a uma doente com alteração do estado de consciência na sequência de hiponatremia grave, entre muitas outras situações.

Em termos de técnicas e procedimentos efetuados à PSC, foram várias as oportunidades na sua preparação e colaboração na colocação e manutenção, com atenção à prontidão e rapidez necessárias, mas também ao cuidado no cumprimento das normas de segurança e controlo da infeção. Referem-se aqui algumas, de especial relevo no âmbito desta competência, nomeadamente na colocação e manutenção de: Cateter Vascular Central (CVC), linha arterial, cateter epidural, tubo orotraqueal – entubação e extubação, ventilação invasiva e não invasiva - oxigénio de alto fluxo, V60, *Bi-level Positive Airway Pressure* (BPAP) e *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), traqueostomia percutânea (observação e colaboração em 2 situações, na UCIP), pericardiocentese (observada no SUMC), colocação e manutenção de drenos torácicos e abdominais (SUMC e UCIP), nutrição entérica e parentérica (UCIP), terapia contínua de substituição renal, com recurso à técnica de hemodiafiltração venosa contínua (UCIP), broncofibroscopia com lavado broncoalveolar (UCIP), entre outras. Acrescenta-se ainda a prestação dos cuidados de higiene à PSC, o posicionamento e doentes em decúbito ventral (UCIP), a realização e interpretação de gasimetrias arteriais, a interpretação de traçados eletrocardiográficos (mais aprofundada na UCIC). A monitorização hemodinâmica invasiva e

não invasiva, o manuseamento do monitor/desfibrilhador, função pace/cardioversão sincronizada, o manuseamento de bombas e seringas perfusoras. De referir também a preparação e administração de terapêutica, a gestão de protocolos terapêuticos complexos, com especial atenção à identificação precoce de possíveis complicações, com respostas adequadas preparadas, e a monitorização e avaliação dessas respostas. A manutenção e substituição dos sistemas de perfusão, conforme o protocolo do serviço, e a realização de medidas de suporte avançado de vida (hemodinâmica e sala de emergência do SUMC).

Na sequência do exposto, é essencial o papel do EE em EMCPSC, desde a eficiente identificação da situação à rápida e eficaz atuação, com o domínio do conhecimento teórico, das técnicas e do manuseamento dos equipamentos. As oportunidades referidas, a par de outras, enriqueceram significativamente o processo de construção do pensamento e atuação, com base na evidência científica, enquanto futura EE.

Outro ponto que merece uma reflexão particular é a comunicação com a PSC e a sua família/cuidador, com vista ao estabelecimento da relação terapêutica. Foi possível perceber, em diferentes situações a existência de barreiras à comunicação, muitas vezes motivadas pela alteração do estado de consciência, pela incapacidade em falar, pela limitação da mobilidade, por fatores emocionais ou mesmo por limitações intelectuais. Foi necessário ajustar as técnicas e adaptar a comunicação a cada situação em concreto. Destacam-se algumas, desde a adequação do discurso, à linguagem gestual, leitura dos lábios ou mesmo linguagem escrita, por exemplo na UCIC, através da utilização de um quadro interativo que contemplava a possibilidade de escrita, apontar para figuras ou para letras e/ou palavras. A ter em conta também o respeito pela opção do silêncio, por vezes crucial.

A gestão da analgesia, sedação e *delirium*, também constituíram oportunidades interessantes no domínio desta competência, desde logo na aplicação de escalas específicas, muito usadas sobretudo na UCIP. No caso da dor, por exemplo a Escala Numérica da Dor, utilizada em doentes com capacidade para fazer o autorrelato da dor ou, a escala comportamental da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS), que considera a expressão facial, os movimentos corporais e a tolerância à ventilação mecânica, indicada para doentes com barreiras à comunicação, seja por estarem sob agentes neuromusculares, hipnóticos, alteração do estado de consciência ou ventilação mecânica. No que concerne à sedação a Escala de Agitação e Sedação de *Richmond* (RASS), com pontuação de 4 (combativo) a - 5 (não desperta) ou a utilização do Índice Bispectral (BIS), que avalia a profundidade da sedação ou anestesia. Para avaliação do *delirium*

a escala *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-ICU), que permite identificar ou descartar *delirium*. Portanto, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, foi possível perceber a importância de reconhecer as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e das estratégias para proporcionar o bem-estar físico, psicossocial e espiritual em resposta a essas necessidades, das medidas não farmacológicas, como os posicionamentos, massagens, técnicas de imaginação guiada, e das medidas farmacológicas, na gestão da sedo-analgesia. Destaca-se aqui a existência da Unidade de Dor Aguda (UDA) institucional e dos elos dinamizadores respetivos em cada CPC, do acesso aos protocolos de atuação para enfermagem e do contacto com doentes com *Patient-Controlled Epidural Analgesia* (PCEA), sendo a preparação e substituição dos reservatórios, da responsabilidade dos colegas da UDA, e a monitorização e despiste de complicações dos enfermeiros do serviço.

De referir também outras relevantes oportunidades, nomeadamente nos três campos de estágio, a participação na preparação e execução do transporte intra-hospitalar do doente crítico, em segurança, bem como na reparação do transporte secundário. A sua realização entre hospitais ou entre serviços de um mesmo hospital, justifica-se pela necessidade de um nível assistencial superior, realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não sejam passíveis de realização no serviço ou na instituição (OM e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2023). A segurança no transporte é definida como “ausência de erros ou de eventos adversos com potencial dano para o doente. De uma forma pragmática, podemos afirmar que um transporte seguro é aquele em que não existe deterioração do doente durante o transporte” (Vasconcelos, 2019, p.11). Este ponto proporcionou um importante momento de reflexão e desenvolvimento da destreza em termos de pensamento e execução, com a antecipação e, portanto, prevenção de possíveis complicações.

Outra situação de destaque foi a possibilidade da realização de turnos no âmbito do estágio da UCIC, na Clínica de Insuficiência Cardíaca, mas sobretudo na Cardiologia de Intervenção, na Unidade de Implantação de Dispositivos e na Unidade de Hemodinâmica e no âmbito do SUMC na EEMIH. Foram oportunidades muito interessantes e enriquecedoras na aquisição de competências.

Não obstante da quantidade de oportunidades visadas, não foi possível presenciar nenhuma situação de morte cerebral e de manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. Ainda assim foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre o tema complementada pela matéria lecionada na componente teórica do Mestrado, em especial na unidade curricular Ética

e Deontologia. Salienta-se nesta matéria, a Lei nº12/93 de 22 de abril, que regulamenta em Portuga a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana.

Outro grande desafio foi o desenvolvimento de habilidades de gestão da ansiedade, das incertezas, da descrença, da insegurança e do medo que acometem a PSC e/ou a sua família/cuidador, e da dignificação do momento da morte e dos processos de luto. Os estágios revelaram-se uma importante oportunidade no desenvolvimento da capacidade de gestão das perturbações emocionais do doente e seus entes queridos, mas também da resiliência emocional, através da reflexão e do estímulo da habilidade de lidar com adversidades, da adaptação às mudanças, por vezes súbitas e imprevisíveis, da recuperação de momentos difíceis e da capacidade de enfrentar os desafios, numa perspetiva de aprendizagem constante.

Para terminar importa tecer algumas considerações na perspetiva da observação e reflexão, conducentes à identificação de barreiras, potencialmente comprometedoras da segurança, dos alertas e da apresentação de propostas de melhoria, nos três campos de estágio. Destacam-se algumas, a título de exemplo. Na UCIC: a localização do serviço no piso 10 e os exames de intervenção/emergência são realizados no piso 4 (TAC, RMN, hemodinâmica, etc.), com constante necessidade de transporte do doente crítico, no caso pelos elevadores, que são apenas dois, com muito tráfego, o que atrasa o transporte destes doentes, com os riscos que lhe são inerentes.

Foi proposta a seleção de um elevador destinado apenas ao transporte do doente crítico, ou na impossibilidade desta medida, uma chave de emergência, que permitisse bloquear as demais paragens e chamar diretamente o elevador, a existência de monitores/desfibrilhadores sem capacidade para leitura de capnografia, monitores/desfibrilhadores de diferentes marcas e diferentes modelos, não uniformizados/padronizados, na UCIC/cardiologia, hemodinâmica e noutros serviços do hospital, o que implica diferenças no manuseamento e nos cabos de adaptação, com a necessidade de trocar as placas dos elétrodos multifunções mais que uma vez no mesmo doente. Isto representa um prejuízo para o doente, pelas trocas sucessivas, a maceração da pele e o tempo despendido, e um custo monetário avultado, quer pelo número de placas gastas em cada doente, quer pela necessidade de pedido e armazenamento de pás de diferentes marcas/modelos pelo serviço de aprovisionamento. Como proposta de alternativa foi sugerido fazer um estudo de mercado, no sentido de averiguar a existência de um adaptador, com diferentes possibilidades de encaixe das pás. No que diz respeito ao transporte do doente crítico, intra-hospitalar e secundário, foi sugerida a colocação de máscara laríngea na carga da

mala de transporte, pela facilidade de utilização e eficácia, a colocação de lacres nas diferentes bolsas e a elaboração de uma folha de verificação, assinada pelo responsável, para garantir a conformidade da sua reposição. Foi ainda sugerida a criação de uma “mini mala de transporte”, para os transportes intra-hospitalares e a proposta de uma IT - Abordagem, Transporte e Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Cardiologia/ UCIC, com um fundamento teórico enriquecido, de fácil consulta, e que contempla, entre outras coisas o material e equipamento indicado para cada situação, os recursos humanos, as *checklists* propostas pela SPCI e a implementação de uma base de dados para os registos de todos os transportes de doentes críticos, que inclui elementos como a tipologia, a duração temporal, a ocorrência de eventos adversos, etc.. Na UCIP: a identificação dos profissionais, cujo fardamento é próprio do serviço, mas transversal a todas as classes, o que pode ser um elemento confusional para os doentes e família/cuidadores, o ruído sonoro e luminoso, durante as 24 horas, que motivou a proposta de um PMC, já mencionado anteriormente, e o transporte do doente crítico, com alguns aspetos passíveis de serem melhorados, a serem já trabalhados por um grupo de trabalho dedicado, formado por elementos do serviço, especialistas em EMCPSC. No SUMC: a não existência de via verde sépsis, facto que motivou inclusivamente o projeto de investigação de uma colega de Mestrado e possibilitou assistir a uma formação em serviço sobre o tema, apresentada pela colega em questão. Todas estas reflexões e sugestões foram bem aceites e consideradas pertinentes.

Os PQCEE, no âmbito desta competência, são todos contemplados.

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

De acordo com o descritivo desta competência, o EE age, perante uma destas situações, “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” (OE, 2018, p.19363).

Situação de emergência, é definida, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho como uma situação que:

(...) resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade

de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (p.19362).

Nos três campos de estágio, foram várias e diversificadas as oportunidades de presenciar e prestar cuidados de enfermagem à PSC, sempre com vista à salvaguarda das condições de segurança. Não serão aqui explanadas, uma vez que já foram referidas em pontos anteriores. A situação de exceção é considerada quando se constata “(...) um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018, p.19362).

Catástrofe é por definição “(...) acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018, p.19362). São vários os tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde dos intervenientes.

Durante os períodos de estágio, não houve nenhuma oportunidade de vivenciar situações de exceção ou catástrofe. No entanto, foi feita uma ampla reflexão nesta matéria, baseada em pesquisa bibliográfica, com um precioso contributo das unidades curriculares do Mestrado com ênfase nesta temática, na leitura dos protocolos e procedimentos institucionais, e em conversas e troca de impressões e até sugestões, com os enfermeiros orientadores, com os pares e responsáveis dos serviços.

Num passado recente vivenciou-se em Portugal e no Mundo uma situação de exceção, a pandemia Covid-19, que exigiu uma intervenção estruturada, com organização e reorganização quase diária dos circuitos e dos serviços. Esta situação teve um profundo impacto em todos os campos de estágio, com especial destaque para a UCIP e SUMC. Foi interessante a oportunidade de rever mentalmente esse período, através da experiência partilhada pelos colegas e outros elementos da equipa multidisciplinar, e também através da leitura de alguns documentos escritos, referentes a esse difícil e desafiante período.

A situações de exceção ou catástrofe exigem a adequação de procedimentos e da atuação nos serviços. Existe no SUMC, na sala de coordenação, um armário com o material destinado a estas situações. Essa readaptação começa desde logo com as diferenças na operacionalização da Triagem de Manchester, conforme o manual Triagem no Serviço de Urgência - Manual de Serviço (2010), que é efetuada através de uma "Metodologia completamente diferente (...) objetivo de (...) salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados

segundo os recursos existentes" (p. 107). Na avaliação primária, pela necessidade de imposição da ordem na triagem rápida (até 15 segundos) de um grande número de feridos, que sejam admitidos em simultâneo, há uma inversão das prioridades e são selecionados primeiro os doentes menos graves, conforme o fluxograma, através de quatro categorias: verde, preto (morte), vermelho e amarelo. Segue-se a avaliação secundária, realizada a cada 15 minutos, com o objetivo de "(...) rapidamente proceder à reavaliação de um grande número de doentes, já inicialmente observados na triagem primária" (p.109), que é efetuada através da *Triage Revised Trauma Score* (TRTS), com base na codificação de três variáveis, frequência respiratória, pressão arterial sistólica e estado de consciência, conducentes a um nível de prioridade, a que é atribuída uma cor, vermelho, amarelo, verde ou preto. Mediante a prioridade atribuída, os doentes são alocados às áreas respetivas no SUMC, e realocados sempre que se verifique alteração na reavaliação. Tendo em conta as recentes obras de melhoria efetuadas no serviço, com a criação de novos espaços e a reformulação das áreas existentes, foi identificada a necessidade de atualização do plano de atuação do serviço. Foi discutida esta possibilidade, mas dada a necessária envolvência de diferentes níveis, desde o nível operacional à direção de serviço e ao Conselho de Administração, e mediante a limitação temporal do período de estágio ficou o apontamento, mas acabou por se intervir noutro ponto, também relacionado e com necessidade de atualização. Após a leitura do Plano de emergência externo (última revisão em 2017) e do Plano de segurança interno (última revisão em 2018) desta Unidade Hospitalar, percebeu-se a necessidade de reformulação e atualização, mas também a não inclusão do EE em EMCPSC, o que motivou a proposta da realização de um PMC, já referido anteriormente, com enfoque na pertinência da inclusão deste elemento no planeamento da resposta e na revisão dos Planos, solidificada na sua divulgação pela equipa e na realização de treinos práticos para garantir que todos tenham a noção do seu papel e dos fluxogramas a seguir, numa perspetiva de liderança, com avaliação da eficiência, adequação da resposta e implementação de medidas corretivas em função das falhas identificadas para que em situação real a equipa tenha o melhor desempenho possível, em articulação com as forças de segurança, o Instituto Nacional de Emergência Médica, Corporações de Bombeiros e a Proteção Civil, com vista à melhoria da segurança e da qualidade e eficiência da resposta. Neste âmbito foi também identificada a necessidade e apontada a sugestão da realização de um simulacro na UCIP, com base no Plano de Emergência Interno institucional, na vertente do serviço, a articular com o elo dinamizador da formação e da gestão de risco. No que concerne ao estágio na UCIC, foram detetados alguns

triggers, potencialmente comprometedores para a segurança do doente no normal funcionamento do serviço, mas sobretudo em caso de emergência interna. De entre eles destaca-se o facto de se localizar fisicamente no piso 10, o que representa uma dificuldade acrescida na evacuação dos doentes e profissionais em caso de necessidade. Foi proposta da realização de formação interna e de simulacros, à semelhança da UCIP.

No que diz respeito à unidade de competência “Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p.19364) os estágios não foram especialmente enriquecedores em termos de oportunidades práticas. Houve, no entanto, uma situação que despertou atenção, foi identificada como um ponto com necessidade de melhoria, e constituiu a alavanca para o desenvolvimento da proposta de uma IT e de uma sessão de formação em serviço, já referidas em capítulo anterior (APÊNDICE III). Tratou-se da situação de um utente, envolvido num acidente de viação grave, que foi levado ao SUMC pela Guarda Nacional Republicana [GNR], para colheita de sangue para determinação da taxa de álcool e substâncias psicotrópicas. Foi identificada a existência de dúvidas relativas ao manuseamento, preenchimento e selagem do *Kit* da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], fornecido pela GNR. No enalço desta situação foi então efetuada a proposta da IT referida e foi realizada uma formação em serviço, com a participação especial de um elemento do comando territorial da GNR de uma região do Norte de Portugal, onde foi efetuado um enquadramento teórico, com base legal, a apresentação da IT proposta, que contempla todo o procedimento, desde a colheita, acondicionamento até à expedição da amostra, e uma sessão teórico-prática relativa à operacionalização do respetivo *Kit*. A sessão formativa contou com a presença da equipa de enfermagem do SUMC, da enfermeira gestora, da diretora de serviço e de um elemento de cada um dos SUB da ULS, com a intenção de à posteriori replicarem a formação nos seus serviços. Constituiu um importante momento informativo, de esclarecimento de dúvidas e de partilha de experiências e uma interessante sinergia entre os profissionais de saúde e as forças de segurança, no caso a GNR.

Esta unidade de competência motivou uma abrangente pesquisa bibliográfica que estimulou o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o diagnóstico precoce de indícios da prática de crime e do encaminhamento para as entidades competentes e também para os organismos de apoio à vítima e família, com a garantia da salvaguarda da preservação de vestígios, tendo em consideração a cadeia de custódia. Destaca-se o essencial contributo do seminário “Enfermagem Forense – do mito à realidade”, ministrado pela enfermeira Sílvia

Ribeiro, no âmbito da componente teórica do Mestrado. Acrescenta-se também a possibilidade de, em contexto de formação em serviço apresentada por uma colega de Mestrado, assistir à formação “Violência Interpessoal – Aspectos Éticos e Deontológicos/ Enfermagem em Contexto Forense”.

Por fim importa referir, ainda no domínio desta competência, o desenvolvimento do projeto de investigação, que será apresentado na parte II deste relatório.

Quanto ao enquadramento com os PQCEE, destacam-se nesta competência a satisfação do cliente, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados de enfermagem.

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

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é por definição, de acordo com os PQCEE em EMCPSC, “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” e “não sendo um problema novo, assume particular relevância na pessoa em situação crítica” (OE, 2017, p.10).

O descritivo desta competência, define que o EE em EMC PSC:

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos 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, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2018, p.19364).

Esta competência tem enquadramento em todos os PQCEE, conforme referido, com especial destaque para a prevenção de complicações, visto que, uma fatia considerável das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados de saúde são evitáveis (OE, 2018).

Nesta medida, foi possível, no decorrer dos três estágios, tomar conhecimento, participar em atividades e desenvolver aptidões, tanto no âmbito dos Planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos de cada CPC, como na colaboração em procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, com base no estudo teórico sobre o tema, reforçado pela leitura das normas da DGS, das normas e IT institucionais, dos programas da ULPPCIRA da ULS, e pelas atividades implementadas nos

serviços. De referir também a participação em atividades formativas externas das quais de destacam a “Higiene Ambiental Como Medida de Prevenção das IACS”, (14/05/2024, duração 4 horas) e o “6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção” (24 e 25/10/2024, duração de 14 horas) (ANEXO I) e também na formação em serviço, no caso no âmbito do estágio da UCIC, as formações “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde” (07/05/2024, duração de 1 hora) e “Precauções Básicas e Controlo de Infecção: Colocação de Doentes, Higiene das Mãos e Utilização de Equipamento de Proteção Individual” (07/05/2024, duração de 1 hora) (ANEXO II).

No que concerne às atividades, evidenciam-se as de monitorização do cumprimento dos “Feixes de intervenções” emitidos pela DGS, também designados por *bundles*: Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical - Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 (DGS 2022), Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico - Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015, atualizada a 17/11/2022 (DGS, 2022), Prevenção da Pneumonia associada à Intubação - Norma Clínica: 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022 (DGS; 2022) e Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central - Norma Clínica: 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 (DGS, 2022). A ULPPCIRA determina o número de observações para cada feixe e os feixes a monitorizar, variáveis conforme a tipologia do serviço. No caso da UCIC são o primeiro, o segundo e o quarto, na UCIP são os quatro e no SUMC o primeiro, o segundo e o quarto, pela ordem descrita atrás. De todos, o comum aos três serviços e com maior número de monitorizações é o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, segue-se o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central e por fim, com especial atenção na UCIP o “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação, que tem também neste âmbito um PMC implementado. É também monitorizada a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos, transversal à classe médica, de enfermagem, técnicos auxiliares de saúde e outros grupos profissionais, através da metodologia da Estratégia Multimodal - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), que tem como alvo um índice de conformidade global igual ou superior a 90%, de acordo com a norma 007/2019, de 16/10/2019 (DGS, 2019). São efetuadas observações diretas, em simultâneo às diferentes classes profissionais, com o conhecimento dos observados, pelo elo dinamizador do PPCIRA em cada CPC, com registo na plataforma *Hygiene Platform*, da qual é possível extrair os resultados, detalhados por serviço. Paralelamente, são efetuadas

campanhas de sensibilização nos serviços, como a afixação de cartazes com apelo ao cumprimento e de cartazes informativos, no que concerne à técnica e aos 5 momentos preconizados, e são realizadas atividades, propostas pela ULPPCIRA em forma de desafio aos serviços, como é o caso do concurso de fotografia, comemorativo do dia mundial da higiene das mãos, decretado pela OMS a 5 de maio, que já conta com a segunda edição e teve a participação dos 3 serviços.

Outro ponto de relevante importância, no qual foi possível solidificar conhecimentos e práticas, é o cumprimento das PBCI, conforme a Norma 029/2012, de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013 (DGS, 2013) e das Precauções Baseadas na Via de Transmissão (DGS, 2015). Destacam-se os estágios na UCIC e UCIP, onde pela dinâmica dos serviços é possível e imperativo o seu cumprimento rigoroso. Os EPI estão disponíveis e de fácil acesso. Estão implementadas medidas como é o caso da avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales Produtoras de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina (SAMR) – Norma 004/2023, de 29/05/2023 (DGS, 2023), a todos os doentes na admissão, e são instituídas medidas de isolamento de contacto até à emissão dos resultados. No SUMC, é efetuada a avaliação de risco a todos os doentes com proposta de internamento, independentemente do serviço de destino, pelo médico responsável, e o rastreio sempre que seja indicado.

É também efetuado o registo, pelo enfermeiro responsável de turno, de todos os doentes com cateter vesical e com CVC, em cada turno, na UCIC e UCIP, que à posteriori são alvos de auditorias aos registos de enfermagem.

Ainda no domínio desta competência, no estágio da UCIC, foi efetuada uma proposta de sistematização e implementação dos cuidados a ter na manutenção e conservação das câmaras expansoras, nomeadamente dos cuidados de limpeza, com a instituição de rotinas específicas no serviço, parte integrante da IT- Terapia Inalatória no Serviço de Cardiologia/ UCIC, já mencionada noutra ponto.

De referir ademais, os ensinamentos ao doente e família/cuidador, bem como a elementos de outras classes profissionais, e a supervisão das suas ações no sentido de perceber o seu nível de compreensão e cumprimento.

Como reflexão final, foram identificados alguns *triggers* e até algumas inconformidades, e discutidos individualmente em cada CPC, que se prendem, essencialmente, com a falta de espaço em algumas áreas dos serviços que comprometem o cumprimento das medidas de

prevenção das IACS, a triagem incorreta dos resíduos, com maior relevo no SUMC, e a não realização de triagem de resíduos para reciclagem, nomeadamente no SUMC e UCIP/cardiologia.

Finda esta análise reflexiva, é seguro referir que os estágios constituíram um vasto e enriquecedor leque de oportunidades, no sentido da consolidação das competências em análise.

PARTE II - PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA
“DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: PERCEÇÃO DO
CONHECIMENTO E EXECUTABILIDADE DAS PRÁTICAS FORENSES DE
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

No enquadramento das CE do EE em EMCPSC, conforme definido no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, destaca-se, para efeitos do presente estudo, a competência de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à execução da intervenção. Nestas situações, o EE "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" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19363). Neste âmbito, assume particular relevância a unidade de competência que estabelece a responsabilidade de assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de prática de crime. Esta unidade contempla os seguintes critérios de avaliação: diagnóstico precoce de indícios de prática de crime na(s) vítima(s) ou no meio envolvente; salvaguarda da preservação dos vestígios, com respeito pela cadeia de custódia; reconhecimento de irregularidades e suspeitas, com encaminhamento para as entidades competentes; e reencaminhamento da vítima e respetiva família para os organismos vocacionados para o apoio (OE, Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Nos PQCE em EMC na Área de Enfermagem à PSC, no Bem-estar e o Autocuidado, está também contemplada a preservação de vestígios e indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente (OE, 2017).

As estatísticas da APAV, versadas no seu Relatório Anual 2023, demonstram que durante o ano civil de 2023 foi prestado apoio a 16.185 vítimas, o que configura um aumento de 10,2% em comparação com ano transato, em que foi prestado apoio a 14.688 vítimas. Estes números incluem “não apenas vítimas de crime, mas também aquelas afetadas por diversas formas de violência, ainda que estas possam não constituir crime de acordo com o Código Penal português” (APAV, 2023, p.12). As Estatísticas APAV | Totais Nacionais 2024 evidenciam a prestação de apoio a 16.630 pessoas, em 105.747 atendimentos, o que perfaz um total de 31.242 crimes e outras formas de violência (APAV, 2025).

Os profissionais de saúde, no exercício da sua prática profissional, são frequentemente confrontados com situações que exigem uma abordagem adequada e proficiente, em conformidade com o enquadramento legal em vigor. Os enfermeiros no desempenho das suas funções no Serviço de Urgência (SU), de uma forma especial, elevada pela necessidade de cuidados e intervenções de carácter urgente ou emergente, à PSC, são confrontados com situações de crime e violência, que implicam, não raras vezes, a solicitação da sua colaboração

com as autoridades, no desenvolvimento do processo de investigação. Verificam-se, no entanto, com frequência nesta fase, deficiências na recolha, preservação e conservação de provas com potencial de constituírem peças essenciais no processo de investigação (Gonçalves, 2022). O déficit de formação no que concerne à preservação de vestígios forenses, conflui na não associação dos cuidados forenses como inerentes às intervenções de enfermagem em emergência (Silva et al., 2022). O Princípio de *Locard* (1877-1966) tem como base a premissa de que “Todo o contacto deixa um traço” (Gomes, 2016, p.1, as cited in [Hammer et al., 2006]), assente no pressuposto de que os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis podendo ser alterados ou perdidos durante a intervenção médica/enfermagem. O tema em estudo teve a sua génese na sequência do exposto, com as premissas de que a preservação de vestígios forenses se configura “fundamental para a resolução do caso e os profissionais de enfermagem são relevantes atores nesse processo, pois, dentro dos serviços de saúde de emergência, são os primeiros a receberem as vítimas envolvidas em situações de crime” (Silva et al., 2022, p.9). Tendo em consideração todos estes pressupostos, a presente investigação teve início com as seguintes questões de investigação:

- Qual a perceção do conhecimento e executabilidade das PF de enfermeiros do SU?
- Qual a relação entre o perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU, e a perceção do conhecimento e a executabilidade das PF de enfermeiros do SU?
- A perceção do conhecimento de enfermeiros do SU referente às PF está associada à sua executabilidade?

Os objetivos devem ser delineados de forma a responder às indagações. A sua definição determina o que se pretende atingir com a execução do trabalho de pesquisa (Vilelas, 2020). Neste sentido, como objetivos da investigação delinearam-se os seguintes:

- Identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- Analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes às PF de enfermeiros do SU;
- Analisar se o perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU se relacionam com a perceção do conhecimento e a executabilidade das PF;
- Analisar se existe relação entre a perceção do conhecimento das PF de enfermeiros do SU e a sua executabilidade.

2. ESTADO DA ARTE

No sentido de obter as bases teórica e concetual que servem de suporte à investigação, apresenta-se de seguida uma breve abordagem teórica de conceitos fundamentais para o estudo.

Enfermagem Forense (EF)

O conceito de EF corresponde à área do exercício profissional de enfermagem que assiste a pessoa, família e comunidade, implicadas em situações de violência, violação dos direitos humanos, traumatologia forense e/ou desastre em massa, somando à “prática clínica reparadora, o índice de suspeita de lesões sugestivas de trauma não acidental e a salvaguarda de vestígios com relevância criminal” (OE, 2021, p.175), através da combinação da Enfermagem com as Ciências Forenses, por meio da articulação do processo científico de enfermagem com o enquadramento legal (OE, 2021).

EF no SU

O SU é a primeira porta de entrada das vítimas e/ou perpetradores de diferentes tipos de violência. Os Enfermeiros que exercem funções nestes serviços são os que recebem em primeira mão estes utentes, e representam o primeiro contacto com o caso forense. Assumem assim uma posição privilegiada na preservação de provas forenses, pelo que é imperativo ter conhecimentos para agir em conformidade (Çelik et al., 2024). Na qualidade de ponto de contato inicial, é de relevante importância a possibilidade de suspeitar de violência e de avaliar e reunir as provas que possam comprometer o processo legal, de forma a preservar a cadeia de custódia (Albishri et al., 2023). Os cuidados prestados, não obstante, da imperiosa prioridade de salvar a vida, pressupõe também a prestação dos melhores cuidados médicos e jurídicos, assentes na identificação, recolha, documentação e preservação de vestígios forenses, com potencial utilidade na investigação (Donaldson, 2020). O mau manuseamento, manipulação ou interpretação das provas forenses podem, porventura, destruir um caso e/ou a vida dos indivíduos envolvidos e conotar de forma negativa a reputação da prática forense (Madureira-Carvalho et al., 2023). Os casos forenses mais comuns no SU são, de acordo com Gomes (2021), agressão por arma de fogo; asfixia; abuso sexual; violência doméstica; crianças vítimas de maus-tratos; vítimas sob custódia policial e morte no SU. O mesmo autor destaca como vestígios mais frequentes no SU a roupa, balas e outros objetos penetrantes, resíduos de pólvora, armas, fragmentos de vidro, conteúdo gástrico e marcas de dentada (Gomes, 2021).

Documentação e comunicação

Os atos de violência, como crimes de violência doméstica e tráfico humano, enquadram-se em contexto penal como crimes públicos, pelo que podem ser comunicados por qualquer pessoa, sem depender da queixa apresentada pela vítima (DGS, 2016). No contexto do SU, Cruz (2017) refere que “A partir do momento em que um utente faz a sua inscrição (...) começam a ficar registadas, no processo clínico, todas as suas queixas, lesões, motivos pelos quais recorreu (...), bem como todos os tratamentos prestados e exames efetuados(...)” (Cruz, 2017, p.30). O documento da DGS (2020) Registo Clínico de Violência em Adultos – Guia Prático, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, proporciona a uniformização de procedimentos de registo através do “NOVO Formulário de Registo Clínico de Violência em Adultos”. É destinado ao “registo de qualquer forma de vitimação (suspeita ou confirmação) exercida contra pessoas adultas, independentemente de variáveis individuais” (DGS, 2020, p.4).

Cadeia de Custódia

A cadeia de custódia tem início com o profissional que identifica e recolhe os vestígios, e termina com o que os protege e entrega à autoridade policial. Parafraseando Gomes (2021) “(...) é um procedimento para validação da autenticação dos itens que constituem os vestígios, tratando-se ainda de um procedimento inerente à sua recolha e que faz parte integrante do método científico, da investigação” (p. 401).

Vestígios e provas: conceptualização

É definido como vestígio qualquer evidência que ajude a conectar um presumível suspeito a um crime (Mota, 2021). Como prova entende-se uma evidência ou um indício que possibilita descobrir a verdade. Um vestígio também pode constituir uma prova, embora seja menos evidente e mais delicado (Veríssimo, 2021). No âmbito jurídico são reconhecidas pelo tribunal três tipos de provas, nomeadamente “(...) real (objetos visíveis), circunstancial (prova física ou declarações de testemunhas) e direta (testemunha que observou primeiro o evento)” (Veríssimo, 2021, p.54, as cited in [Lynch & Duval, 2011]).

Recolha e preservação de vestígios em contexto hospitalar

O processo de recolha de vestígios é, de acordo com Gomes (2021) “um processo sistemático, científico e abrangente, que tem início no reconhecimento de potenciais vestígios” (p. 402). O mesmo autor sugere princípios básicos, por forma a evitar a sua contaminação/destruição,

como é o caso da utilização de material de proteção individual em conformidade; individualização de cada item, de modo a evitar a contaminação cruzada; não utilização de sacos de plástico ou contentores para itens molhados, devendo privilegiar-se a secagem ao ar livre; nunca colocar itens que possam conter ácido desoxirribonucleico (ADN) em sacos de plástico ou contentores fechados; a pesquisa de cavidades corporais deve ser apenas efetuada com indicação judicial, devendo ser acompanhada por testemunha do mesmo sexo da vítima, entre outros. Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de modo a manter a cadeia de custódia.

Proteção e apoio à vítima

O profissional de saúde que acompanha a fase inicial do processo tem a incumbência de fazer a avaliação da situação, com a definição um plano conjunto com a vítima ou seu representante legal, por forma a que se garanta a prestação de cuidados de qualidade, e providenciar apoio psicológico, social e legal (Gomes, 2021), com foco no direito ao respeito, privacidade e confidencialidade. A DGS, através do Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, determina um modelo de governação, que contempla uma Rede Nacional de Equipas: Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Equipas de Prevenção da Violência em Adultos. A intervenção no domínio da violência sobre profissionais de saúde, também está incluída neste programa, através da implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (DR, 2022).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo escolhido, de acordo com Vilelas (2020), tem por base o objetivo do estudo, em concordância com o grau de avanço dos conhecimentos, que definem o tipo de investigação a delinear. Neste trabalho para se dar resposta às questões de investigação, de onde surgiram os objetivos, recorreu-se a uma metodologia de estudo de tipo descritivo-correlacional, de caráter transversal (Vilelas, 2020). Descritivo, na medida em que se pretende “conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou estabelecer relações entre variáveis” (Vilelas, 2020, p. 214); correlacional tendo em conta que se procura “quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis” (Vilelas, 2020, p. 214), não sendo necessariamente estabelecida uma relação causal entre elas.

3.2 População e amostra

A população é definida por Vilelas (2020) como “(...) o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades (...) tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (p.179). Segundo Coutinho (2023) “(...) é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (p.89). É da população acessível ou disponível que se selecionará a amostra (Coutinho, 2023). A amostra representa “(...) um conjunto de unidades, numa porção do total, que nos represente a conduta da população no seu conjunto” (Vilelas, 2020, p.179). Noutra definição “é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população de onde foi extraída” (Coutinho, 2023, p.89). A população para este estudo é o conjunto de enfermeiros a exercer enfermagem nos SU de uma ULS do Norte de Portugal. Para constituição da amostra deste estudo serão considerados os seguintes critérios de inclusão: todos os enfermeiros que integrem o mapa de pessoal dos SU de uma ULS do Norte de Portugal e os critérios de exclusão: profissionais que desempenhem a função de enfermeiro nos SU pediátrica e de saúde materna e obstétrica da mesma ULS e profissionais que desempenhem exclusivamente funções de gestão. Foi escolhida uma ULS do Norte de Portugal pela possibilidade de se desenvolver a investigação, num dos campos de estágio, o SUMC, sendo a sua aplicação extensiva aos SUB, com dependência funcional da mesma ULS, cuja tipologia de utentes também compreende

vítimas, ou potenciais vítimas de violência, com enquadramento neste estudo, perfazendo um total de 118 enfermeiros.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, e tendo em consideração a impossibilidade da participação no estudo, seja pelo término contrato de funções, prévio ao período de recolha de dados, ou por motivo de ausência por atestado, durante esse período, a amostra é constituída por 94 participantes.

3.3 Instrumento de recolha de dados

O processo de investigação pressupõe, uma vez elaborado o construto teórico, e definido o tipo de estudo, a escolha das técnicas de recolha necessárias e a construção dos instrumentos que permitam a obtenção dos dados da realidade (Vilelas, 2020). O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) selecionado foi o questionário. De acordo com Coutinho (2023) “(...) quando as questões são apresentadas através de um formulário que o inquirido administra a si próprio, o inquérito designa-se por questionário ou auto-administrado” (p.139). Trata-se de um meio rápido, de natureza impessoal e com baixo custo. Salienta-se ainda que pode ser aplicado a um maior número de pessoas em simultâneo, garante o anonimato, e é preenchido sem a presença do investigador. Posto isto, é o instrumento que melhor se adapta à natureza deste estudo.

Em consonância com as necessidades do estudo, foi escolhido como IRD o “Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros” (QPVAVE), de Gomes, Corte-Real & Chaves (2016).

O questionário é composto, numa primeira parte, por uma secção relativa a dados sociodemográficos, académicos e profissionais e numa segunda parte, por questões visam identificar a perceção dos conhecimentos dos enfermeiros sobre a preservação de vestígios forenses, e a sua executabilidade. É constituído por 86 itens, 7 correspondentes à primeira parte e 79 à segunda. Estes últimos subdividem-se em 8 categorias, com um número de procedimentos em análise variável: Gestão de vestígios 20, Agressão sexual 9, Lesões 6, Arma branca 8, Arma de fogo 4, Acidentes de viação 7, Intoxicações 9 e Asfixias 13, com o objetivo de avaliar a “Executabilidade” e a “Perceção do conhecimento” relativas a cada procedimento, em cada uma das categorias referidas. Quanto à operacionalização, em relação à “Executabilidade” as opções de resposta são apresentadas numa escala dicotómica: “Já executei” e “Nunca executei”, associadas a uma terceira opção “Não se aplica”; na “Perceção

do conhecimento” as opções de resposta baseiam-se numa escala de *Likert*: “Desconhecia”, “Conhecia vagamente” ou “Conhecia com rigor” (ANEXO IV).

3.4 Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas

A recolha de dados efetuou-se nos meses de dezembro de 2024 e janeiro de 2025, através da aplicação do IRD (questionário), em formato físico, entregue pelo investigador, aos enfermeiros dos 3 serviços de urgência de uma ULS do Norte de Portugal, constituintes da amostra.

No questionário referiu-se o âmbito e finalidade do estudo, a garantia de anonimato e confidencialidade, sendo salvaguardada a autorização do consentimento informado e a possibilidade de desistir em qualquer momento, ou recusar-se a participar, sem qualquer consequência ou prejuízo.

Previamente à sua aplicação, solicitou-se à autora original do QPVAVE a autorização para a sua utilização, com o compromisso de facultar os resultados do mesmo, bem como informação adicional pertinente, e de referenciar os autores, tendo sido obtida a respetiva autorização (ANEXO V).

Apresentou-se o Projeto de Investigação à Comissão de Ética do IPB, e foi aceite a sua Orientação Científica, pela Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista (ANEXO VI). Efetuou-se também o pedido de parecer à Comissão de Ética, e de autorização para a realização do estudo, ao Conselho de Administração da ULS em questão, tendo sido aprovado (ANEXO VII).

No que concerne aos participantes, os dados obtidos não implicam nenhum risco para a sua integridade física, mental, social ou moral. Não existem conflitos de interesse, nem quaisquer custos ou benefícios financeiros. Garantiu-se o cumprimento dos princípios universais da ética.

3.5 Procedimentos de tratamento e análise de dados

Concluída a recolha de dados, construiu-se uma base de dados, onde se inseriram os resultados, conforme a operacionalização das variáveis, e efetuou-se o tratamento dos mesmos, através do programa informático de tratamento estatístico IBM® (*International Business Machines*) SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*), versão 30.0 para Windows 11. Neste processo recorreu-se a procedimentos de estatística descritiva, que “consiste na recolha, e exposição de dados numéricos, através da criação de instrumentos adequados (...)” (Vilelas,

2020, p.399) e analítica. Procedeu-se à análise descritiva das variáveis em estudo, recorrendo-se a tabelas de distribuição de frequências e ao cálculo de medidas estatísticas como a média, o desvio padrão, bem como os valores mínimo e máximo. Adotaram-se medidas como as frequências absolutas (n) e relativas (%), para analisar a executabilidade e a percepção do conhecimento dos enfermeiros, nas diferentes áreas, e a correlação bivariada de *Pearson* (r) para o estudo da relação entre as variáveis. Foi considerado um nível de significância de 5%, para a interpretação dos resultados e a formulação de conclusões, admitiram-se como estatisticamente significativas as diferenças com valor de significância inferior a 0,05 ($p < 0.05$).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos, através das respostas ao questionário sociodemográfico e QPVAVE.

Com base na quantidade de dados em questão, optou-se pela subdivisão em subcapítulos, por forma a efetuar a análise descritiva e sistematizada dos resultados. Será efetuada com recurso a tabelas, precedidas de uma descrição, em conformidade com os objetivos do estudo.

4.1 Perfil sociodemográfico e profissional da amostra

A amostra é constituída por 94 enfermeiros dos serviços de urgência de uma ULS do Norte de Portugal. Quanto às características sociodemográficas, os participantes têm idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos, com idade média de $36,87 \pm 8,57$ anos, sendo 69,1% do género feminino, 28,7% do género masculino, 1,1% não binário e 1,1% preferiu não responder. Quanto às habilitações académicas, 83% da amostra possui licenciatura, 16 % Mestrado e 1% bacharelato.

Em relação à caracterização profissional, no que toca ao tempo de exercício profissional, varia entre os 2 e os 37 anos, com experiência média de $13,20 \pm 8,18$ anos. Na categoria profissional 77,7% dos participantes são enfermeiros, 19,1% enfermeiros especialistas em EMC e 3,2% enfermeiros especialistas noutras áreas da enfermagem. Exercem funções no SUMC 71,3%, no SUB da Unidade A (SUB A) 22,3% e no SUB da Unidade C (SUB C) 6,4%.

Tabela 1 - *Perfil sociodemográfico e profissional da amostra*

	n	%
Género		
Masculino	27	28,7
Feminino	65	69,1
Não binário	1	1,1
Prefiro não responder	1	1,1
Habilitações académicas		
Bacharelato	1	1,1
Licenciatura	78	83,0
Mestrado	15	16,0
Formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses		
Sim	5	5,3
Não	89	95,7
Categoria Profissional		

Enfermeiro	73	77,7
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	18	19,1
Enfermeiro Especialista: outra área	3	3,2
Serviço de Urgência		
SUMC	67	71,3
SUB A	21	22,3
SUB C	6	6,4

4.2 Caracterização da executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses

Neste subcapítulo, apresentam-se os resultados obtidos com a aplicação do QPVAVE (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016).

De acordo com o objetivo de analisar a executabilidade e a percepção do conhecimento das PF por parte dos enfermeiros em contexto de SU, foram avaliadas diversas áreas temáticas (Gestão de vestígios, Agressão sexual, Lesões, Arma branca, Arma de fogo, Acidentes de viação, Intoxicações e Asfixias), com um total de 86 itens, conforme descritas nas Tabelas 2 a 9. A análise centrou-se nos procedimentos com maiores e menores níveis de execução e percepção de conhecimento, permitindo identificar pontos fortes e lacunas críticas na prática forense da enfermagem. Para cada um dos itens do questionário, foram analisadas as frequências absolutas e relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento dos enfermeiros nas diferentes áreas.

Na análise da Gestão de Vestígios, com 20 itens, (Tabela 2), verificou-se que mais de metade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada pela maioria dos participantes em todas as questões. O item com maior taxa de execução foi o 2, documentar o tipo de tratamento efetuado (42,6%). Em contraste, o item mais pontuado na opção “nunca executei”, foi o 6, fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor (91,5%).

Relativamente à percepção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 70% das questões: 2; 3; 4; 5; 6; 7; 10; 11; 12; 14; 15; 16; 17; e 19, com prevalência no item 3, observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense” (67,4%). O item 2 apresentou o maior valor de conhecimento com rigor (33,7%). A opção “desconhecia” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 30% das questões: 1; 8; 9; 13; 18; e 20, com

destaque para o item 20, colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local (57,9%).

Tabela 2 - *Frequências absolutas e relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na gestão de vestígios em função do procedimento*

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
3 (3,2%)	85 (90,4%)	6 (6,4%)	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	43 (45,3%)	42 (44,2%)	9 (9,5%)
40 (42,6%)	51 (54,3%)	3 (3,2%)	1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	9 (9,5%)	53 (55,8%)	32 (33,7%)
19 (20,2%)	71 (75,5%)	4 (4,3%)	2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	16 (16,8%)	64 (67,4%)	14 (14,7%)
25 (26,6%)	67 (71,3%)	2 (2,1%)	3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	19 (20,0%)	56 (58,9%)	19 (20,0%)
30 (30,1%)	62 (66%)	2 (2,1%)	4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.	16 (16,8%)	59 (62,1%)	19 (20,0%)
2 (2,1%)	86 (91,5%)	6 (6,4%)	5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	33 (34,7%)	53 (55,8%)	8 (8,4%)
			6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a			

			autorização da vítima/agressor.			
14 (14,9%)	77 (81,9%)	3 (3,2%)	7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	15 (15,8%)	59 (62,1%)	20 (21,1%)
0	61 (64,9%)	33 (35,1%)	8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	49 (51,6%)	40 (42,1%)	5 (5,3%)
9 (9,6%)	81 (86,2%)	4 (4,3%)	9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	41 (43,2%)	39 (41,1%)	14 (14,7%)
14 (14,9%)	75 (79,8%)	5 (5,3%)	10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	21 (22,1%)	49 (51,6%)	24 (25,3%)
1 (1,1%)	75 (79,8%)	18 (19,1%)	11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	36 (37,9%)	49 (51,6%)	9 (9,5%)
3 (3,2%)	82 (87,2%)	9 (9,6%)	12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	42 (44,2%)	48 (50,5%)	5 (5,3%)
1 (1,1%)	83 (88,3%)	10 (10,6%)	13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	49 (51,6%)	44 (46,3%)	2 (2,1%)
6 (6,4%)	83 (87,2%)	6 (6,4%)	14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-	31 (32,6%)	57 (60,0%)	7 (7,4%)

			las e descrever o estado geral da vítima.			
6 (6,4%)	85 (90,4%)	3 (3,2%)	15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	27 (28,4)	57 (60,0%)	10 (10,5%)
10 (10,6%)	81 (86,2%)	3 (3,2%)	16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	21 (22,1%)	56 (58,9%)	17 (17,9%)
19 (20,2%)	73 (77,7%)	2 (2,1%)	17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	33 (34,7%)	44 (46,3%)	17 (17,9%)
8 (8,5%)	83 (88,3%)	3 (3,2%)	18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	42 (44,2%)	41 (43,2%)	12 (12,6%)
20 (21,3%)	72 (76,6%)	2 (2,1%)	19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	20 (21,1%)	53 (55,8%)	21 (22,1%)
3 (3,2%)	79 (84,0%)	12 (12,8%)	20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	55 (57,9%)	36 (37,9%)	4 (4,2%)

Na tabela 3, direcionada à agressão sexual, com 9 itens, é possível observar que, relativamente à executabilidade, a quase totalidade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada por pelo menos 81% dos participantes em todas as questões. O procedimento com maior taxa de execução foi o 24, trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável (13,8%).

Relativamente à perceção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 36% das questões: 24; 25; 26; e 27, com maior prevalência

no item 25, evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras (53,2%). A opção “desconhecia” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 36% das questões: 21; 22; 23; e 29. No item 28, efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados, ambas as opções foram escolhidas em igual proporção (44,7%). A resposta “conhecia com rigor” destacou-se no item 26, evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras (33,7%).

Tabela 3 - *Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na agressão sexual em função do procedimento*

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
0	86 (91,5%)	8 (8,5%)	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	53 (56,4%)	40 (42,6%)	1 (1,1%)
1 (1,1%)	83 (88,3%)	10 (10,6%)	21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	53 (56,4%)	40 (42,6%)	1 (1,1%)
1 (1,1%)	82 (87,2%)	11 (11,7%)	22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	54 (57,4%)	39 (41,5%)	1 (1,1%)
13 (13,8%)	77 (81,9%)	4 (4,3%)	23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	24 (25,5%)	48 (51,1%)	22 (23,4%)
10 (10,6%)	80 (85,1%)	4 (4,3%)	24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	15 (16,0%)	50 (53,2%)	29 (30,9%)
6 (6,4%)	80 (85,1%)	8 (8,5%)	25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	15 (16,0%)	47 (50,0%)	32 (33,7%)
8 (8,5%)	81 (86,2%)	5 (5,3%)	26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	16 (17,0%)	48 (51,1%)	30 (31,9%)
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			

2 (2,1%)	87 (92,6%)	5 (5,3%)	28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	42 (44,7%)	42 (44,7%)	10 (10,6%)
0	79 (84,0%)	15 (16,0%)	29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu. cortar a roupa.	54 (57,4%)	37 (39,4%)	3 (3,2%)

Relativamente à tabela 4, alusiva à documentação e análise de lesões, com 6 itens, é possível observar que também nesta área a maioria dos profissionais nunca executou os procedimentos descritos, com a opção “nunca executei” predominante em todos os itens. O item com maior taxa de execução foi o 32, documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias (42,7%). Por oposição, o item com maior número de respostas “nunca executei” foi o 33, detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita (87,2%).

Na percepção do conhecimento a maioria dos profissionais respondeu “conhecia vagamente”, com maior expressão também no item 32, seguida da opção “desconhecia”.

Tabela 4 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nas lesões em função do procedimento

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
22 (23,4%)	63 (67,0%)	9 (9,6%)	30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	15 (16,0%)	58 (61,7%)	21 (22,3%)
32 (34,0%)	53 (56,4%)	9 (9,6%)	31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	13 (13,8%)	56 (59,6%)	25 (26,6%)
42 (44,7%)	50 (53,2%)	2 (2,1%)	32. Documentar uma equimose pela cor, forma	12 (12,8%)	62 (66,0%)	20 (21,3%)

			e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.			
5 (5,3%)	82 (87,2%)	7 (7,4%)	33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	30 (31,9%)	57 (60,6%)	7 (7,4%)
15 (16,0%)	72 (76,6%)	7 (7,4%)	34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	28 (29,8%)	57 (60,6%)	9 (9,6%)
11 (11,7%)	80 (85,1%)	3 (3,2%)	35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	27 (28,7%)	60 (63,8%)	7 (7,4%)

Na categoria referente a armas brancas, com 8 itens, tabela 5, é possível verificar que, quanto à executabilidade, quase a totalidade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada por pelo menos 81,9% dos participantes, à exceção do item 40, preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele, em que a opção “já executei” foi selecionada por 77,7% dos participantes.

Relativamente à perceção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes, em 62,5% das questões: 39; 40; 41; 42; e 43, com ênfase para o item 41, em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las (70,2%). Já nas questões 36, 37 e 38 a opção “desconhecia” foi a mais selecionada pelos participantes.

Tabela 5 - *Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da perceção de conhecimento nas armas brancas em função do procedimento*

Executabilidade			Procedimento	Perceção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
1 (1,1%)	85 (90,4%)	8 (8,5%)	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	63 (67,0%)	28 (29,8%)	3 (3,2%)
			36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.			

1 (1,1%)	85 (90,4%)	8 (8,5%)	37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	67 (71,3%)	25 (26,6%)	2 (2,1%)
4 (4,3%)	83 (88,3%)	7 (7,4%)	38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	51 (54,3%)	41 (43,6%)	2 (2,1%)
11 (11,7%)	77 (81,9%)	6 (6,4%)	39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	31 (33,0%)	52 (55,3%)	11 (11,7%)
73 (77,7%)	15 (16,0%)	6 (6,4%)	40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	28 (29,8%)	54 (57,4%)	12 (12,8%)
11 (11,7%)	77 (81,9%)	6 (6,4%)	41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	20 (21,3%)	66 (70,2%)	8 (8,5%)
12 (12,8%)	78 (83,0%)	4 (4,3%)	42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	32 (34,0%)	56 (59,6%)	6 (6,4%)
6 (6,4%)	79 (84,0%)	9 (9,6%)	43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.	34 (36,2%)	49 (52,1%)	11 (11,7%)

Na área de lesões por armas de fogo, com 14 itens, tabela 6, é possível observar que, quanto à executabilidade, a quase totalidade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada por pelo menos 76,7% dos participantes. A opção “já executei” teve a maior ponderação no item 50, guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los (14,9%).

Em relação à percepção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 78,5% das questões: 44; 45; 46; 47; 49; 50; 51; 52; 54; 55; e 57,

com maior expressão no item 45, preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise (70,2%). A resposta “conhecia com rigor” destacou-se no item 44, garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma (27,7%).

Nas questões 48, 53, 56 a opção “desconhecia” foi a mais selecionada pelos participantes.

Tabela 6 - *Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nas armas de fogo em função do procedimento*

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
9 (9,6%)	78 (83,0%)	7 (7,4%)	44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	19 (20,2%)	49 (52,1%)	26 (27,7%)
9 (9,6%)	80 (85,1%)	5 (5,3%)	45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	18 (19,1%)	66 (70,2%)	10 (10,6%)
5 (5,3%)	81 (86,2%)	8 (8,5%)	46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	29 (30,9%)	58 (61,7%)	7 (7,4%)
12 (12,8%)	80 (85,1%)	2 (2,1%)	47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	26 (27,7%)	58 (61,7%)	10 (10,6%)
4 (4,3%)	85 (90,4%)	5 (5,3%)	48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	48 (51,1%)	37 (39,4%)	9 (9,6%)
4 (4,3%)	84 (89,4%)	6 (6,4%)	49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição	39 (41,5%)	51 (54,3%)	4 (4,3%)

			de resíduos de pólvora incombusta.			
14 (14,9%)	76 (80,9%)	4 (4,3%)	50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	22 (23,4%)	54 (57,4)	18 (19,1%)
13 (13,8%)	77 (81,9%)	4 (4,3%)	51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	33 (35,1%)	46 (48,9%)	15 (16,0%)
5 (5,3%)	72 (76,7%)	17 (18,1%)	52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	24 (25,5%)	58 (61,7%)	12 (12,8%)
1 (1,1%)	87 (92,6%)	6 (6,4%)	53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	48 (51,1%)	42 (44,7%)	4 (4,3%)
6 (6,4%)	83 (88,3%)	5 (5,3%)	54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	33 (35,1%)	56 (59,6%)	5 (5,3%)
3 (3,2%)	80 (85,1%)	11 (11,7%)	55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	41 (43,6%)	48 (51,1%)	5 (5,3%)
1 (1,1%)	81 (86,2%)	12 (12,8%)	56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	46 (48,9%)	42 (44,7%)	6 (6,4%)
1 (1,1%)	82 (87,2%)	11 (11,7%)	57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	30 (30,1%)	51 (54,3%)	13 (13,8%)

No que diz respeito à categoria de acidentes de viação, com 7 itens, tabela 7, é possível constatar que, quanto à executabilidade, mais de metade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada por pelo menos 50% dos participantes em todas as questões, à exceção do item 59, em vítimas de atropelamento documentar as lesões provocadas pelo veículo, em que 50% dos participantes selecionaram a opção “já executei”.

No que se refere à percepção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes, em 85,7% das questões: 58; 59; 60; 61; 62; e 64, com destaque também para o item 59 (66%). Já no item 63, ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente, a opção “desconhecia” foi selecionada por 47,9% dos participantes.

Tabela 7 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento nos acidentes de viação em função do procedimento

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
21 (22,38%)	70 (74,5%)	3 (3,2%)	58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	23 (24,5%)	60 (63,8%)	11 (11,7%)
47 (50,0%)	46 (48,9%)	1 (1,1%)	59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	8 (8,5%)	62 (66,0%)	24 (25,5%)
44 (46,8%)	47 (50,0%)	3 (3,2%)	60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	14 (14,9%)	53 (56,4%)	27 (28,7%)
23 (24,5%)	66 (70,2%)	5 (5,3%)	61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	27 (28,7%)	54 (57,4%)	13 (13,8%)
26 (27,7%)	66 (70,2%)	2 (2,1%)	62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.	34 (36,2%)	48 (51,1%)	12 (12,8%)

13 (13,8%)	70 (74,5%)	11 (11,7%)	63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	45 (47,9%)	41 (43,6%)	8 (8,5%)
13 (13,8%)	61 (64,9%)	20 (21,3%)	64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	36 (38,3%)	48 (51,1%)	10 (10,6%)

Na tabela 8, referente à intoxicação, com 9 itens, é possível verificar que, relativamente à executabilidade, mais de metade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada pela maioria dos participantes em todas as questões, com destaque para o item 69, antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada (96,8%).

Quanto à percepção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 66,6% dos procedimentos: 65; 66; 70; 71; 72; e 73, com maior expressão no item 65, cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente (68,1%). A opção “desconhecia” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 22,2% das questões: 67 e 69. Já na questão 68, as opções “conhecia vagamente” e “desconhecia” foram selecionadas pelo mesmo número de participantes.

Tabela 8 - Frequências Absolutas e Relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na intoxicação em função do procedimento

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)

31 (33,0%)	60 (63,8%)	3 (3,2%)	65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	14 (14,9%)	64 (68,1%)	16 (17,0%)
22 (23,4%)	68 (72,3%)	4 (4,3%)	66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	25 (26,6%)	57 (60,6%)	12 (12,8%)
4 (4,3%)	88 (93,6%)	2 (2,1%)	67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	57 (60,6%)	33 (35,1%)	4 (4,3%)
11 (11,7%)	81 (86,2%)	2 (2,1%)	68. Preservar os vestígios eméticos.	45 (47,9%)	45 (47,9%)	4 (4,3%)
0	91 (96,8%)	3 (3,2%)	69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	68 (72,3%)	25 (26,6%)	1 (1,1%)
18 (19,1%)	65 (69,1%)	11 (11,7%)	70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	35 (37,2%)	50 (53,2%)	9 (9,6%)
31 (33,0%)	62 (66,0%)	1 (1,1%)	71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	31 (33,0%)	46 (48,9%)	17 (18,1%)
0	84 (89,4%)	10 (10,6%)	72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	28 (29,8%)	58 (61,7%)	8 (8,5%)
11 (11,7%)	82 (87,2%)	1 (1,1%)	73. Colher e preservar amostras biológicas em	31 (33,0%)	52 (55,3%)	11 (11,7%)

Na tabela 9, relativa a asfíxia, com 13 itens em análise, é possível verificar que, quanto à executabilidade, mais de metade da amostra nunca executou a maioria dos procedimentos, tendo sido esta a opção selecionada por pelo menos 78,7% dos participantes em todas as questões, com maior expressão no item 81, perante uma alegada vítima de asfíxia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros (92,6%).

No que se refere à percepção do conhecimento, a opção “conhecia vagamente” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 53,8% das questões: 74; 75; 79; 82; 83; 84; e 86. A opção “desconhecia” foi a selecionada pela maioria dos participantes em 46,1% das questões: 76; 77; 78; 80; 81; e 85, com destaque para o item 77, documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado (54,3%).

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas da executabilidade e da percepção de conhecimento na asfíxia em função do procedimento

Executabilidade			Procedimento	Percepção do conhecimento		
Já executei n (%)	Nunca executei n (%)	Não se aplica n (%)		Desconhecia n (%)	Conhecia vagamente n (%)	Conhecia com rigor n (%)
1 (1,1%)	85 (90,4%)	8 (8,5%)	74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	42 (44,7%)	46 (48,9%)	6 (6,4%)
10 (10,6%)	73 (77,7%)	11 (11,7%)	75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	33 (35,1%)	42 (44,7%)	19 (20,2%)
4 (4,3%)	82 (87,2%)	8 (8,5%)	76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	49 (52,1%)	35 (37,2%)	10 (10,6%)
4 (4,3%)	81 (86,2%)	9 (9,6%)	77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	51 (54,3%)	31 (33,0%)	12 (12,8%)
4 (4,3%)	80 (85,1%)	10 (10,6%)	78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização,	50 (53,2%)	40 (42,6%)	4 (4,3%)

tamanho, profundidade e largura.						
8 (8,5%)	81 (86,2%)	5 (5,3%)	79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	39 (41,5%)	46 (48,9%)	9 (9,6%)
1 (1,1%)	80 (85,1%)	13 (13,8%)	80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.	47 (50,0%)	44 (46,8%)	3 (3,2%)
3 (3,2%)	87 (92,6%)	4 (4,3%)	81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	46 (48,9%)	42 (44,7%)	6 (6,4%)
4 (4,3%)	78 (83,0%)	12 (12,8%)	82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	41 (43,6%)	51 (54,3%)	2 (2,1%)
17 (18,1%)	74 (78,7%)	3 (3,2%)	83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	24 (25,5%)	55 (58,5%)	15 (16,0%)
7 (7,4%)	80 (85,1%)	7 (7,4%)	84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	40 (42,6%)	46 (48,9%)	8 (8,5%)
3 (3,2%)	82 (87,2%)	9 (9,6%)	85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento,	50 (53,2%)	37 (39,4%)	7 (7,4%)

			esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.			
13 (13,8%)	78 (83,0%)	3 (3,2%)	86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior detecção laboratorial de substâncias ilícitas.	33 (35,1%)	45 (47,9%)	16 (17,0%)

4.3 Frequência atribuída à prestação de assistência consoante o tipo de vítima, em cuidados na preservação de vestígios forenses

Para averiguar o tipo de vítimas de violência assistidas com mais frequência nos serviços de urgência, foi analisada a média de cada categoria (tabela 10), sendo que, a cada categoria, foi atribuído, pelos participantes, um valor de 1 a 8, sendo 1 o mais frequente e 8 o menos frequente. As vítimas de agressões físicas diretas, seguidas das vítimas de intoxicação e/ou envenenamento, são as mais frequentemente assistidas pelos participantes.

Tabela 10 - Estatística descritiva da prestação de assistência consoante o tipo de vítima

	n	M
Vítimas de violência sexual	63	5,349
Vítimas de agressões físicas diretas	86	1,616
Vítimas de agressões com arma branca	61	4,213
Vítimas de agressões com armas de fogo	57	5,404
Vítimas de estrangulamento ou asfixia	58	4,759
Vítimas de queimaduras provocadas	53	5,811
Vítimas de intoxicação e/ou envenenamento	69	2,855
Outro tipo de vítimas relevantes	15	7,467

4.4 Relação entre o género e a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre o género dos participantes e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, calculou-se um teste *t de student* para amostras independentes (tabela 11). Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis consoante o género: “Gestão de vestígios- executabilidade” ($t(90) = 1,342$; $p = 0,183$; $d = 0,307$), Gestão de vestígios- percepção do conhecimento” ($t(90) = 0,071$; $p = 0,943$; d

= 0,016), “Agressões sexuais- executabilidade” ($t(90) = 1,980$; $p = 0,051$; $d = 0,453$), “Agressões sexuais- percepção do conhecimento” ($t(90) = 0,113$; $p = 0,910$; $d = 0,026$), “Lesões- executabilidade” ($t(90) = 1,101$; $p = 0,320$; $d = 0,229$), “Lesões- percepção do conhecimento” ($t(90) = -0,639$; $p = 0,525$; $d = -0,146$), “Arma branca- executabilidade” ($t(90) = 0,571$; $p = 0,570$; $d = 0,131$), “Arma branca- percepção do conhecimento” ($t(90) = -0,213$; $p = 0,832$; $d = -0,049$), “Arma de fogo- executabilidade” ($t(90) = 0,471$; $p = 0,639$; $d = 0,108$), “Arma de fogo- percepção do conhecimento” ($t(90) = -0,932$; $p = 0,354$; $d = -0,213$), “Acidente de viação- executabilidade” ($t(90) = 1,518$; $p = 0,132$; $d = 0,348$), “Acidente de viação- percepção do conhecimento” ($t(90) = -1,032$; $p = 0,305$; $d = -0,236$), “Intoxicação- executabilidade” ($t(90) = 1,709$; $p = 0,091$; $d = 0,391$), “Intoxicação- percepção do conhecimento” ($t(90) = -0,520$; $p = 0,604$; $d = -0,119$), “Asfixia- executabilidade” ($t(90) = 0,240$; $p = 0,811$; $d = 0,055$), “Asfixia- percepção do conhecimento” ($t(90) = -0,566$; $p = 0,573$; $d = -0,130$).

Tabela 11 - Estatísticas de grupo e do teste *t* de student da executabilidade e percepção do conhecimento consoante o género

	Género	n	M	DP	t	p	d
Gestão de Vestígios Executabilidade	Masculino	27	21,963	3,868	1,342	,183	0,307
	Feminino	65	20,677	4,309			
Gestão de Vestígios Percepção do conhecimento	Masculino	27	16,444	8,464	,071	,943	,016
	Feminino	65	16,308	8,308			
Agressões Sexuais Executabilidade	Masculino	27	9,407	1,647	1,980	,051	,453
	Feminino	65	8,385	2,460			
Agressões Sexuais Percepção do conhecimento	Masculino	27	6,963	4,100	,113	,910	,026
	Feminino	65	6,862	3,848			
Lesões Executabilidade	Masculino	27	7,333	2,019	1,001	,320	,229
	Feminino	65	6,831	2,261			
Lesões Percepção do conhecimento	Masculino	27	5,333	2,842	-,639	,525	-,146
	Feminino	65	5,754	2,889			
Arma branca Executabilidade	Masculino	27	8,296	2,198	,571	,570	,131
	Feminino	65	7,969	2,616			
Arma branca Percepção do conhecimento	Masculino	27	4,963	3,240	-,213	,832	-,049
	Feminino	65	5,138	3,745			
Arma de fogo Executabilidade	Masculino	27	14,074	4,260	,471	,639	,108
	Feminino	65	13,662	3,633			
Arma de fogo Percepção do conhecimento	Masculino	27	9,667	6,811	-,932	,354	-,213
	Feminino	65	11,077	6,527			
Acidente de viação Executabilidade	Masculino	27	9,148	2,476	1,518	,132	,348
	Feminino	65	8,231	2,703			
Acidente de viação	Masculino	27	5,556	3,512	-,1032	,305	-,236

Percepção do conhecimento	Feminino	65	6,385	3,508			
Intoxicação Executabilidade	Masculino	27	10,741	2,212	1,709	,091	,391
	Feminino	65	9,954	1,924			
Intoxicação Percepção do conhecimento	Masculino	27	6,000	3,679	-,520	,604	-,119
	Feminino	65	6,462	3,953			
Asfixia Executabilidade	Masculino	27	12,852	2,811	,240	,811	,055
	Feminino	65	12,677	3,331			
Asfixia Percepção do conhecimento	Masculino	27	7,889	5,473	-,566	,573	-,130
	Feminino	65	8,692	6,466			

4.5 Relação entre as habilitações académicas e a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre as habilitações académicas dos participantes e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, calculou-se um teste *t de student* para amostras independentes (tabela 12). Os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis consoante as habilitações académicas: “Gestão de vestígios- executabilidade” ($t(91) = - 0,741$; $p = 0,460$; $d = - 0,209$), “Gestão de vestígios- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 1,044$; $p = 0,299$; $d = - 0,294$), “Agressões sexuais- executabilidade” ($t(91) = - 0,826$; $p = 0,411$; $d = - 0,233$), “Agressões sexuais- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 1,400$; $p = 0,165$; $d = - 0,395$), “Lesões- executabilidade” ($t(91) = - 0,324$; $p = 0,747$; $d = - 0,091$), “Lesões- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 0,866$; $p = 0,389$; $d = - 0,244$), “Arma branca- executabilidade” ($t(91) = - 0,704$; $p = 0,483$; $d = - 0,199$), “Arma branca- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 0,796$; $p = 0,428$; $d = - 0,225$), “Arma de fogo- executabilidade” ($t(91) = - 0,226$; $p = 0,821$; $d = - 0,064$), “Arma de fogo- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 0,765$; $p = 0,446$; $d = - 0,216$), “Acidente de viação- executabilidade” ($t(91) = 0,084$; $p = 0,934$; $d = 0,024$), “Acidente de viação- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 0,786$; $p = 0,434$; $d = - 0,222$), “Intoxicação- executabilidade” ($t(91) = - 0,384$; $p = 0,702$; $d = - 0,108$), “Intoxicação- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 0,778$; $p = 0,439$; $d = - 0,219$), “Asfixia- executabilidade” ($t(91) = - 0,774$; $p = 0,441$; $d = - 0,218$), “Asfixia- percepção do conhecimento” ($t(91) = - 1,427$; $p = 0,157$; $d = - 0,402$).

Tabela 12 - Estatísticas de grupo e do teste *t de student* da executabilidade e percepção do conhecimento consoante as habilitações académicas

	Habilitações académicas	n	M	DP	t	p	d
Gestão de Vestígios Executabilidade	Licenciatura	78	20,808	3,977	-,741	,460	-,209
	Mestrado	15	21,677	4,776			

Gestão de Vestígios Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	15,756	8,102	-1,044	,299	-,294
	Mestrado	15	18,133	7,936			
Agressões Sexuais Executabilidade	Licenciatura	78	8,551	2,271	-,826	,411	-,233
	Mestrado	15	9,067	1,870			
Agressões Sexuais Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	6,577	3,949	-1,400	,165	-,395
	Mestrado	15	8,067	2,604			
Lesões Executabilidade	Licenciatura	78	6,872	2,188	-,324	,747	-,091
	Mestrado	15	7,067	1,792			
Lesões Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	5,449	2,931	-,866	,389	-,244
	Mestrado	15	6,133	1,959			
Arma branca Executabilidade	Licenciatura	78	7,974	2,476	-,704	,483	-,199
	Mestrado	15	8,467	2,503			
Arma branca Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	4,936	3,637	-,796	,428	-,225
	Mestrado	15	5,733	3,035			
Arma de fogo Executabilidade	Licenciatura	78	13,756	3,825	-,226	,821	-,064
	Mestrado	15	14,000	3,780			
Arma de fogo Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	10,333	6,351	-,765	,446	-,216
	Mestrado	15	11,733	7,196			
Acidente de viação Executabilidade	Licenciatura	78	8,462	2,577	,084	,934	,024
	Mestrado	15	8,400	2,798			
Acidente de viação Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	5,962	3,540	-,786	,434	-,222
	Mestrado	15	6,733	3,150			
Intoxicação Executabilidade	Licenciatura	78	10,115	2,019	-,384	,702	-,108
	Mestrado	15	10,333	1,988			
Intoxicação Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	6,103	3,843	-,778	,439	-,219
	Mestrado	15	6,933	3,474			
Asfixia Executabilidade	Licenciatura	78	12,641	3,231	-,774	,441	-,218
	Mestrado	15	13,333	2,820			
Asfixia Percepção do conhecimento	Licenciatura	78	8,000	6,114	-1,427	,157	-,402
	Mestrado	15	10,467	6,221			

4.6 Relação entre a idade e a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre a idade e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, foram calculadas as correlações de *Pearson* (tabela 13).

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade e as categorias do QPVAVE.

Tabela 13 - Relação entre a idade e a executabilidade e percepção do conhecimento

Total das categorias do QPVAVE	Idade
Gestão de Vestígios – E.	-,024
Gestão de Vestígios – P.C.	,185
Agressões Sexuais – E.	-,065
Agressões Sexuais – P.C.	,247
Lesões – E.	,112
Lesões – P.C.	,024
Armas Brancas – E.	-,033
Armas Brancas – P.C.	,002
Armas de Fogo – E.	,036
Armas de Fogo – P.C.	,177
Acidente de Viação – E.	,120
Acidente de Viação – P.C.	,013
Intoxicação – E.	,154
Intoxicação – P.C.	,071
Asfixia – E.	,032
Asfixia – P.C.	,133

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

4.7 Relação entre a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses e o serviço de urgência

Realizou-se uma *One-way ANOVA* para estudar a relação entre a executabilidade e percepção do conhecimento e o SU dos participantes (tabela 14). A análise dos resultados mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a executabilidade e percepção do conhecimento das PF consoante o SU: “Gestão de vestígios- executabilidade” ($F(2, 91) = 5,147; p = 0,008; \eta^2 = 0,102$), “Gestão de vestígios- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 1,407; p = 0,250; \eta^2 = 0,030$), “Agressões sexuais- executabilidade” ($F(2, 91) = 1,826; p = 0,167; \eta^2 = 0,039$), “Agressões sexuais- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 5,244; p = 0,007; \eta^2 = 0,103$), “Lesões- executabilidade” ($F(2, 91) = 0,618; p = 0,541; \eta^2 = 0,013$), “Lesões- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,819; p = 0,444; \eta^2 = 0,018$), “Arma branca- executabilidade” ($F(2, 91) = 1,273; p = 0,285; \eta^2 = 0,027$), “Arma branca- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,632; p = 0,534; \eta^2 = 0,014$), “Arma de fogo- executabilidade” ($F(2, 91) = 4,803; p = 0,100; \eta^2 = 0,095$), “Arma de fogo- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 2,691; p = 0,073; \eta^2 = 0,056$), “Acidente de viação- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 3,452; p = 0,036; \eta^2 = 0,071$), “Intoxicação- executabilidade” ($F(2, 91) = 1,257; p = 0,289; \eta^2 = 0,027$), “Intoxicação- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 1,869; p = 0,160; \eta^2 = 0,039$), “Asfixia- executabilidade” ($F(2, 91) = 1,128; p = 0,328; \eta^2 = 0,024$), “Asfixia- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = -3,897; p = 0,024; \eta^2 = 0,079$).

Tabela 14 - Estatísticas de grupo e do teste ANOVA da executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses consoante o serviço de urgência

	SU	n	M	DP	F	p	η^2
Gestão de Vestígios Executabilidade	SUMC	67	21,836	3,175	5,147	,008	,102
	SUBA	21	18,667	5,877			
	SUBC	6	20,333	4,274			
Gestão de Vestígios Percepção do conhecimento	SUMC	67	16,045	8,132	1,407	,250	,030
	SUBA	21	18,381	8,121			
	SUBC	6	12,333	9,479			
Agressões Sexuais Executabilidade	SUMC	67	8,955	1,902	1,826	,167	,039
	SUBA	21	8,190	2,768			
	SUBC	6	7,500	3,674			
Agressões Sexuais Percepção do conhecimento	SUMC	67	6,537	3,803	5,244	,007	,103
	SUBA	21	8,905	3,129			
	SUBC	6	4,000	4,382			
Lesões Executabilidade	SUMC	67	7,015	2,121	,618	,541	,013
	SUBA	21	7,048	2,109			
	SUBC	6	6,000	3,098			
Lesões Percepção do conhecimento	SUMC	67	5,463	2,794	,819	,444	,018
	SUBA	21	6,286	2,759			
	SUBC	6	5,000	4,517			
Arma branca Executabilidade	SUMC	67	8,328	1,599	1,273	,285	,027
	SUBA	21	7,381	3,918			
	SUBC	6	7,667	3,882			
Arma branca Percepção do conhecimento	SUMC	67	5,313	3,689	,632	,534	,014
	SUBA	21	4,905	3,330			
	SUBC	6	3,667	2,944			
Arma de fogo Executabilidade	SUMC	67	14,567	3,272	4,803	,010	,095
	SUBA	21	12,095	4,122			
	SUBC	6	11,667	5,716			
Arma de fogo Percepção do conhecimento	SUMC	67	10,970	6,669	2,691	,073	,056
	SUBA	21	11,429	5,896			
	SUBC	6	4,833	5,115			
Acidente de viação Executabilidade	SUMC	67	8,940	2,610	3,452	,036	,071
	SUBA	21	7,619	2,179			
	SUBC	6	6,833	3,488			
Acidente de viação Percepção do conhecimento	SUMC	67	6,403	3,473	1,257	,289	,027
	SUBA	21	5,809	3,516			
	SUBC	6	4,167	3,251			
Intoxicação Executabilidade	SUMC	67	10,254	2,048	1,104	,336	,024
	SUBA	21	10,286	2,148			
	SUBC	6	9,000	,000			
Intoxicação Percepção do conhecimento	SUMC	67	6,403	3,738	1,869	,160	,039
	SUBA	21	6,857	4,139			
	SUBC	6	3,500	3,332			
Asfixia Executabilidade	SUMC	67	12,970	2,779	1,128	,328	,024
	SUBA	21	12,571	3,668			
	SUBC	6	11,000	4,899			
Asfixia	SUMC	67	8,089	5,903	-3,897	,024	,079

Percepção do conhecimento	SUBA	21	10,952	6,136
	SUBC	6	3,667	6,121

4.8 Relação entre a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses e a categoria profissional

Realizou-se uma *One-way ANOVA* para estudar a relação entre a executabilidade e percepção do conhecimento e a categoria profissional (tabela 15). A análise dos resultados mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a executabilidade e percepção do conhecimento das PF consoante a categoria profissional: “Gestão de vestígios-executabilidade” ($F(2, 91) = 0,773; p = 0,465; \eta^2 = 0,017$), “Gestão de vestígios- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,274; p = 0,761; \eta^2 = 0,006$), “Agressões sexuais-executabilidade” ($F(2, 91) = 0,956; p = 0,388; \eta^2 = 0,021$), “Agressões sexuais- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,282; p = 0,755; \eta^2 = 0,006$), “Lesões- executabilidade” ($F(2, 91) = 0,493; p = 0,613; \eta^2 = 0,011$), “Lesões- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,670; p = 0,514; \eta^2 = 0,015$), “Arma branca- executabilidade” ($F(2, 91) = 0,559; p = 0,574; \eta^2 = 0,012$), “Arma branca- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,185; p = 0,832; \eta^2 = 0,004$), “Arma de fogo- executabilidade” ($F(2, 91) = 1,648; p = 0,198; \eta^2 = 0,035$), “Arma de fogo- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,119; p = 0,888; \eta^2 = 0,003$), “Acidente de viação-executabilidade” ($F(2, 91) = 1,077; p = 0,345; \eta^2 = 0,023$), “Acidente de viação- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,693; p = 0,503; \eta^2 = 0,015$), “Intoxicação- executabilidade” ($F(2, 91) = 0,101; p = 0,904; \eta^2 = 0,002$), “Intoxicação- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = 0,620; p = 0,540; \eta^2 = 0,013$), “Asfixia- executabilidade” ($F(2, 91) = 0,131; p = 0,878; \eta^2 = 0,003$), “Asfixia- percepção do conhecimento” ($F(2, 91) = -0,833; p = 0,438; \eta^2 = 0,018$).

Tabela 15 - Estatísticas de grupo e do teste ANOVA da executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses consoante a categoria profissional

	Categoria profissional	n	M	DP	F	p	η^2
Gestão de Vestígios Executabilidade	Enfermeiro	73	20,753	4,242	,773	,465	,017
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	22,111	4,042			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	21,333	2,309			
Gestão de Vestígios Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	16,000	7,941	,274	,761	,006
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	17,611	9,989			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	16,667	4,933			
Agressões Sexuais Executabilidade	Enfermeiro	73	8,521	2,346	,956	,388	,021
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	9,333	2,058			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	9,000	,000			

Agressões Sexuais Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	6,753	3,982	,282	,755	,006
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	7,333	3,710			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	8,000	1,732			
Lesões Executabilidade	Enfermeiro	73	6,918	2,121	,493	,613	,011
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	7,278	2,109			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	6,000	,000			
Lesões Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	5,534	2,949	,670	,514	,015
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	6,167	2,526			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	4,333	1,528			
Arma branca Executabilidade	Enfermeiro	73	7,932	2,674	,559	,574	,012
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	8,611	1,614			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	8,333	,577			
Arma branca Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	5,055	3,403	,185	,832	,004
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	5,500	4,259			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	4,333	4,041			
Arma de fogo Executabilidade	Enfermeiro	73	13,452	3,625	1,648	,198	,035
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	15,111	4,431			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	15,333	2,309			
Arma de fogo Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	10,836	6,362	,119	,888	,003
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	10,000	7,844			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	11,000	2,646			
Acidente de viação Executabilidade	Enfermeiro	73	8,315	2,587	1,077	,345	,023
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	9,333	2,910			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	8,333	2,309			
Acidente de viação Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	6,109	3,470	,693	,503	,015
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	6,555	3,634			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	4,000	3,000			
Intoxicação Executabilidade	Enfermeiro	73	10,206	1,986	,101	,904	,002
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	10,167	2,307			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	9,667	1,155			
Intoxicação Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	6,466	3,812	,620	,540	,013
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	6,111	3,969			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	4,000	4,583			
Asfixia Executabilidade	Enfermeiro	73	12,712	3,344	,131	,878	,003
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	12,778	2,557			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	13,667	1,155			
Asfixia Percepção do conhecimento	Enfermeiro	73	8,849	6,255	,833	,438	,018
	Enfermeiro Especialista em Médico- Cirúrgica	18	7,333	5,657			
	Enfermeiro Especialista: outra área	3	5,333	6,807			

4.9 Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, foram calculadas as correlações de *Pearson* (tabela 16).

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional e as categorias do QPVAVE.

Tabela 16 - Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a percepção do conhecimento

Total das categorias do QPVAVE	Tempo de exercício profissional
Gestão de Vestígios – E.	-,014
Gestão de Vestígios – P.C.	,143
Agressões Sexuais – E.	,006
Agressões Sexuais – P.C.	,274
Lesões – E.	,109
Lesões – P.C.	,046
Armas Brancas – E.	-,015
Armas Brancas – P.C.	,055
Armas de Fogo – E.	,051
Armas de Fogo – P.C.	,140
Acidente de Viação – E.	,133
Acidente de Viação – P.C.	,010
Intoxicação – E.	,154
Intoxicação – P.C.	,013
Asfixia – E.	,080
Asfixia – P.C.	,083

** p < 0,01

* p < 0,05

4.10 Relação entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência ou emergência e a executabilidade e a percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre o tempo de exercício profissional no SU ou emergência e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, foram calculadas as correlações de *Pearson* (tabela 17).

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional no SU ou emergência e as categorias do QPVAVE.

Tabela 17 - Relação entre o tempo de exercício profissional e a executabilidade e a percepção do conhecimento

Total das categorias do QPVAVE	Tempo de exercício profissional no SU ou E
Gestão de Vestígios – E.	,915
Gestão de Vestígios – P.C.	,120
Agressões Sexuais – E.	,910
Agressões Sexuais – P.C.	,012
Lesões – E.	,059

Lesões – P.C.	,703
Armas Brancas – E.	,809
Armas Brancas – P.C.	,545
Armas de Fogo – E.	,787
Armas de Fogo – P.C.	,283
Acidente de Viação – E.	,166
Acidente de Viação – P.C.	,783
Intoxicação – E.	,212
Intoxicação – P.C.	,930
Asfixia – E.	,649
Asfixia – P.C.	,664

** p < 0,01

* p < 0,05

4.11 Relação entre a formação académica ou complementar em medicina legal e/ou ciências forenses e a executabilidade e percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre a formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e a executabilidade e percepção do conhecimento das PF, foi calculado um teste *t de student* para amostras independentes (tabela 18). Os resultados revelaram a existência de uma diferença estatisticamente significativa na variável “Gestão de vestígios - executabilidade”, entre os participantes com e sem formação académica ou complementar ($t(92) = 3,098$; $p = 0,003$; $d = 1,424$). Em relação às restantes categorias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas: “Gestão de vestígios- percepção do conhecimento” ($t(92) = 1,364$; $p = 0,176$; $d = 0,627$), “Agressões sexuais- executabilidade” ($t(92) = 0,920$; $p = 0,360$; $d = 0,423$), “Agressões sexuais- percepção do conhecimento” ($t(92) = 1,371$; $p = 0,174$; $d = 0,630$), “Lesões- executabilidade” ($t(92) = 1,103$; $p = 0,273$; $d = 0,507$), “Lesões- percepção do conhecimento” ($t(92) = -0,175$; $p = 0,862$; $d = -0,080$), “Arma branca- executabilidade” ($t(92) = 1,815$; $p = 0,073$; $d = 0,834$), “Arma branca- percepção do conhecimento” ($t(92) = 1,886$; $p = 0,063$; $d = 0,867$), “Arma de fogo- executabilidade” ($t(92) = 1,197$; $p = 0,234$; $d = 0,550$), “Arma de fogo- percepção do conhecimento” ($t(92) = 1,025$; $p = 0,308$; $d = 0,471$), “Acidente de viação- executabilidade” ($t(92) = 0,770$; $p = 0,443$; $d = 0,354$), “Acidente de viação- percepção do conhecimento” ($t(92) = 0,706$; $p = 0,482$; $d = 0,325$), “Intoxicação- executabilidade” ($t(92) = 0,022$; $p = 0,983$; $d = 0,010$), “Intoxicação- percepção do conhecimento” ($t(92) = -0,547$; $p = 0,585$; $d = -0,252$), “Asfixia- executabilidade” ($t(92) = 0,908$; $p = 0,366$; $d = 0,417$), “Asfixia- percepção do conhecimento” ($t(92) = 1,029$; $p = 0,306$; $d = 0,473$).

Tabela 18 - Estatísticas de grupo e do teste t de student para a executabilidade e percepção do conhecimento consoante a formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses

	Formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses	n	M	DP	t	p	d
Gestão de Vestígios Executabilidade	Sim	5	26,400	2,509	3,098	,003	1,424
	Não	89	20,730	4,036	4,720		
Gestão de Vestígios Perceção do conhecimento	Sim	5	21,200	9,203	1,364	,176	,627
	Não	89	16,056	8,159	1,223		
Agressões Sexuais Executabilidade	Sim	5	9,600	2,509	,920	,360	,423
	Não	89	8,640	2,258	,836		
Agressões Sexuais Perceção do conhecimento	Sim	5	9,200	3,347	1,371	,174	,630
	Não	89	6,775	3,869	1,562		
Lesões Executabilidade	Sim	5	8,000	2,549	1,103	,273	,507
	Não	89	6,898	2,153	,947		
Lesões Perceção do conhecimento	Sim	5	5,400	1,517	-,175	,862	-,080
	Não	89	5,629	2,901	-,308		
Arma branca Executabilidade	Sim	5	10,000	2,345	1,815	,073	,834
	Não	89	7,966	2,442	1,883		
Arma branca Perceção do conhecimento	Sim	5	8,000	2,345	1,886	,063	,867
	Não	89	4,955	3,558	2,732		
Arma de fogo Executabilidade	Sim	5	15,800	4,712	1,197	,234	,550
	Não	89	13,719	3,736	,971		
Arma de fogo Perceção do conhecimento	Sim	5	13,600	5,941	1,025	,308	,471
	Não	89	10,517	6,569	1,122		
Acidente de viação Executabilidade	Sim	5	9,400	3,435	,770	,443	,354
	Não	89	8,461	2,611	,602		
Acidente de viação Perceção do conhecimento	Sim	5	7,200	3,899	,706	,482	,325
	Não	89	6,067	3,469	,636		
Intoxicação Executabilidade	Sim	5	10,200	2,683	,022	,983	,010
	Não	89	10,179	1,992	,017		
Intoxicação Perceção do conhecimento	Sim	5	5,400	3,362	-,547	,585	-,252
	Não	89	6,371	3,879	-,623		
Asfixia Executabilidade	Sim	5	14,000	4,183	,908	,366	,417
	Não	89	12,685	3,095	,692		
Asfixia Perceção do conhecimento	Sim	5	11,200	5,215	1,029	,306	,473
	Não	89	8,292	6,187	1,200		

4.12 Relação entre a executabilidade e a percepção do conhecimento das práticas forenses

Para estudar a relação entre a executabilidade e a percepção do conhecimento das PF, foram calculadas as correlações de *Pearson*, cujos resultados se apresentam na tabela 19. Revelam padrões consistentes e estatisticamente significativos entre as variáveis de executabilidade e percepção do conhecimento, que permitem identificar relações relevantes entre as diversas áreas das práticas forenses.

Gestão de vestígios

A executabilidade nesta área apresenta correlações fracas, mas significativas, com a percepção do conhecimento na própria área ($r = 0,285$) e na de arma branca ($r = 0,294$), o que sugere que, embora a prática seja escassa, o conhecimento teórico pode influenciar ligeiramente a sua aplicação. Verifica-se ainda uma correlação moderada com áreas como agressões sexuais ($r = 0,555$), arma branca ($r = 0,693$) e arma de fogo ($r = 0,680$), o que pode indicar que os profissionais que executam práticas numa área tendem a executar também noutras com procedimentos semelhantes.

Agressões sexuais

A executabilidade nesta área correlaciona-se moderadamente com a de arma branca ($r = 0,531$) e asfixia ($r = 0,523$). A percepção de conhecimento apresenta correlações moderadas com outras áreas teóricas como lesões ($r = 0,581$), arma de fogo ($r = 0,617$) e asfixia ($r = 0,521$), o que indicia uma consistência no conhecimento teórico entre domínios forenses.

Lesões

A executabilidade mostra correlações fracas a moderadas com outras áreas, como arma branca ($r = 0,437$), arma de fogo ($r = 0,502$) e acidente de viação ($r = 0,549$). Já a percepção do conhecimento sobre lesões correlaciona-se de forma moderada com áreas como acidente de viação ($r = 0,612$) e intoxicação ($r = 0,593$), o que sugere uma transferência de conhecimento teórico entre áreas frequentemente associadas à atuação no SU.

Arma branca

A executabilidade apresenta uma forte correlação com a de arma de fogo ($r = 0,796$) e moderada com a de asfixia ($r = 0,640$), o que pode denotar práticas conjuntas ou perfis profissionais semelhantes nos casos em que essas situações ocorrem. A percepção do

conhecimento nesta área mostra-se fortemente correlacionada com a de arma de fogo ($r = 0,675$) e com a gestão de vestígios ($r = 0,707$), o que revela uma articulação teórica entre estas práticas forenses.

Arma de fogo

A executabilidade está fortemente associada à de arma branca e moderadamente à de asfixia ($r = 0,610$). A percepção do conhecimento nesta área também apresenta uma forte correlação com a de asfixia ($r = 0,711$) e com acidentes de viação ($r = 0,694$), o que aponta para uma estrutura de conhecimento comum entre estas áreas.

Acidente de viação

Esta área mostra correlações moderadas com a executabilidade de lesões ($r = 0,549$) e percepção de conhecimento em áreas como intoxicação ($r = 0,585$) e asfixia ($r = 0,596$). Estes resultados podem refletir a sobreposição de procedimentos ou a ocorrência simultânea de situações clínicas que exigem competências transversais.

Intoxicação

A executabilidade apresenta correlação fraca com a percepção do conhecimento na mesma área ($r = 0,432$), o que poderá indicar que o conhecimento teórico tem um impacto limitado na sua aplicação prática. A percepção de conhecimento, por outro lado, está moderadamente relacionada com a de asfixia ($r = 0,669$).

Asfixia

Esta área destaca-se pelas correlações moderadas com a executabilidade de outras áreas práticas (lesões, arma branca, arma de fogo, acidente de viação), o que sugere que, quando há experiência em situações críticas, ela tende a abranger múltiplas áreas. A percepção de conhecimento também apresenta fortes correlações com as áreas de arma de fogo ($r = 0,711$) e intoxicação ($r = 0,669$).

Globalmente, os resultados evidenciam que:

- As correlações entre executabilidade e percepção do conhecimento, embora presentes, tendem a ser fracas a moderadas, o que sugere que saber não é necessariamente sinónimo de saber fazer.
- A percepção do conhecimento mostra-se mais interligada entre si, o que poderá refletir uma base formativa comum, mas ainda pouco traduzida em competências práticas.

Tabela 19 - Correlações bivariadas de Pearson para o estudo da relação entre a executabilidade e a percepção do conhecimento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Gestão de Vestígios Executabilidade	-															
2. Gestão de Vestígios Percepção do conhecimento	,285*	-														
3. Agressões Sexuais Executabilidade	,555*	,028	-													
4. Agressões Sexuais Percepção do Conhecimento	,042	,587*	-,013	-												
5. Lesões Executabilidade	,434*	,263	,331*	,230	-											
6. Lesões Percepção do conhecimento	,041	,528*	-,039	,581*	,359*	-										
7. Arma branca Executabilidade	,693*	,056	,531*	,029	,437*	-,030	-									
8. Arma branca Percepção do conhecimento	,294*	,707*	,164	,579*	,282	,487*	,288*	-								
9. Arma de fogo Executabilidade	,680*	,167	,407*	,078	,502*	,076	,796*	,354*	-							
10. Arma de fogo Percepção do conhecimento	,209	,771*	-,015	,617*	,192	,493*	,077	,675*	,220	-						
11. Acidente de viação Executabilidade	,540*	,418*	,263	,141	,549*	,207	,379*	,378*	,496*	,291*	-					
12. Acidente de viação Percepção do conhecimento	,178	,692*	-,021	,497*	,239	,612*	,025	,614*	,155	,694*	,439*	-				
13. Intoxicação Executabilidade	,185	,243	,229	,184	,242	,198	,066	,243	,070	,220	,343*	,214	-			
14. Intoxicação Percepção do conhecimento	,001	,564*	-,075	,491*	,178	,593*	-,133	,471*	-,045	,646*	,237	,585*	,432*	-		
15. Asfixia Executabilidade	,490*	,144	,523*	,194	,434*	,072	,640*	,249	,610*	,108	,433*	,111	,344*	,044	-	
16. Asfixia Percepção do conhecimento	,020	,661*	-,101	,521*	,125	,478*	-,074	,513*	-,006	,711*	,127	,596*	,244	,669*	,024	-

** p < 0,01

* p < 0,05

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo pretende-se efetuar uma síntese integradora e uma análise crítica dos principais resultados obtidos no presente estudo, confrontado com evidências provenientes de investigações nacionais e internacionais, previamente desenvolvidas no mesmo domínio.

Os dados obtidos relativos à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, permitem constatar que a maioria dos participantes são do género feminino (69,1%), o que está em concordância com outros estudos, como os de Cruz (2017), Donaldson (2020), Gomes (2016), Mota et al. (2021) e Silva et al. (2020) e corrobora também com dados estatísticos da OE, que revelam que os membros ativos são maioritariamente constituídos por elementos do sexo feminino (OE, 2024). No que concerne à idade, têm idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos, com idade média de $36,87 \pm 8,57$ anos, em concordância com a grande expressividade neste grupo etário, entre os enfermeiros portugueses (OE, 2024). Também no estudo de Cruz (2017), realizado a uma amostra de 103 enfermeiros do SU de hospitais da região Centro de Portugal, os valores da média de idade \pm DP são $38,6 \pm 8,3$ anos. No estudo de Gomes (2016), com uma amostra de 128 enfermeiros do SU e /ou emergência, da mesma região de Portugal, verificou-se uma média \pm DP de $38,3 \pm 8,4$ anos. No estudo levado a cabo por Mota et al. (2021), com uma amostra de 403 enfermeiros portugueses, a média \pm DP de idade de é de $41,2 \pm 9,7$ anos.

No que concerne às habilitações académicas, a maioria da amostra (83%) possui licenciatura, 16 % Mestrado e 1% bacharelato, em concordância com os estudos de Cruz (2017) e Gomes (2016), e com os dados da OE (2024). No entanto no estudo de Mota et al. (2021), verifica-se uma maior taxa de enfermeiros que possuem Mestrado/ especialidade (44,9%).

Em relação à caracterização profissional, o tempo de exercício profissional, varia entre os 2 e os 37 anos, com experiência média de $13,20 \pm 8,18$ anos. Na categoria profissional 77,7% dos participantes são enfermeiros, 19,1% enfermeiros especialistas em EMC e 3,2% enfermeiros especialistas noutras áreas da enfermagem. Exercem funções no SUMC 71,3%, no SUB A 22,3% e no SUB C 6,4%. No que concerne à formação académica ou complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, os resultados apontam para uma baixa percentagem de enfermeiros com formação nesta área (5,3%). O estudo de Cruz (2017) evidenciou que 6,8% dos participantes tinham realizado formação neste âmbito e o de Gomes (2016) revelou uma percentagem ainda menor percentagem (2,3%). Machado et al. (2019) e Mota et al. (2021)

destacam o facto de os cursos de enfermagem, não integrarem de forma sistemática a EF nos seus currículos.

A análise dos dados obtidos revela uma realidade transversal a outros contextos de prestação de cuidados de saúde: a EF, reconhecida como uma área emergente e necessária, ainda não se encontra devidamente incorporada na prática clínica dos enfermeiros dos SU.

De acordo com o Regulamento n.º 728/2021 da OE, a EF pressupõe CE, que permitam articular o cuidado clínico com os aspetos legais e investigativos associados a situações de violência, abuso, morte suspeita ou catástrofes. Esta atuação passa pela identificação, recolha, preservação e documentação rigorosa de vestígios com relevância forense, ações que, conforme os resultados demonstraram, são raramente executadas pelos enfermeiros inquiridos. A predominância das respostas “nunca executei” e “conhecia vagamente” em praticamente todas as áreas avaliadas reforça a existência de um hiato preocupante entre o que é esperado e o que se pratica.

Este cenário é também amplamente reconhecido na literatura científica nacional. No estudo levado a cabo por de Barros et al. (2020) é referido que, embora a EF esteja em ascensão, a sua prática enfrenta entraves significativos, desde o desconhecimento até à falta de formação institucionalizada. Em concordância, o estudo de Mota et al. (2021) destaca que, mesmo entre enfermeiros portugueses, há lacunas profundas entre o conhecimento teórico adquirido e a capacidade de aplicação prática, reflexo de uma formação inicial incompleta e da escassez de oportunidades de capacitação continuada.

Os resultados do presente estudo revelaram que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas na relação entre executabilidade e perceção do conhecimento, nas diferentes categorias do QPVAVE, consoante o género, a idade, as habilitações académicas, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional no SU.

A escassez de correlações fortes entre perceção do conhecimento e executabilidade é relevante. Machado et al. (2019) e Mota et al. (2021) evidenciam que os cursos de enfermagem, mesmo em instituições de ensino superior em Portugal, não integram de forma sistemática a EF nos seus currículos, o que limita a preparação dos profissionais para contextos com implicações legais. Este distanciamento entre conhecimento e prática confirma-se nos dados obtidos neste estudo e reforça a urgência de intervenção formativa e institucional.

O SU, frequentemente o primeiro ponto de contacto das vítimas com o sistema de saúde, confere aos enfermeiros numa posição estratégica, como elementos chave na preservação da

cadeia de custódia e no encaminhamento das vítimas para estruturas de apoio (Gomes, 2021). No entanto, os dados apontam para uma atuação aquém do necessário, com fraca participação dos profissionais na recolha e preservação de vestígios, apesar de estes serem descritos por Citolin et al. (2024) e Silva et al. (2022) como cruciais em contextos de violência física, sexual ou interpessoal, o que corrobora com os resultados da presente investigação. Além disso, a falta de domínio sobre os procedimentos de documentação compromete não apenas a qualidade assistencial, mas também a validade legal da prova recolhida. A DGS (2020) propôs a uniformização do registo clínico em situações de violência, através de formulários específicos. A fraca execução destes instrumentos, observada no estudo de Neves et al. (2021) sugere que a sua implementação ainda é deficitária, quer por ausência de conhecimento dos profissionais, quer por falta de integração nos sistemas e fluxos clínicos dos SU.

A cadeia de custódia é um conceito central da PF. Como salienta Gomes (2021), a integridade da prova depende de ações técnicas rigorosas como a identificação, recolha, etiquetagem e armazenamento adequado dos vestígios. Os resultados desta investigação indicam que a maioria dos enfermeiros não realiza essas ações, o que sugere ausência de formação prática específica. Autores como de Farias et al. (2023), Silva et al. (2022) e de Souza Azevedo et al. (2025) reforçam que falhas na cadeia de custódia não são apenas operacionais, mas sim estruturais, com potencial compromisso da justiça e da proteção das vítimas.

Os enfermeiros possuem responsabilidade ética e legal de sinalizar casos suspeitos de violência, especialmente tratando-se de crimes públicos, conforme definido pela DGS (2016). Todavia, esse dever só pode ser cumprido quando o profissional possui competências para reconhecer sinais clínicos e comportamentais, e sabe como documentá-los corretamente, o que, face aos resultados, nem sempre acontece. Estudos como o de dos Santos et al. (2019) e dos Santos e Reppetto (2023) destacam que a ausência de formação prática prejudica diretamente a identificação precoce e a preservação dos vestígios, com impactos sociais, legais e clínicos graves.

Além dos aspetos técnico-legais da EF, a dimensão ética, relacional e centrada na vítima, é fundamental. A atuação nesses contextos exige empatia, privacidade, comunicação sensível e respeito pela dignidade da vítima, que se encontra fragilizada emocional e psicologicamente. Medeiros et al. (2024) reforçam que a abordagem forense deve ser integrada e humanizada, contemplando o apoio psicológico, a escuta ativa e o encaminhamento adequado para redes de proteção, o que exige preparação específica por parte dos profissionais.

Por fim, a análise das correlações entre as diferentes áreas da executabilidade e da percepção do conhecimento revela que enfermeiros que demonstram maior capacidade de intervenção forense tendem a replicá-la noutras áreas, como arma de fogo, asfixia ou violência sexual. Isso sugere que um pequeno subgrupo de profissionais mais experientes ou motivados assume estas práticas de forma transversal, como discutido por Xavier et al. (2024). Embora essa constatação seja positiva, ela reforça também a desigualdade no acesso à formação e oportunidades práticas dentro da equipa de enfermagem. A atuação forense, por ser crítica, não pode depender da motivação individual, mas sim ser prevista e estruturada pelas políticas institucionais de saúde e educação.

Estes resultados demonstram a urgência de:

- Revisão dos currículos de formação inicial em enfermagem, com a integração de conteúdos específicos de EF;
- Implementação de programas de formação contínua e simulações práticas, centradas na recolha, preservação e documentação de vestígios;
- Criação de protocolos institucionais claros, com integração de formulários de registo forense nos sistemas clínicos eletrónicos;
- Designação de enfermeiros de referência em EF nos SU, que possam atuar como recursos e dinamizadores internos;
- Promoção da literacia legal e ética associada ao cuidado forense, de modo a reforçar a proteção dos direitos da vítima.

Em síntese, a presente investigação confirma que a prática da EF no SU ainda se encontra muito aquém das exigências clínicas, éticas e legais. A ausência de competências práticas, aliada a uma percepção de conhecimento insuficiente, revela uma necessidade clara de intervenção formativa e organizacional estruturada, que assegure que os enfermeiros possam exercer o seu papel forense com rigor, competência e humanidade.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A investigação desenvolveu-se a partir dos objetivos previamente delineados, que orientaram a construção de um conhecimento considerado relevante no âmbito do estudo, que culminou nas conclusões agora apresentadas.

Os resultados desta investigação permitem concluir que os enfermeiros a exercer funções nos SU apresentam lacunas significativas, tanto ao nível da executabilidade como da perceção do conhecimento das PF. A análise das diferentes áreas abordadas – gestão de vestígios, agressões sexuais, lesões, intoxicações, acidentes de viação, asfíxias, e lesões provocadas por armas brancas ou de fogo – revelou uma baixa frequência de execução dos procedimentos forenses, com a opção “nunca executei” predominante na maioria dos itens avaliados. A perceção do conhecimento é, de forma recorrente, reportada como vaga ou mesmo inexistente, o que reflete uma fraca literacia forense entre os profissionais inquiridos. Ainda que em algumas áreas se verifiquem níveis ligeiramente mais elevados de conhecimento teórico, estes não se traduzem, na generalidade, em competências práticas aplicadas.

O perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU, não evidenciaram correlações estatisticamente significativas com a perceção do conhecimento e a executabilidade das PF.

As correlações de *Pearson* entre a perceção do conhecimento das PF dos enfermeiros do SU e a sua executabilidade evidência de que, embora existam associações positivas entre ambas, são na sua maioria fracas a moderadas, o que indica que o domínio teórico não se converte, por si só, em capacidade de execução, e vice-versa. Este desfasamento, evidência a existência de lacunas formativas, quer na formação de base, quer no desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros no contexto forense.

Face a estes resultados, torna-se imperativo o reforço da formação específica e contínua em EF, bem como a implementação de protocolos institucionais claros e oportunidades práticas supervisionadas que favoreçam a consolidação de competências, no sentido de proporcionar uma resposta adequada, segura e legalmente fundamentada dos enfermeiros do SU perante situações com implicações médico-legais, com a garantia da qualidade dos cuidados prestados e a devida proteção das vítimas.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório versa sobre os diversos aspetos constituintes da trajetória de aprendizagem desenvolvida ao longo deste percurso formativo, com destaque para a reflexão crítica sobre a prática como elemento central para o aprimoramento das competências profissionais e para o desenvolvimento de uma atuação fundamentada com base na evidência.

Os cuidados de saúde e, em particular neste contexto, os cuidados de enfermagem, assumem uma crescente relevância, e estão implícitos níveis elevados de competência técnica e científica. A diferenciação profissional e a especialização constituem-se como tendências emergentes e progressivamente consolidadas, conforme os referenciais da OE. No âmbito da prestação de cuidados especializados à PSC, torna-se imperativo o domínio das CE (OE, 2018), orientadas para a intervenção junto da pessoa e da família que experienciam processos clínicos complexos, com potencial ameaça das funções vitais, que exigem respostas rápidas, eficazes e eficientes, sustentadas por um conhecimento técnico-científico aprofundado e atualizado.

A elaboração deste documento constituiu um importante momento de análise e reflexão, na esfera pessoal e profissional, de todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso, com a evidência da evolução e da aquisição de competências, sustentadas na interligação da teoria com a prática e do seu reflexo no crescimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. A base teórico-prática, adquirida nas diferentes unidades curriculares desta etapa formativa, consolidada com as oportunidades vivenciadas nos diferentes CPC, sustentou a capacidade de reflexão e atuação, em conformidade com as respetivas CC (OE, 2019) e com as CE (OE, 2018). O conhecimento das áreas físicas, dos materiais e equipamentos e do modo de funcionamento de cada serviço, a integração nas diferentes equipas de enfermagem e equipas multidisciplinares, a relação instituída com o doente e familiares ou cuidadores, a reflexão em todas as oportunidades e experiências práticas ao longo dos estágios a identificação de eventuais ameaças ou elementos com potencial de melhoria na segurança do doente e na qualidade dos cuidados, que nortearam a proposta de algumas atividades teórico-práticas, que foram aceites e consideradas pertinentes, e realizadas nos diferentes campos de estágio, revestiram-se de especial importância na aquisição das referidas competências e no consistente processo de formação neste âmbito.

Todo este processo culminou com a realização de um trabalho de investigação, onde se associaram dois pontos com robusta importância, por um lado o desenvolvimento de

competências na área de investigação, por outro desenvolvimento de um estudo numa área emergente, com reconhecido destaque, com potencial de melhorar/modificar muitas vidas, e com especial relevância no âmbito das competências EMCPSC. Foi ainda elaborado um artigo, “Perceção do Conhecimento e Executabilidade das Práticas Forenses de Enfermeiros do Serviço de Urgência”, que foi submetido à revista *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* (ANEXO VIII).

Perante o exposto, com a elaboração deste relatório consideram-se atingidos todos os pressupostos, estabelecidos até ao momento, para este processo formativo, que culminará com a defesa pública do mesmo. A responsabilidade inerente à aquisição das competências em análise, alia-se ao compromisso da continuidade do processo formativo, na perspetiva da melhoria do desempenho profissional individual e do mesmo estímulo nos pares, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de excelência à PSC e à sua família ou cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albishri, S. B., Albednah, F. A., Alenazi, N. S., Alsubaie, N. E., & Elserafy, O. S. (2023). National assessment of emergency staff level of practice in the management of forensic evidence. *Forensic sciences research*, 8(3), 265–273. <https://doi.org/10.1093/fsr/owad024>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV]. (2023). *Estatísticas APAV*. https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas/estatisticas
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2025). *Estatísticas APAV*. <https://apav.pt/estatisticas-apav-totais-nacionais-2024/>
- Bemposta, M. C., Fernandes, S. M., Fernandes, A. C., Afonso, S. C., Rodrigues, P. A., & Magalhães, C. P. (2024). Ativação da via verde coronária num serviço de urgência do norte de Portugal: Um estudo descritivo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), e31282. <https://doi.org/10.12707/RVI23.66.31282>
- Çelik, P., Çelik, Ş., Hastaoğlu, F., & Mollaoğlu, M. (2024). Multicenter evaluation to determine the deficiencies of emergency nurses in forensic case management. *International emergency nursing*, 74, 101440. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101440>
- Citolin, M. O., Vargas, M. A. D. O., Santos, D. G., Hilleshein, A. G., Brasil, G., & Ramos, F. R. S. (2024). Atendimento às vítimas de violência no serviço de emergência na perspectiva da enfermagem forense. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4137. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6780.4138>
- Conselho da Europa. (1997). *Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina*. Oviedo. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática* (2.^a edição). Almedina.
- Cruz, C.M.P.C. (2017). *Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses* [Master's thesis, Escola Superior de

Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Aberto de Portugal.
<https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

de Barros, M. C., dos Santos, J. A., dos Santos, F. B., Nunes, J. G. S., & Chiarato, T. D. (2020). Enfermagem Forense: Uma Especialidade em Ascensão. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 10(edespenf), 40–43.
<https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/1118>

de Farias, W. S., Mesquita, É. de O. S., Farias, M. E. de S. e S., Andrade, E. de A., Soares, A. da S. B., Barbosa, G. M., Arruda, M. C., & Nova, M. X. V. (2023). Enfermagem forense: A contribuição do enfermeiro na urgência e emergência para manutenção da cadeia de custódia. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, 6(6), 28839–28847.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-178>

de Souza Azevedo, L. M., da Silva, U. P., & de Farias, W. S. (2025). A importância da Enfermagem Forense na manutenção e preservação da cadeia de custódia. *Cognitionis Scientific Journal*, 8(1), e610. <https://doi.org/10.38087/2595.8801.610>

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, nº101. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Decreto-Lei n.º 102/2023 de 07 de novembro da Presidência do Conselho de Ministros (2023). Diário da República: I série, nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: II série, nº153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, nº187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma n.º 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (atualizada a 31/10/2013). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

- Direção Geral da Saúde. (2015). Precauções baseadas nas vias de transmissão (PBVT): Formação: Abordagem teórica. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aosantimicrobianos/materiais-formativos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Guia Prático. *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa. Portugal. https://www.dgs.pt/accaodesaudeparacriancasejovensemrisco/ficheirosexternos/violencia_interpessoal-pdf.asp
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 007/2019. Higiene das mãos nas unidades de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Registo Clínico de Violência em Adultos – Guia Prático*. Lisboa. Portugal. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/registo-clinico-de-violencia-em-adultos-guia-pratico.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 012/2022. Via Verde do Trauma no Adulto. http://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 019/2015: Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Atualizada em 29 de agosto de 2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 020/2015: “Feixe de intervenções” de prevenção da infeção do local cirúrgico (Atualizada em 17 de novembro de 2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015: Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (Atualizada em 17/11/2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 022/2015: “Feixe de intervenções” para a prevenção de infeção relacionada com o cateter vascular central (Atualização de 29 de agosto de 2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma n.º. 004/2023: Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
- Donaldson A. E. (2020). New Zealand emergency nurses knowledge about forensic science and its application to practice. *International emergency nursing*, 53, 100854. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100854>
- dos Santos, A. A., Freitas, J., Ferreira, M. B., Conceição, V. L. S., & Alves, D. M. C. (2019). Estado da arte da Enfermagem Forense no cenário atual da saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (27), e1015. <https://doi.org/10.25248/reas.e1015.2019>
- dos Santos, C. L. M., & Reppetto, M. A. (2023). Assistência da enfermagem forense na coleta e preservação de vestígios periciais. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, 13(41), 732–737. <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.732-737>
- Dubash, R., Govindasamy, L.S., Bertenshaw, C., Ho, H.J. (2021). Debriefing in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 922-924. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13855>
- Gesser, A. M., dos Santos, M. S., & Gambetta, M. V. (2021). Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*, 7(11), 103334–103345. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>

- Gonçalves, L. M. C. (2022). *Enfermagem Forense no Serviço de Urgência: Construção e Validação de um Protocolo de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde Politécnico de Leiria]. Repositório Científico Aberto de Portugal. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/7982>
- Gomes, C. I. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: Conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/81407>
- Gomes, A. (2021). Enfermagem Forense o serviço de Urgência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem de Urgência e Emergência*, (1.^a ed.) (pp. 401-410). Lidel.
- Gonçalves, L. M. C. (2022). *Enfermagem Forense no Serviço de Urgência: Construção e Validação de um Protocolo de Recolha e Preservação de Vestígios Forenses* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde Politécnico de Leiria]. Repositório Científico Aberto de Portugal. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/7982>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no serviço de urgência: Manual de serviço* (2.^a ed.).
- Lei nº12/93 de 22 de abril. (1993). Diário da República n.º 94/1993, Série I-A, páginas 1961 – 1963. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1993-66365533-66365585>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I Série, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Machado, B. P., Araújo, I. M. B. D., & Figueiredo, M. D. C. B. (2019). Enfermagem forense: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, (22), 43–50. <https://doi.org/10.12707/RIV19028>
- Madureira-Carvalho, Á., Gomes, N. G. M., Dias-da-Silva, D., Azevedo, R. M. S., Fernandes, L. M., Dinis-Oliveira, R. J., Caldas, I. M. (2023). O Código de Ética e Conduta dos Peritos Forenses: Um Enquadramento da Associação Portuguesa de Ciências Forenses. *Forensic Sciences*, 3, 169-178. <https://doi.org/10.3390/forensicsci3010013>

- Medeiros, T. P. G., Giuliani, C. D., Eugênio, A. P., Jiticovski, A. F. M., Santos, M. C. S. dos, & Moura-Ferreira, M. C. de. (2024). Enfermagem Forense: Conhecendo a violência contra a mulher e as ações de promoção em saúde. *Revista Sustinere*, 12, 16–23. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2024.80210>
- Meleis, A. I., Dean, M. B. S. (2012). THEORETICAL NURSING Development and Progress. *Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins*. Fifth Edition.
- Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, (9e), 149–160. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25287>
- Neves, A. M. O., Werneck, A. L., & Ferreira, D. L. M. (2021). Enfermagem forense na notificação compulsória de violência doméstica em unidades de urgência e emergência. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(12), e548101220666. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20666>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março. Diário da República: II série, nº 48. 5948 – 5952. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (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 pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República: II série n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: II Série, n.º 26, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.* Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República: II Série, n.º 184, 128-155. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoesparaestagiogerelatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense.* Regulamento n.º 728/2021 de 5 de agosto. Diário da República n.º 151, 2.ª série. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/competencia-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-forense/>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Estatística de Enfermeiros.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Médicos [OM]. (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva.* <https://www2.ordemdosmedicos.pt/documento-orientador-de-formacao-em-medicina-intensiva-2018-dofmi-2018/>

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI]. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023.* https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doentecritico2023versaoCEMI_OM_3.pdf

- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., & Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec 5), 137-145. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.13.00337>
- Resolução do Conselho de Ministros nº 1/2022 de 5 de janeiro. (2022). Diário da República: I Série, n.º 3, 7–19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/1-2022-177088074>
- Silva, J.O.M., Santos, L.F.S, Santos, S.M.S, Silva, D.P, Santos, V. S., & Melo, C.M. (2020). Preservation of Forensic Evidence by Nurses in a Prehospital Emergency Care Service in Brazil. *Journal of trauma nursing*, 27(1), 58-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31895321/>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, L. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: Revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30(e3593), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>
- Sousa, D. A. (2021). 2022: Novos desafios, esperança renovada. *Revista Informativa da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral*, (18), 4. <https://spavc.org/trabalhos-publicacoes/revista-stroke-pt/>
- Unidade Local de Saúde [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (2024). *Plano de Atividades de Enfermagem: Serviço de Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos*. Unidade Local de Saúde [REDACTED].
- Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2024). *Plano de Atividades de Enfermagem: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*. Unidade Local de Saúde [REDACTED].
- Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2024). *Regulamento Interno*. Unidade Local de Saúde [REDACTED].
- Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2024). *Relatório Institucional 2023 – Prevenção da Violência no Setor da Saúde*. Unidade Local de Saúde [REDACTED].

- Unidade Local de Saúde [REDACTED]. (2025). *Plano de Atividades de Enfermagem: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico*. Unidade Local de Saúde [REDACTED].
- Vasconcelos, P. (2019). *Manual Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico* (1 ed.). Ocean Medical.
- Veríssimo, C. M. M. C. (2021). *Relatório de Estágio Enfermagem Forense no Serviço de Urgência Geral: Promover Uniformização de Cuidados na Recolha e Preservação de Vestígios* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/77232>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O processo de construção do conhecimento* (3ªed). Edições Silabo, Lda.
- Xavier, R. V., Morais, M. V. F., & Andrade, H. S. (2024). Atuação dos profissionais da enfermagem na área forense. *Saúde (Santa Maria)*, 50(1), 1-30. <https://doi.org/10.5902/2236583484791>

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Comprovativo dos Projetos de Melhoria Contínua Elaborados



Exma. Enfermeira Diretora – [REDACTED]

C/C Exma. Diretora do Serviço de Medicina Intensiva – [REDACTED]

C/C Exma. Enfermeira Gestora do Serviço de Medicina Intensiva – [REDACTED]

Apresentamo-nos como um grupo de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Encontramo-nos no segundo ano deste ciclo de estudos a realizar os ensinamentos clínicos preconizados, onde a vertente de Cuidados Intensivos foi realizada na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) da Unidade [REDACTED] da Unidade Local de Saúde (ULS) [REDACTED].

Como alunos integrantes deste projeto, para além de mestrandos, somos enfermeiros funcionários desta ULS, onde 3 dos seus elementos integram a equipa do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica do Hospital de [REDACTED] e 2 do Serviço de Urgência Básica do Hospital de [REDACTED].

Assim, por forma a dar resposta aos objetivos instituídos pela escola e em concordância com a gestão do serviço, surgiu a proposta de realização de um projeto de melhoria contínua sobre um problema previamente identificado pelos colaboradores do serviço e corroborado por nós. Tendo sido já previamente identificado, já foram efetuadas internamente tentativas de melhoria, mas sem uma monitorização e caracterização efetiva e devidamente fundamentada.

Após análise da literatura existente sobre esta problemática, e tratando-se de um tema atual e com merecida atenção pela literatura, propomos a realização de uma intervenção no serviço, que se inicia pela aquisição de um equipamento que tem a capacidade de sinalização, avaliação, monitorização e registo dos níveis de ruído sonoro, para posterior análise e aplicação de intervenções em conformidade.

Vimos por este meio pedir diferimento deste projeto, cuja matriz de “Projetos de Melhoria Continua” da instituição se anexa.

Disponíveis para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

O Grupo de Trabalho

*300 do Deus da Silva Nomes
Silviana Pinto Sampaio Alves
Rita Pinto Basto*

Assinado por: **VÂNIA PATRÍCIA FERREIRA MOREIRA**
Num. de Identificação: BI14790169
Data: 2024.12.14 19.47.43 GMT Standard Time




Assinado por: **VÍTOR MIGUEL BRITO CALDAS**
Num. de Identificação: BI14214873
Data: 2024.12.05 15.34.12 GMT Standard Time



**Ruído Sonoro no Serviço de Medicina
Intensiva**
**Melhoria da Segurança do Doente e da
Qualidade dos Cuidados**

Projeto de melhoria contínua

Serviço de Medicina Intensiva
Unidade Local de Saúde 

Elaborado por:


Mestrando João de Deus da Silva Nunes

Mestranda Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves

Mestranda Rita Pinto Basto

Mestranda Vânia Patrícia Ferreira Moreira

Mestrando Vitor Miguel Brito Caldas

 novembro de 2024

Exma. Enfermeira Diretora - [REDACTED]

C/C Exma. Diretora do Serviço do Serviço de Urgência - [REDACTED]

C/C Exma. Enfermeira Gestora do Serviço de Urgência - [REDACTED]

Apresentamo-nos como um grupo de estudantes do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Encontramo-nos no segundo ano deste ciclo de estudos a realizar os ensinamentos clínicos preconizados, onde a vertente de Serviço de Urgência foi realizada no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade [REDACTED] da Unidade Local de Saúde (ULS) [REDACTED]

Como alunos integrantes deste projeto, para além de mestrandos, somos enfermeiros funcionários desta ULS, onde 3 dos seus elementos integram a equipa do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica do [REDACTED] e 2 do Serviço de Urgência Básica do Hospital d [REDACTED]

Assim, por forma a dar resposta aos objetivos instituídos pela escola e em concordância com a gestão do serviço, surgiu a proposta de realização de um projeto de melhoria contínua sobre um problema identificado por nós, no âmbito deste estágio.

Após análise da literatura existente sobre esta problemática, e tratando-se de um tema atual e com merecida atenção pela literatura, propomos a realização de uma intervenção, que passa pela inclusão do Enfermeiro Especialista EMCPSC no planeamento e na estrutura de comando do Plano de Emergência, entidade responsável pela sua atualização e reestruturação.

Vimos por este meio pedir diferimento deste projeto, cuja matriz de “Projetos de Melhoria Contínua” da instituição se anexa.

Disponíveis para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

O Grupo de Trabalho

João de Deus da Silva Nunes
Vitor Miguel Brito Caldas
Rita Pinto Basto

Assinado por: Vitor Miguel Brito Caldas
Num. de Identificação: BI14214873
Data: 22-02-2025 23:53:44 +00:00



Assinado por: VÂNIA PATRÍCIA FERREIRA
MOREIRA
Num. de Identificação: BI14790169
Data: 2025.03.01 14:51:45 GMT Standard Time





Plano de Emergência e Catástrofe

O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC)

Melhoria da Segurança do Doente e da Qualidade dos Cuidados

Projeto de melhoria contínua

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Unidade Local de Saúde

Elaborado por:

Mestrando João de Deus da Silva Nunes

Mestranda Liliana Marisa Pinto Sampaio

Alves


Mestranda Rita Pinto Basto

Mestranda Vânia Patrícia Ferreira Moreira

Mestrando Vítor Miguel Brito Caldas

fevereiro de 2025

APÊNDICE II – Comprovativo das Instruções de Trabalho Elaboradas

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]	MINISTÉRIO DA SAÚDE Unidade Local de Saúde [REDACTED]	IT. [REDACTED]
Instrução de Trabalho – Terapia Inalatória no Serviço de Cardiologia/ UCIC		

1 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCIC da ULS [REDACTED].

2 - SIGLAS E ABREVIATURAS

CE - Câmaras Expansoras

DGS - Direção Geral da Saúde

DPI - Inaladores de Pó Seco (Dry Powder Inhaler)

IT – Instrução de Trabalho

NOC – Norma de Orientação Clínica

PMDI - Inaladores Pressurizados Doseáveis (Pressured Metered Dose Inhaler)

SMI - Inaladores de Névoa Suave (Soft Mist Inhaler)

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos


ULS [REDACTED] – Unidade Local de Saúde [REDACTED]

VNI – Ventilação Não-Invasiva

3 – OBJETIVOS

- Identificar os tipos de dispositivos de inalação disponíveis;
- Descrever a técnica de inalação adequada;
- Promover a importância dos ensinamentos ao doente e cuidadores, para uma correta técnica inalatória;
- Sistematizar a técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (PMDI) com Câmaras Expansoras (CE);
- Definir os cuidados a ter na manutenção e conservação das CE;
- Identificar soluções alternativas para terapia inalatória em Ventilação Não Invasiva (VNI).

IT. [REDACTED]	Elaborado por: Elsa Meireles Liliana Alves	Data: 28/06/2024	Verificado CQS	Data ___/___/2024	Aprovado CA	Data ___/___/2024	Pág. 1 de 12
----------------	--	---------------------	----------------	----------------------	-------------	----------------------	--------------

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]	MINISTÉRIO DA SAÚDE Unidade Local de Saúde [Redacted]	IT. ■
Instrução de Trabalho - Abordagem, Transporte e Segurança da Pessoa em Situação Crítica Serviço de Cardiologia/ UCIC		

1 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cardiologia/UCIC da ULS ■.

2 - SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral da Saúde

EA - Eventos Adversos

IT – Instrução de Trabalho

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde


UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

ULS ■ – Unidade Local de Saúde [Redacted]

3 – OBJETIVOS

- Garantir a estabilidade e a segurança da Pessoa em Situação Crítica (PCS), durante o transporte intra e inter-hospitalar;
- Divulgar as *guidelines*, recomendações e legislação em vigor, para o transporte da PSC;
- Antecipar e prevenir complicações que possam surgir durante o transporte da PSC;
- Uniformizar procedimentos para o transporte da PSC, no Serviço de Cardiologia/ UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos) da Unidade Local de Saúde [Redacted] (ULS ■).

IT. ■	Elaborado Elsa Meireles Liliana Alves	Data 28/06/2024	Verificado CQS	Data ___/___/2024	Aprovado CA	Data ___/___/2024	Pág. 1 de 24
-------	---	--------------------	----------------	----------------------	-------------	----------------------	--------------

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]	MINISTÉRIO DA SAÚDE Unidade Local de Saúde [REDACTED]	IT. [REDACTED]
Instrução de Trabalho: Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas (ANSR)		

1 - CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade Local de Saúde [REDACTED] (ULS [REDACTED]).

2 - OBJETIVOS

Esta Instrução de Trabalho tem como objetivo descrever o procedimento de colheita e acondicionamento de amostras biológicas para deteção de álcool e substâncias psicotrópicas.

3 - DESCRIÇÃO

A toxicologia forense visa esclarecer questões judiciais e judiciais com potencial relação com intoxicações e suas eventuais consequências, fatais ou não fatais, no enquadramento dos diversos domínios do Direito (Penal, Civil, do Trabalho, ou outros). Tem como objetivo primordial a validação de uma evidência que permita a identificação da presença de uma substância química (agente tóxico) na investigação criminal, como em causas de morte, danos à saúde ou ao património.

O Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. é a Instituição de referência na área da medicina legal e ciências forenses, que procede à realização exames e perícias de medicina legal e forenses solicitados ao abrigo da lei. Uma vez pedida uma perícia e/ou exame laboratorial químico e toxicológico, é efetuado o seu reencaminhamento para o Serviço de Química e Toxicologia Forenses para a sua realização. As amostras que se inserem neste circuito, têm que estar devidamente documentadas quanto ao seu percurso até à entrada no serviço (cadeia de custódia). Este processo é fundamental para garantir com rigor a sua integridade, prevenindo a adulteração e vulnerabilidade da amostra. No que concerne ao circuito externo, a cadeia de custódia concretiza-se na documentação de responsabilidades por parte de diversas entidades desde as autoridades/forças de segurança, aos hospitais e transportadoras. Estas entidades são responsáveis pelas amostras e têm de garantir a manutenção do seu valor médico-legal até serem entregues no destino final.

4 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA E ACONDICIONAMENTO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS

No SUMC, as perícias toxicológicas para determinação da taxa de álcool e/ou a presença de substâncias psicotrópicas no sangue solicitadas, reportam-se às situações relacionadas com a fiscalização da condução rodoviária para efeito de contraprova, e, em acidentes que envolvam vítima (s) grave ou mortal.

IT. [REDACTED]	Elaborado por Liliana Alves Sandra Rocha Sónia Moreira	Data 06/02/2025	Verificado CQS	Data __/__/2025	Aprovado CA	Data __/__/2025	Pág. 1 de 4
----------------	---	--------------------	----------------	--------------------	-------------	--------------------	-------------

APÊNDICE III – Comprovativo das Sessões Formativas



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Sessão técnico-científica – Apresentação de Trabalhos Científicos

CURSO/ACÇÃO:	MÓDULO:	SERVIÇO: Cardiologia/UCIC
N.º:	Carga horária: 1h	N.º:
OBJECTIVO GERAL: Sistematizar a técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com Câmaras Expansoras (CE) e identificar soluções alternativas para terapia inalatória em Ventilação Não Invasiva (VNI).		ÁREA DE FORMAÇÃO: Enfermagem
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros/enfermeiros especialistas	N.º	PERFIL:
INSTITUIÇÃO: ULS	PRÉ-REQUISITOS:	
LOCAL: SEFI	ESPAÇO:	DATA: 10/12/2024
MONITOR/FORMADOR: Elsa Meireles e Liliana Alves	T:	E:
Presencial <input checked="" type="checkbox"/>		CAP:

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AValiação
Introdução	- Enquadramento teórico; - Objectivos;	- Identificar os tipos de dispositivos de inalação disponíveis; - Descrever a técnica de inalação adequada; - Sistematizar a técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com Câmaras Expansoras (CE); - Definir os cuidados a ter na manutenção e conservação das CE;	- Exposição teórica.	10 min	Expositivo		
Desenvolvimento	- Dispositivos de inalação - Técnica de inalação - Câmaras expansoras: técnica de inalação; - Câmaras expansoras: conservação e manutenção; - Terapia inalatória em VNI; - Apresentação da proposta de Instrução de Trabalho; - Discussão/ esclarecimento de dúvidas.	- Promover a importância dos ensinamentos ao doente e cuidadores, para uma correta técnica inalatória; - Identificar soluções alternativas para terapia inalatória em Ventilação Não Invasiva (VNI); - Apresentar à equipa a proposta da IT - Terapia Inalatória no Serviço de Cardiologia / UCIC. - Uniformizar procedimentos.	- Exposição teórica; - Demonstração/prática; - Discussão.	40 min	Expositivo/ demonstrativo	Computador/ projektor	
Conclusão	- Considerações finais. - Conclusão; - Encerramento da sessão.		- Exposição teórica.	10 min			

O Responsável pela Formação em Serviço: Raul Pinto (71703)

A Gestora do serviço: Madalena Meira (70861)

O/ A Formador/a: Elsa Meireles (72113) / Liliana Alves (a61296)

O / A Diretor do(a) SEFI: _____



SUMÁRIO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

<ul style="list-style-type: none"> ➤ SERVIÇO: Cardiologia/UCIC ➤ DATA: 10/22/2024 CARGA HORÁRIA: 1H ➤ N.º DE FORMANDOS: ➤ Presencial <input checked="" type="checkbox"/> <p>DESIGNAÇÃO DO CURSO / ACÇÃO:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Sessão técnico-científica - Apresentação de Trabalhos Científicos </div>

DATA/HORA	SUMÁRIO	RUBRICA
10/12/2024 11:00	- Enquadramento teórico; - Objectivos; - Dispositivos de inalação; - Técnica de inalação; - Câmaras expansoras: técnica de inalação; - Câmaras expansoras: conservação e manutenção; - Terapia inalatória em VNI; - Apresentação da proposta de Instrução de Trabalho; - Discussão/ esclarecimento de dúvidas.	Teórica + Prática <input checked="" type="checkbox"/> Teórica <input type="checkbox"/> Prática Simulada <input checked="" type="checkbox"/>
10/12/2024 11:50	- Considerações finais; - Conclusão; - Encerramento da sessão.	Teórica + Prática <input type="checkbox"/> Teórica <input checked="" type="checkbox"/> Prática Simulada <input type="checkbox"/>

As Formadoras: Elsa Meireles (72113)

Liliana Alves (a61296)

O Responsável pela Formação em Serviço: Raul Pinto (71703)

A Gestora do Serviço: Madalena Meira (70861)

O / A Diretor do(a) SEFI: _____

IT – Terapia Inalatória

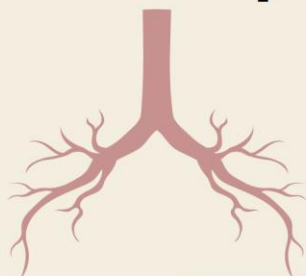
Serviço de Cardiologia/UCIC

ULS ■



10/12/2024

Elaborado por:



Elsa Meireles

Enfermeira Especialista em EMC-PSC

(72113)

Liliana Alves

Mestranda em EMC-PSC

IPB
(a61296)

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas (ANSR)

CURSO/ACÇÃO:		MÓDULO:	SERVIÇO: SUMC					
N.º:	Carga horária: 2H	N.º:	Carga horária:	N.º:	Carga horária: 2h			
OBJECTIVO GERAL: Descrição do procedimento de colheita e acondicionamento das amostras biológicas para deteção de álcool e substâncias psicotrópicas e respetiva expedição.					ÁREA DE FORMAÇÃO:			
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros/enfermeiros especialistas		N.º	PERFIL:					
INSTITUIÇÃO: ULS					PRÉ-REQUISITOS:			
LOCAL: SEFI		ESPAÇO:	DATA: 18/02/2025	HORA: 14:00				
MONITOR/FORMADOR: Sandra Rocha e Liliana Alves		T:	E:	CAP:				
Presencial <input checked="" type="checkbox"/> On Line <input type="checkbox"/>								
	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS		OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	- Enquadramento legal; - Cadeia de Custódia.		- Identificação da composição dos Kits (ANSR);	-Exposição teórica.	15 min	Expositivo		
Desenvolvimento	- Apresentação da proposta de Instrução de Trabalho; - Composição do KIT (ANSR); - Colheita e acondicionamento das amostras; - Conservação e expedição; - Discussão/ esclarecimento de dúvidas.		- Descrição do procedimento de colheita e acondicionamento das amostras biológicas para deteção de álcool e substâncias psicotrópicas e respetiva expedição;	-Exposição teórica; -Demonstração/prática; - Discussão.	90 min	Expositivo/ demonstrativo	Computador/ projektor	
Conclusão	- Considerações finais. - Conclusão; - Encerramento da sessão.		- Uniformização de procedimentos.	-Exposição teórica.	15 min			

O Responsável pela Formação em Serviço: Pedro Moreira (73177)

A Gestora do serviço: Enf.ª Cristina Pinto (70732)

O/ A Formador/a: Sandra Rocha (74289) / Liliana Alves (a61296)

O / A Diretor do(a) SEFI: _____

SUMÁRIO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

• SERVIÇO: SUMC
 • DATA: 18/02/2025 CARGA HORÁRIA: 2H
 • N.º DE FORMANDOS:
 • Presencial Webex Cisco

DESIGNAÇÃO DO CURSO / ACÇÃO:

Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas (ANSR)

DATA/HORA	SUMÁRIO	RUBRICA	
18/02/2025 14:00	- Enquadramento legal; - Cadeia de Custódia; - Apresentação da proposta de Instrução de Trabalho; - Composição do KIT (ANSR); - Colheita e acondicionamento das amostras; - Conservação e expedição; - Discussão/ esclarecimento de dúvidas.		Teórica + Prática X Teórica <input type="checkbox"/> Prática Simulada X
18/02/2025 15:45	- Considerações finais; - Conclusão; - Encerramento da sessão.		Teórica + Prática <input type="checkbox"/> Teórica X Prática Simulada <input type="checkbox"/>

As Formadoras: Sandra Rocha (74289)

Liliana Alves (a61296)

O Responsável pela Formação em Serviço: Pedro Moreira (7317)

A Gestora do Serviço: Enf.ª Cristina Pinto (70732)

O / A Diretor do(a) SEFI: _____

Procedimento de colheita, acondicionamento e expedição de amostras biológicas para determinação da taxa de álcool e/ou substâncias psicotrópicas

SUMC - ULS

18/02/2025

Our team



Sandra Rocha

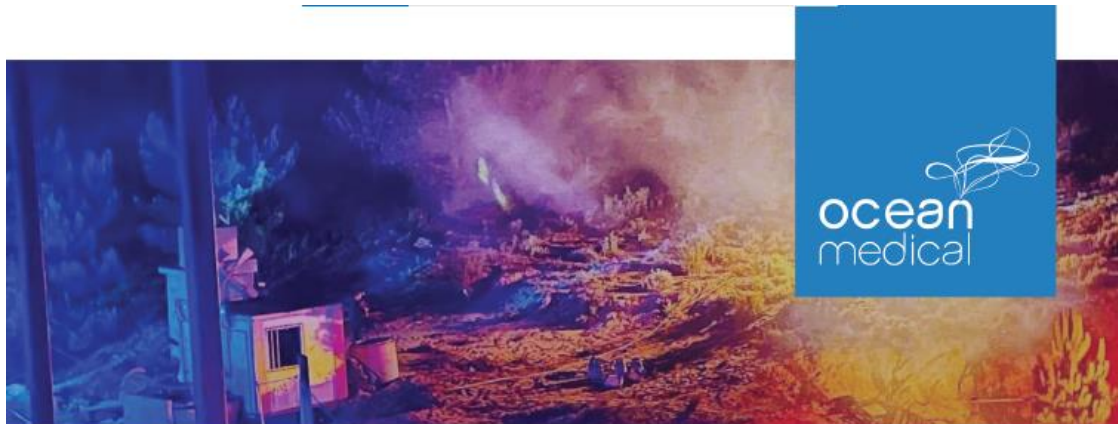
Enfermeira Especialista,
Mestre em EMCPC
SUMC - ULS



Liliana Alves

Mestranda em EMCPC

ANEXO I – Comprovativo da Participação em Atividades Formativas Externas, como Formanda



Certifica-se que **Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves**, nascido(a) em 06/08/1982, com o número de identificação civil ****1184, participou no Webinar

// GESTÃO E LIDERANÇA EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CASTÁSTROFE

que decorreu em 29/01/2024, com a duração de 8 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 29 de janeiro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 240222422

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



ESTRUTURA CURRICULAR

PROGRAMA:	Nº MINUTOS
// Sessão de abertura	15 min.
// Liderança na abordagem ao doente crítico no pré-hospitalar	45 min.
// Estratégias de Gestão intra-hospitalar de recursos nas urgências	45 min.
// Gestão e liderança na abordagem à pessoa em situação crítica	70 min.
// Gestão da pessoa em situação crítica em ações humanitárias	45 min.
// Gestão e liderança em situações de exceção	45 min.
// Resposta Hospitalar à Catástrofe Externa	45 min.
// Gestão da Triage em contexto de Catástrofe	45 min.
// Liderança nos vários cenários de emergência	45 min.
// Encerramento	40 min.
Total:	8 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade CI, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
✉ info@ocean-medical.com | www.ocean-medical.com

OM-104-2006Z23

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES**, frequentou a 07 de novembro 2024, com a duração total de 4 horas, o curso "QUALIDADE E GESTÃO DO RISCO EM SAÚDE".

Penafiel e Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, a 30 de dezembro de 2024.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,



Nelson Pereira, Dr.
DIRETOR CLÍNICO

O SEFI,



Eliana Pereira, Dra.
COORDINADORA GERAL

CERTIFICADO N.º PF 1572/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, de 1998, e pelo Despacho n.º 10000/2014, de 15 de Junho, de 2014, da Unidade do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFÉ – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sefi@hospitalthamegasousa.pt | PC – NIF: 508 318 762

MODALIDADE DA FORMAÇÃO: Formação Profissional Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO: 720 Saúde / Hospitalar

Plano Curricular:

Unidades Temáticas

4 HORAS

- Enquadramento na temática;
- Gestão do risco – Fatores contribuintes para o evento adverso – Casos práticos;
- Governance clínica
- Organizações seguras – Estratégia de liderança

Observações:
Outras:

TOTAL 4 H

CERTIFICADO

Certifica-se que

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

com o cartão de cidadão nº 12181184 0ZXO, participou como **Congressista**, na modalidade **Presencial**, no **1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico**, que se realizou no Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 8 e 9 novembro 2024, com a duração de 16 horas.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

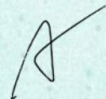
Aveiro, 9 novembro 2024

Presidente da Comissão Científica



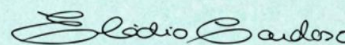
Ricardo Conceição

Presidente da SPEDC



Márcio Carvalho

Presidente da Comissão Organizadora



Eládio Cardoso

I SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Enfermagem em Cuidados Intensivos



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Senhor(a):

Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves

Participou como **PARTICIPANTE** no I Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Transição do Doente Crítico para a Comunidade, que se realizou online no dia 21 de novembro de 2024, com início às 9:00h e término às 17:30h.

Evento Técnico-científico "I Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Transição do Doente Crítico para a Comunidade", acreditado pela Ordem dos Enfermeiros no dia 27 de Outubro de 2024, com **0,30 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**, realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino Formação e Investigação.

Penafiel, 21 de Novembro de 2024

Nelson Pereira, Dr

Diretor Clínico

Davide Carvalho

Comissão Organizadora

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho da Ministra da Saúde Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4560-210 GUILHufe - PENAFIEL
T: 255 147 527 | E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC: 508318262



I SIMPÓSIO INTERNACIONAL

Enfermagem em Cuidados Intensivos

TRANSIÇÃO DO DOENTE CRÍTICO PARA A COMUNIDADE

9:00 – SESSÃO DE ABERTURA

9:20
Painel 1
Olinda Oliveira

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO DOENTE CRÍTICO, DIFERENTES PERSPETIVAS E OBSTÁCULOS

- A SPICI e a sua influência no pós alta do doente crítico – Sandra Oliveira (SMI- ULSTS)
- Hospitalização domiciliar – O desafio do doente complexo – Marco Peixoto (Hosp Domiciliaria- ULS Matosinhos)
- Perspetiva das UCC no doente complexo – João Tiago Pires

11:20
Painel 2
Filipa Martins

ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

- O doente com traqueotomia/colostomia – Susana Petronilho (ULS Leiria)
- UP na UCP, é possível prevenir? – Paulo Ramos – Membro do Conselho da EWMA
- Capacitação dos cuidadores nos doentes com processos de transição complexo – Iolanda Couto (ACES Lousada)

14:00
Painel 3
Davide Carvalho

MESA INTERNACIONAL – TRANSIÇÃO DE CUIDADOS, OUTRAS REALIDADES

- Processo de Transição de Cuidados de saúde do Hospital para a comunidade – Daniela Cunha – Brasil
- Accesos Vasculares para lá dos Cuidados Intensivos – Vicente Isidro Manrique Ortiz – Enfermero de la unidad de Críticos del hospital provincial de Castellón.
- Miembro de la SEINAV y la SEEIUC. Director y profesor en Critical Care Learning
- Proyectos Zero en la UCI. La importancia de la seguridad del paciente – Pablo Sanchez Ballesteros (Unidad de Críticos del Hospital Provincial de Castellón)

16:00
Painel 4
Susana Costa

REABILITAR DESDE O 1º MOMENTO

- Reabilitação na UCI – Susana Costa (SMI ULSTS)
- Reabilitação nos cuidados de saúde primários – Sérgio Garcia (ACES Alto Tâmega II Vale do Sousa Sul)

17:15 – ENCERRAMENTO



www.simposioci.com



Certifica-se que Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves, nascido(a) em 06/08/1982, com o número de identificação civil ****1184, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

A handwritten signature in black ink that reads 'Pedro Caldeira'.

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611516

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

 **ESTRUTURA CURRICULAR**

PROGRAMA:	Nº MINUTOS
// Luta contra o tempo: estratégias e desafios nas operações de socorro	75 min.
// Hospitais em alerta: estamos preparados para as crises do século XXI?	90 min.
// Estratégias de parceria: como podem setores públicos e privados cooperar em situações de catástrofe?	90 min.
// Resiliência comunitária: o papel das comunidades na preparação e resposta a catástrofes	90 min.
// Olhar para o Mundo: o que podemos aprender com a resposta internacional?	75 min.
Total:	7 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
 info@ocean-medical.com  www.ocean-medical.com

OM-164-200EZ24

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES**, frequentou a 14 de maio 2024, com a duração total de 4 horas, o curso "**Higiene Ambiental Como Medida de Prevenção das IACS**".

Penafiel e Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, a 13 de agosto de 2024

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,



Nelson Pereira, Dr.
DIRETOR CLÍNICO

O SEFI,



Eliana Pereira, Dra.
DIRETORA SERVIÇO

CERTIFICADO N.º PF 1061/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Unidade de Saúde
Avenida do Hospital Padre Américo, n.º 210 | 4560-136 GUILHUFÉ – PENAFIEL | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: sefi@u.lsa.tamega-e-sousa.pt | NIPC – NIF: 508 318 262

MODALIDADE DA FORMAÇÃO: Formação Profissional Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO: 720 Saúde / Hospitalar

Plano Curricular:

Unidades Temáticas

4 Horas

OBJETIVOS

Parte I – premissas e definições de conceitos;

- Fatores que favorecem a contaminação do ambiente;
- Superfícies de toque frequente;
- Classificação das áreas das unidades de saúde em função do risco de infeção;
- Tipos de limpeza;

Quiz

Parte II – Instruções de utilização dos produtos

- Frequência de higienização de superfícies;
- Produtos em uso na ULSTS;
- Instruções de utilização dos produtos;
- Alternativas à rutura de produtos de higiene ambiental no ULSTS;
- Técnica de limpeza;

Quiz

Parte III – Método de higienização

- Método de higienização;
- Responsável de AO na higiene ambiental;
- Limpeza da cama para transporte do doente sob PBVT;
- Controlo da qualidade – Apresentação da proposta de plano de limpeza

Quiz

- Apresentação dos resultados – Hospital Limpo – Hospital Seguro – evolução 2019 a 2023
- Considerações finais

Observações:

Total 4 Horas

CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves

no 6º Congresso Internacional IACS 2024: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 25 de outubro de 2024

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

PROGRAMA

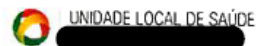
24 de outubro

- 09h30 SA: Conferência Inaugural: "IACS - desafios, oportunidades, imponderáveis"
Aécio Rodrigues (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Portugal)
Moderador: Luis Pedro (ULISEUV, Portugal)
- 10h00 SA: Sessão de abertura
Vitor Marques (Vereador do Município de Santa Maria da Feira)
Sara Pereira (ULISEUV)
Henrique Pereira (Presidente do Conselho de Direção da ESSNorteCVP)
- 11h00 Coffee Break
- 11h30 SA: Painel: Stop Infection - Like a bridge over troubled waters
"Estor no Stop, vale a pena?" (entem, hoje e amanhã) Rosário Rodrigues (ULSAR, Portugal)
"Victoria e Michona (morteiro entre suas)" Margarida Dias (ULS Santa Maria, Portugal)
"Melhor, melhorar sempre" Rita Miranda (ULS, Portugal)
Moderador: Paulo André (ULSAR, Portugal)
- SA: Painel: BR/US: Beyond Routine - Using a Successful Hospital program for oral care
"Pharyngitis associada a infeção" Catarina Gonçalves (ULSJO, Portugal)
"Higiene oral na cirurgia" Daniela Ferreira (ULISEUV, Portugal)
"Protocolo de cuidados de boca" Mafalda Botelho (ULSJO, Portugal)
Moderador: Clara Carvalho (ULSJO, Portugal)
- SA: Painel: Estudo de urina: navegar pelos desafios e explorar novas estratégias
"Análise de Urina e Urocultura: fundamentos e Avanços no Diagnóstico Clínico" Ana Raquel (ULISEUV, Portugal)
"A Microbiologia e o Diagnóstico: Desafios e Inovações para Tratamentos Precisos" Hugo Cruz (CHUSA, Portugal)
"Bactérias Multirresistentes na Urina: Um Desafio Emergente" Carla Mimoso (CHULN, Portugal)
Moderador: Mariana Silva (ULISEUV, Portugal)
- SA: Painel: Preparar o futuro dos EPIC (Enterobactérias produtoras de carbapenemases)
"Combater a colonização infecciosa" Catarina Guerra (ULS Braga, Portugal)
"Leitura de ferramentas" Cidália Martins (ULS Braga, Portugal)
"A importância do ambiente na transmissão" Ana Silva (ULS Braga, Portugal)
"Mudanças comportamentais na saúde: um desafio" Araceli Dias (ULS Braga, Portugal)
Moderador: Isabel Veloso (ULS Braga, Portugal)
- SA: Painel: Como organizar o Plano de Controlo de Infeção nos Cuidados de Saúde Primários
"Que ferramentas utilizar?" David Peres (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como analisar? Exemplos" Jéssica Devesa S. Naveira (ULS Matosinhos, Portugal)
"Como monitorizar?" Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)
Moderador: Fernando Vieira (ULS Matosinhos, Portugal)
- 12h30 Almoço
- 14h00 SA: Workshop: FACTOR PLUS "Luvas de Exame: é que não se consegue ver, o que importa"
SA: Workshop: RACIAC "Abordagem à ferida cirúrgica - princípios a ter em conta"
SA: Workshop: INP-CQUIMICA "Conceito DGP: Detectar, Dissolver e Prevenir, a melhor forma de quebrar a matriz da Biofilme. Ven para criar!"
SA: Workshop: MCMEDICAL "Redução da Flora Microbiana cutânea: Higiene Corporal sem água"
SA: Workshop: ARXIMED "Utilização de ferramentas digitais na gestão do tratamento de feridas"
- 15h00 SA: Painel: Investigação e inovação em controlo de infeção
"Muitos desafios, algum conhecimento, pouca inovação" José Artur Palma (ULS São João, Portugal)
"Inovação tecnológica e Estratégias no Controlo de Infeções do Laboratório à Prática Clínica" Paulo Alves (Universidade Católica Portuguesa - Porto, Portugal)
"Prioridades na investigação em prevenção e controlo de infeção" Liliana Mota (ESSNorteCVP, CNTESIS@ISE, Portugal)
Moderador: António Soares (CNTESIS@ISE, Portugal)
- 16h00 SA: Simpósio: Novas metalúrgias na descontaminação de dispositivos médicos
"Impacto da tecnologia de desinfecção de alto nível na colonização microbiana nos sondas de ultrassom endocavitárias"
Beata Morita (Gova Decentralization Lead at University Hospital (Utrecht, Ireland)
"Tecnologia UV-C como método de reprocessamento de desinfecção de alto nível, automação vs processos manuais"
Sara Blanchard Wall (Product Manager - Germetec, France)
- 16h30 SA: Simpósio: Inovação na descontaminação de endoscópios
"Um caso real de limpeza corretiva de endoscópios contaminados após reprocessamento" Mariana Cordeiro (ULSRL, Portugal)
"Microbiological testing of endoscopes and visual inspection" Thomas Ohsen Hospital (Hospital Group in Antwerp, Association of Sterilization in the Hospitals in Belgium)
Moderador: Mariana Silva (ULISEUV, Portugal)
- 18h00 Comunicações Livres
THINKLab: boas práticas em controlo de infeção Elena Noriega (ARS Algarve, Portugal)

25 de outubro

- 09h00 SA: Workshop HARTMAN "Higiene das mãos: como aumentar a adesão em contexto Hospitalar"
SA: Workshop DIVISIONCARE "Corríveis Antimicrobianos Descartáveis" Siver Intelligence - Eficácia, Custo e Evidência"
SA: Workshop MEDUNE "Prevenção das IACS - novas soluções"
SA: Workshop BD "O seu parceiro na prevenção e controlo das infeções"
SA: Workshop: "Prevenção de infeções relacionadas com o cateter"
SA: Painel: Contributos para "Uma Saúde One Health"
"Saúde Humana" Carlos Pires (Portugal)
"Disseminação de fármacos antimicrobianos multiresistente numa perspectiva One Health" Ângela Novais (UCIBIO/44-B, Faculdade de Farmácia UP, Portugal)
Moderador: Isabel Neves (ULS Matosinhos, Portugal)
- 10h45 Coffee Break
- 11h15 SA: Conferência: "Sustainable healthcare and infection control" Maimood Bhutta (United Kingdom)
Moderador: Carlos Carvalho (ULISEUV, Portugal)
- 11h45 SA: Painel: O papel da academia na prevenção da infeção
"Educação: Projeto Internacional para a melhoria dos currículos de Enf. no âmbito da prevenção da infeção" Teresa Neves (ESTIC, Portugal)
"HandsOff: Higiene das mãos em estudantes de Enf de Portugal e Brasil" Cristina Carvalho (ESEP, Portugal)
"Prevenção de IACS associada a cateter vesical: conscientização para mudança" Filipe Paiva Santos (ESSNorteCVP, Portugal)
Moderador: Susana Filipe (ULS Bolso Mondego, Portugal)
- SA: Painel: Foco na investigação
"Recommendations for SSI prevention in neurosurgery" Insa Janssen (Hospitals universitaires de Genebra, Suíça)
"Gestão de circuito do doente: experiência e multi-valias na prevenção de IACS" Dulcinda Delannoy (Hospitals universitaires de Genebra, Suíça)
Moderador: Américo Agostinho (Hospitals universitaires de Genebra, Suíça)
- SA: Painel: IACS em Unidades de Hospitalização Domiciliária (HD)
"HD de Hospital de Santarem" Yafra Abusawad (ULS, Portugal)
"Tratamento de Infeções Bacterianas por agentes multiresistentes em HD" Ana Majada Restos (ULISEUV, Portugal)
"Práticas baseadas em evidência: especificidade da HD" Sónia Malaca (ULS, Portugal)
Moderador: João Duarte (ULISEUV, Portugal)
- SA: Painel: Boas Práticas de Prevenção e Controlo de Infeção em Fisioterapia
"Garantia de um ambiente de trabalho seguro para os fisioterapeutas" Tânia Churro (ULS Cova da Beira, Portugal)
"Redução do risco de valorização dos bores profetas em Fisioterapia" Tânia Soares (ULS do Baixo Alentejo, Portugal)
"Impacto dos bores profetas em higiene das mãos: percepção dos fisioterapeutas" Ana Palma (ULS de São José, Portugal)
Moderador: Elsa Silva (ULS de São José, Portugal)
- SA: Painel: De resultados comprovados a novas estratégias do programa de apoio à prescrição de antibióticos
"Método dos perfis de prescrição: o sucesso e as falhas do programa PAPA na prescrição de antibióticos na ULISRA"
Liliana Mota (ULSRA, Portugal)
"Protocolo de apoio ao farmacêutico de antibiotic stewardship" Raquel Duro (ULS do Tâmega e Sousa Portugal)
"Quais os benefícios e desafios da abordagem multidisciplinar na prescrição de antibióticos nas infeções comunitárias?"
Manuela Vieira e André Santos (ULSRA, Portugal)
Moderador: Mariana Freitas (ULSRA, Portugal)
- 12h45 Almoço
- 14h45 SA: Conferência: Clean Hospitals Alexandra Pieters (University of Geneva, Switzerland)
Moderador: Mário Branco (ESSNorteCVP, Portugal)
- 14h45 SA: Painel: Boas Práticas Investigação Clínica em Controlo de Infeção
"Estratégias Educativas Dirigidas a Estudantes do Ensino Superior sobre Prevenção e Controlo de IACS" Sónia Pereira (ESSNorteCVP, CNTESIS@ISE, Portugal)
"Avaliação do risco de infeção da pessoa hospitalizada: programa de efetividade" Luis Filipe Tado Bom (CH Louça, Portugal)
"Good morning and peaceful nights are ICU's preferences" Heek Robert Roland (TribonLife Private Hospitals - Hungria)
Moderador: Liliana Mota (ESSNorteCVP, CNTESIS@ISE, Portugal)
- SA: Painel: "Controlo de infeção em laboratório intensivo: um desafio multifacetado"
"Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" Ana Maria Oliveira (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
"Rastreio e isolamento: desafios actuais" Hugo Ivores (Hospital Lucifaces Porto, Portugal)
"Fases de infeção - impacto na prática clínica" Nelson Costa (Hospital G.F. Porto, Portugal)
Moderador: Paulo Mergulhão (SPC, Portugal)
- SA: Painel: "Controlo de infeção em laboratório intensivo: um desafio multifacetado"
"Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" Ana Maria Oliveira (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
"Rastreio e isolamento: desafios actuais" Hugo Ivores (Hospital Lucifaces Porto, Portugal)
"Fases de infeção - impacto na prática clínica" Nelson Costa (Hospital G.F. Porto, Portugal)
Moderador: Paulo Mergulhão (SPC, Portugal)
- SA: Painel: "Controlo de infeção em laboratório intensivo: um desafio multifacetado"
"Resistência aos antimicrobianos: panorama actual" Ana Maria Oliveira (H. de Vila Franca de Xira, Portugal)
"Rastreio e isolamento: desafios actuais" Hugo Ivores (Hospital Lucifaces Porto, Portugal)
"Fases de infeção - impacto na prática clínica" Nelson Costa (Hospital G.F. Porto, Portugal)
Moderador: Paulo Mergulhão (SPC, Portugal)
- 17h00 Workshop: TPEEL "Uma abordagem da implementação da sustentabilidade no bloco operatório"
- SA: Painel: Importância da Saúde Ocupacional na transmissão das infeções nos ambientes assistenciais
"Utilização de máscara nos profissionais de saúde - qual o impacto no doente" Inês Ribeiro (ULSJDV, Portugal)
"Atuação dos Profissionais de Saúde (Gripe/ Covid/ Antipneumococais) - Qual a importância?" Catarina Oliveira (ULISEUV, Portugal)
"Plano de vacinação dos Profissionais de Saúde da ULIS EDN - A nossa experiência" Jacinta Carvalhos (ULISEUV, Portugal)
Moderador: Andrea Rodrigues (ULISEUV, Portugal)
- SA: Painel: Uso e Gestão de Luvas nos Unidades de Saúde Comunitária
"Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde" Isabel Veloso (ANCI, Portugal)
"Desinfecção e uso de luvas em tratamento de feridas" Viviana Gonçalves (ULS São João, Portugal)
Moderador: David Peres (ANCI, Portugal)
- 15h45 SA: Conferência: Microbioma oral e associação a bactérias patógenas prioritárias
Cátia Canalis (Instituto Antimicrobiano, Faculdade de Medicina da UL, Portugal)
Moderador: Bernardo Macedo (ULISEUV, Portugal)
- 16h15 SA: Entrega de Prémios: investigação, melhor comunicação oral, melhor e-poster e THINKLab: Encerramento do congresso

ANEXO II – Comprovativo da Participação na Formação em Serviço, no Âmbito dos Estágios, como Formanda



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formanda(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema:

“Comunicação e Gestão de Informação no Doente Terminal”

Que teve lugar nesta UL [redacted] no dia 07 de maio 2024, com a duração de 1 hora e trinta minutos.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação e contextualização da temática;
- Apresentação dos objetivos da sessão

Desenvolvimento

- Cuidados Paliativos – definição;
- Objetivos dos cuidados paliativos;
- Comunicação em saúde;
- Dificuldades na comunicação;
- Tarefas essenciais da comunicação
- Comunicação verbal / não verbal;
- Situações eventualmente problemáticas em cuidados paliativos.

Conclusão

- Esclarecimento de dúvidas.

[redacted] dos 14 de junho de 2024

O Serviço de Cardiologia,

Madalena Meira
MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,

Eliana Pereira
ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3660/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema:

“Recomendações para a Avaliação e Tratamento de Feridas - Membros Inferiores”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED], no dia 07 de maio 2024, com a duração de trinta minutos.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação e contextualização da temática;
- Apresentação dos objetivos

Desenvolvimento

- Tipo de úlceras e fatores de cicatrização
- Avaliação e tratamento de feridas
- Etapas de higienização das feridas
- Apresentação do protocolo de feridas da CMDPD
- Apresentação dos apósitos / pensos terapêuticos existentes na UL [REDACTED] e utilizados na CMDPD
- Apresentação de imagens ilustrativas de aplicação de penso
- Apresentação de imagens ilustrativas da não correta aplicação de penso e consequências

Conclusão

- Síntese da temática desenvolvida
- Conclusão

O Serviço de Cardiologia,


MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3677/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema:

“Úlceras Por Pressão”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED] no dia 07 de maio 2024, com a duração de trinta minutos.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- ✓ Apresentação e contextualização da temática;
- ✓ Apresentação dos objetivos da sessão

Desenvolvimento

- ✓ Conceito UPP
- ✓ Sistema de classificação
- ✓ Internacional das UPP
- ✓ Escala de Braden
- ✓ Preparação do leito da ferida
- ✓ Seleção de apósitos

Conclusão

- ✓ Considerações finais
- ✓ Síntese da temática desenvolvida

O Serviço de Cardiologia,



MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,



ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3695/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
[REDACTED]

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia / UCIC, subordinado ao tema:

"Metodologia "Trigger Tool" Para a Identificação de Eventos Adversos no Serviço de Cardiologia: Apresentação e Discussão dos Resultados das Auditorias no Ano de 2023"

Que teve lugar nesta UL [REDACTED], no dia 07 de maio 2024, com a duração de quarenta e cinco minutos.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Plano de Ação do grupo de Gestão de Risco do serviço para 2024

Desenvolvimento

- Projeto inovador do grupo da gestão de risco hospitalar intitulado "Implementação da ferramenta "Global Trigger Tool" do Institute for Healthcare improvement para estimativa da ocorrência de eventos adversos em doentes adultos internados no [REDACTED]
- Auditorias aos processos clínicos
- Área de intervenção: Quedas

Conclusão

- Estratégias futuras de melhoria continua

O Serviço de Cardiologia,


MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3710/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
[REDACTED]

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema:

“Dor Aguda: Intervenções Farmacológicas e Não Farmacológicas”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED], no dia 25 de junho 2024, com a duração de 45 minutos.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- ❖ Plano de Ação do Grupo de Gestão de Risco do serviço para 2024

Desenvolvimento

- ❖ Conceito de Dor
- ❖ Algoritmo para o controlo da Dor
- ❖ Avaliação da pessoa com Dor: princípios
- ❖ Intervenções farmacológicas e não farmacológicas
- ❖ Dor aguda pós-operatória

Conclusão

- ❖ Estratégias futuras de melhoria continua

O Serviço de Cardiologia,


MADALÉNA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 4419/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do **Serviço de Cardiologia**, subordinado ao tema:

“Situações Periparagem e PCR”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED] no dia 25 de junho 2024, com a duração de 2 horas.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Revisão teórica sobre abordagem de situações periparagem e paragem cardiorrespiratória.

Desenvolvimento

- Simulação de situações periparagem e paragem respiratória

Conclusão

- Sumário da sessão e esclarecimento de dúvidas.

O Serviço de Cardiologia,


MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 4408/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia / UCIC, subordinado ao tema:

“Precauções Básicas de Controlo de Infeção: Colocação de Doentes, Higiene das Mãos e Utilização de Equipamento de Proteção Individual”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED], no dia 07 de maio 2024, com a duração de 1 hora.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação do tema dos objetivos e sumário dos assuntos abordados.

Desenvolvimento

- Reflexão sobre a auditoria realizada pelo GCL-PPCIRA ao cumprimento das PBCI's, no serviço de Cardiologia.
- Precauções básicas de controlo de Infeção (PBCI):
 - Colocação de doentes
 - Higiene das mãos
- Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Conclusão

- Balanço da sessão
- Esclarecimento de dúvidas.

O Serviço de Cardiologia,


MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3723/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
[REDACTED]

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formando(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia / UCIC,
subordinado ao tema:

“Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”

Que teve lugar nesta UL [REDACTED] no dia 07 de maio 2024, com a duração de 1
hora.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- ✓ Apresentação do tema, objetivos e sumário dos assuntos abordados.

Desenvolvimento

- ✓ Definição de IACS
- ✓ Impacto das IACS
- ✓ Principais medidas de controlo de infeção: PBCI'S e PBVT
- ✓ Feixes de intervenção de prevenção da infeção associados a dispositivos ou procedimentos invasivos
- ✓ Redução do consumo de antimicrobianos
- ✓ Resultados da vigilância epidemiológica do Serviço de Cardiologia/UCIC nos anos 2022/2023
- ✓ Ganhos em saúde associados ao controlo de infeção hospitalar

Conclusão

- ✓ Balanço da sessão
- ✓ Esclarecimento de duvidas.

O Serviço de Cardiologia,


MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA


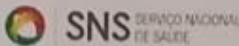
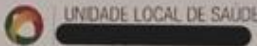
O SEFI,


ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Certificado n.º FS 3736/2024

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da
Saúde

ANEXO III – Comprovativo da Participação na Formação em Serviço, no Âmbito do Estágio, como Formadora

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA MARISA PINTO SAMPAIO ALVES

Participou como formador(a) na Ação de Formação do Serviço de Cardiologia, subordinado ao tema:

“Sessão Técnico-Científica - Apresentação de Trabalhos Científicos”

Que teve lugar nesta ULS [redacted] no dia 10 de dezembro 2024, com a duração de 1 hora.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação de trabalhos científicos.


Desenvolvimento

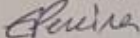
- Tema 1.
Higiene oral à pessoa internada – uma prática de enfermagem
- Tema 2.
Diretiva antecipada de vontade: análise do conhecimento, atitude e práticas dos enfermeiros.
- Tema 3.
Revisão bibliográfica da literacia sobre o tema: inaladores.

Conclusão

- Conclusão do tema.
- Discussão de 5 minutos após cada apresentação.

Penafiel e Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, E.P.E., aos 30 de dezembro de 2024

O Serviço de Cardiologia,

MADALENA MEIRA, ENF.
ENFERMEIRA GESTORA

O SEFI,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
[redacted]



Consentimento Informado

Exmo.(a) Sr.(a) Enfermeiro venho por este meio solicitar a sua imprescindível colaboração para o preenchimento do presente questionário.

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Em caso de dúvida, não hesite em solicitar mais informações.

O trabalho de investigação, com o tema “Perceção do conhecimento e executabilidade das práticas forenses dos enfermeiros do serviço de urgência”, enquadra-se no âmbito do Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), sob a orientação da Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista.

A metodologia de estudo é de tipo descritivo-correlacional. Com esta investigação académica pretende-se analisar a importância das práticas forenses nos cuidados de enfermagem na assistência à vítima, no serviço de urgência.

O estudo em causa não beneficia de qualquer financiamento, nem implica nenhuma despesa ou risco para o participante. Não haverá benefícios financeiros para os participantes. Os dados serão recolhidos de forma anónima, sem qualquer registo de dados de identificação e confidenciais. A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir em qualquer momento, ou recusar-se a participar, sem qualquer consequência ou prejuízo para si.

Este estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética da ULS [REDACTED].

Por favor responda a todas as questões, em conformidade com o seu conhecimento científico, académico e/ou prático. Não existem respostas certas ou erradas, mas sim aquelas decorrentes da sua perceção.

Grata pela participação!

Investigadora: Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves

Email: 60743@chts.min-saude.pt

Telemóvel: 914503355

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como os esclarecimentos verbais adicionais. Foi-me garantida a possibilidade de recusar ou desistir do estudo em qualquer momento, sem consequências. Desta forma aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados, com a garantia de confidencialidade e anonimato que me são garantidos pela investigadora.

Data: ____/____/____

Dados sociodemográficos/académicos/profissionais

1. Género

Masculino Feminino Não Binário

Prefiro não responder Outro _____

2. Idade _____(Anos)

3. Habilitação Académica

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

3.a) Possui formação académica ou formação complementar em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses?

Sim Não

3.a.1) Se respondeu SIM, indique o nível de formação e especifique a designação ou área:

Curso de Formação/Capacitação _____
Pós-Graduação _____
Mestrado _____
Doutoramento _____

4. Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro Gestor

Enfermeiro Especialista

Especifique: Enfermagem Comunitária

Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Materna e Obstetria

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

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

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

7. No seu atual serviço, com que frequência presta assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária (ex.: violência física, sexual, doméstica, etc.)?

Nunca	Raramente (1 a 2 x por mês)	Ocasionalmente (1 a 2 x por semana)	Frequentemente (3 a 4 x por semana)	Diariamente (Todos os dias)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.a) No seu atual serviço, a que tipos de vítimas presta assistência, que exigem cuidados na preservação de vestígios forenses?

(selecione todas as opções aplicáveis, colocando a ordem com que ocorrem com mais frequência, de 1 (mais frequente) a 8 (menos frequente))

Vítimas de violência sexual

Vítimas de agressões físicas diretas (socos, pontapés, empurrões, etc.)

Vítimas de agressões com arma branca

Vítimas de agressões com arma de fogo

Vítimas de estrangulamento ou asfixia (marcas no pescoço, etc)

Vítimas de queimaduras provocadas

Vítimas de intoxicação e/ou envenenamento

Outro tipo de vítimas relevantes _____

7.b) No serviço de urgência onde exerce funções existe algum protocolo de atuação?

Sim Não

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

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

Instruções de preenchimento

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

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

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

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

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

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

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016)

GESTÃO DE VESTÍGIOS

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

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.			
			12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.			
			13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.			
			14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.			
			15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.			
			16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.			
			17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.			
			18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.			
			19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.			
			20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.			

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

AGRESSÃO SEXUAL

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a agressões sexuais.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma ou agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.			
			22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.			
			23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.			
			24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.			
			25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.			
			26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.			
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			
			28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.			
			29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

LESÕES

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a lesões.

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

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

ARMA BRANCA

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

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

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

ARMA DE FOGO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.			
			45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.			
			46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.			
			47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.			
			48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.			
			49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.			
			50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.			
			51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.			
			52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.			
			53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.			
			54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.			
			55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.			
			56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.			
			57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.			

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

ACIDENTES DE VIAÇÃO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.			
			59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.			
			60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.			
			61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.			
			62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.			
			63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do para-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.			
			64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.			

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

INTOXICAÇÃO

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			
			66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.			
			67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.			
			68. Preservar os vestígios eméticos.			
			69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.			
			70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.			
			71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.			
			72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.			
			73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.			

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

ASFIXIA

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

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.			
			75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.			
			80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.			
			81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.			
			84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.			
			85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.			
			86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

FIM

Muito obrigada pelo seu contributo.

Liliana Alves

ANEXO V – Autorização para a Utilização do QPVAVE

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

Eu, Lílíana Alves, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica no Instituto Politécnico de Braga (IPB), venho por este meio solicitar a autorização para a aplicação do *Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE)* (Gomes, Chaves e Corte Real), cuja investigação tem o tema de "Perceção do conhecimento e executabilidade das práticas forenses dos enfermeiros do serviço de urgência", com os seguintes objetivos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e profissional da amostra;
- Analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes às práticas forenses dos enfermeiros do SU;
- Analisar se o perfil sociodemográfico, a formação, a categoria profissional e o tempo de exercício profissional de enfermagem no SU se relacionam com a perceção do conhecimento e a executabilidade das práticas forenses;
- Analisar se existe relação entre a perceção do conhecimento das práticas forenses dos enfermeiros do SU e a sua executabilidade.

Será aplicado nos Serviços de Urgência de uma ULS do norte de Portugal.


Para tal, comprometo-me a (condições de utilização do QPVAVE)*:

* sempre que usar ou adaptar o QPVAVE, referir os seus aurores;

* sempre que referir o QPVAVE, referir os seus autores;

* dar a conhecer os resultados deste estudo, bem como facultar toda a informação adicional que considere pertinente.

Sem mais assunto de momento,

Lílíana Alves  . 13/09/2024 (data)

Eu, Cristiana Isabel de Almeida Gomes, Enfermeira, autora principal, autorizo a aplicação do *Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE)*, (Gomes, Corte Real & Chaves) na investigação desenvolvida pela Enfermeira supracitada, sob as premissas indicadas nos pontos *).

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Isabel de Almeida Gomes

 . 14.09.24 (data)



DECLARAÇÃO

Maria Gorete de Jesus Baptista, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, declara para os devidos efeitos que é **Orientadora Científica** do Projeto de Investigação desenvolvido, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, contexto da Pessoa em Situação Crítica, pela estudante **Liliana Marisa Pinto Sampaio Alves**, com o título **"PERCEÇÃO DO CONHECIMENTO E EXECUTABILIDADE DAS PRÁTICAS FORENSES DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA"**.

Bragança, 1 de outubro de 2024

A orientadora

ANEXO VII – Parecer da Comissão de Ética da ULS



Exmo. (a) Senhor(a)

Enf.ª Liliana Marisa Sampaio Pinto Alves

N/ Comunicação nº: 66/2024	V/ Referência:	Data: 11/12/2024
----------------------------	----------------	------------------

Assunto: "Perceção do conhecimento e executabilidade das práticas forenses dos enfermeiros do serviço de urgência"

Exma Senhora Enf.ª Liliana Marisa Sampaio Pinto Alves,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo "Perceção do conhecimento e executabilidade das práticas forenses dos enfermeiros do serviço de urgência".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do estudo no [REDACTED]. Contudo de acordo com o parecer, a CES recomenda: "Na folha de recolha de dados sociodemográficos deverá substituir "sexo" por "género" M/F/Outro."

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 28/11/2024 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

(Eliana Pereira, Dra)

[REDACTED]

ANEXO VIII – Comprovativo da Submissão do Artigo

[Mill] Submission Acknowledgement

De MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>

Data Sáb, 21/06/2025 17:16

Para Liliana Alves <lilianapintoalves@hotmail.com>

Liliana Alves:

Thank you for submitting the manuscript, "PERCEPTION OF KNOWLEDGE AND EXECUTABILITY OF FORENSIC PRACTICES OF EMERGENCY NURSES" to Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Submission URL: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/42076>

Username: lilianaalves

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

MILLENIUM