Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Patrícia Abreu Alves

O papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no serviço de urgência

abril de 2026

O papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no serviço de urgência

Joana Patrícia Abreu Alves

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Patrícia Abreu Alves

O papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no serviço de urgência

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Paula C. Encarnação

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

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

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

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

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial
CC BY-NC

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Paula C. Encarnação, pela orientação dedicada, presença constante e generosa partilha de conhecimento ao longo de todo este percurso.

Aos tutores de estágio, João Saramago, Carina Matos e Daniel Valente pela transmissão de saberes, apoio e incentivo contínuos, fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao enfermeiro chefe do meu serviço, António Faria, pela compreensão, disponibilidade e flexibilidade demonstradas, que permitiram conciliar as exigências profissionais com a realização deste trabalho.

À minha equipa "C", pela motivação constante, espírito de entreajuda e apoio nos momentos mais exigentes.

Aos meus amigos, família e namorado pela compreensão da minha ausência, carinho e apoio incondicional.

Por fim, aos meus pais e irmã, expresso a minha mais profunda e sentida gratidão; pelo amor incondicional e pelo apoio incansável. São o meu maior exemplo de força, dedicação e resiliência; foi neles que encontrei, em todos os momentos, a motivação para continuar.

A todos o meu MUITO OBRIGADA.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

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

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE PROVAS FORENSES AO DOENTE CRÍTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Opção: "Estágio Final" do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Pretende refletir sobre o percurso formativo e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como apresentar a componente de investigação, uma *Scoping Review* sobre o papel do enfermeiro especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no Serviço de Urgência. A primeira parte do relatório descreve e analisa as experiências desenvolvidas nos contextos de estágio (pré-hospitalar, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos) evidenciando a consolidação de competências na gestão de cuidados complexos, na tomada de decisão clínica fundamentada e na implementação de práticas seguras e baseadas na evidência. Este percurso contribuiu para o fortalecimento da autonomia profissional, do pensamento crítico e da capacidade de liderar intervenções de enfermagem orientadas para a qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica. A segunda parte integra a *Scoping Review*, conduzida de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e estruturada pela mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto), que incluiu 11 estudos provenientes de diferentes bases de dados. A revisão permitiu identificar e sistematizar o papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no Serviço de Urgência. De forma global, os resultados evidenciam um desfasamento entre a frequência com que os enfermeiros contactam com casos forenses e a sua preparação para os gerir adequadamente. Apesar do reconhecimento da importância da preservação de vestígios, persistem lacunas ao nível da formação, da organização dos cuidados e da definição do papel do Enfermeiro Especialista no contexto forense, o que pode comprometer a qualidade da intervenção e a integridade da evidência. Este processo contribuiu, ainda, para o fortalecimento do papel do Enfermeiro Especialista enquanto profissional que integra a investigação na sua prática, promovendo uma atuação crítica, reflexiva e sustentada na evidência científica.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermeiro Especialista, Enfermagem Forense, Serviço de Urgência

THE ROLE OF THE SPECIALIST NURSE IN THE COLLECTION AND PRESERVATION OF FORENSIC EVIDENCE IN THE CRITICALLY ILL PATIENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Curricular Unit: "Final Internship" of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the field of Nursing for the Critically Ill Patient. It aims to reflect on the training pathway and the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse, as well as to present the research component, a Scoping Review on the role of the specialist nurse in the collection and preservation of forensic evidence in critically ill patients in the Emergency Department. The first part of the report describes and analyses the experiences developed across different clinical placement settings (pre-hospital care, emergency department, and intensive care unit), highlighting the consolidation of competencies in the management of complex care, evidence-based clinical decision-making, and the implementation of safe and evidence-based practices. This pathway contributed to strengthening professional autonomy, critical thinking, and the ability to lead nursing interventions focused on the quality and safety of care for critically ill patients.

The second part comprises a *Scoping Review*, conducted in accordance with the *Joanna Briggs Institute* methodology and structured using the PCC mnemonic (Population, Concept, Context), which included 11 studies from different databases. This review enabled the identification and systematisation of the role of the Specialist Nurse in the collection and preservation of forensic evidence in critically ill patients in the emergency department.

Overall, the findings reveal a gap between the frequency with which nurses encounter cases with forensic implications and their preparedness to manage them appropriately. Despite the recognised importance of evidence preservation, gaps remain in terms of training, care organisation, and the definition of the professional role, which may compromise both the quality of care and the integrity of forensic evidence.

This process also contributed to reinforcing the role of the Specialist Nurse as a professional who integrates research into clinical practice, promoting a critical, reflective, and evidence-based approach.

KEYWORDS

Advanced Practice Nursing, Critical Illness, Emergency Department, Forensic Nursing

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS.....ii

AGRADECIMENTOS.....iii

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE.....iv

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA).....iv

RESUMO.....v

ABSTRACT.....vi

ÍNDICE.....vii

LISTA DE SIGLAS.....ix

ÍNDICE DE FIGURAS.....xi

ÍNDICE DE QUADROS.....xi

INTRODUÇÃO 1

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA.....4

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....5

1.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PRÉ-HOSPITALAR.....7

1.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA.....10

1.3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....15

2. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....20

2.1 DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO 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.....28

2.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....32

2.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....34

2.2 DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....35

2.2.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....36

2.2.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES E EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....43

2.2.3 MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DA RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.....45

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....48

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO.....49

2. METODOLOGIA.....54

2.1 TÍTULO E QUESTÃO DE REVISÃO.....55

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO.....56

2.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....57

2.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....58

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....61

4. DISCUSSÃO.....65

5. CONCLUSÃO.....70

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....72

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....74

ANEXOS.....78

ANEXO I - Proposta de Instrução de trabalho "Colheita e Preservação de Provas Forenses".....79

ANEXO II - Proposta de Instrução de trabalho "Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo".....85

ANEXO III - Proposta de "Formulário de Registo de Lesões".....89

ANEXO IV - Proposta de "Formulário de Cadeia de Custódia".....91

ANEXO V - Proposta de "*Kit* de Colheita de Provas".....93

ANEXO VI - Apresentação das *guidelines* de 2025 da *European Resuscitation Council* e da *European Society of Intensive Care Medicine*.....95

ANEXO VII - Certificado de participação no "II Congresso de Enfermagem dos Açores".....105

ANEXO VIII - Certificado de participação "I Congresso Internacional de Enfermagem Forense – Interface entre Saúde e Justiça".....107

ANEXO IX – Ferramenta de apoio para triagem manual dos resultados da pesquisa na base de dados SciELO.....109

LISTA DE SIGLAS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - *Bispectral Index*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica

EPH - Emergência Pré-Hospitalar

HUCI - *Humanizando los Cuidados Intensivos*

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação

NAS - *Nursing Activity Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PDCA - *Plan; Do; Check; Act/Adjust*

PICCO - *Pulse Contour Cardiac Output*

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

ScR - *Scoping Review*

SE - Sala de Emergência

SIV - Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TOT - Tubo orotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ULS - Unidade Local de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma adaptado ao modelo PRISMA-ScR 60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Desenvolvimento da questão de investigação 56
Quadro 2: Estratégias de pesquisa utilizadas 58
Quadro 3: Instrumento de extração de dados 62
Quadro 4: Resumo dos artigos selecionados 63

"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós".

Antoine de Saint-Exupéry

A todos os doentes que cuidei, e aos que ainda cuidarei, dedico este trabalho.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção - "Estágio Final", inserida no terceiro semestre do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo 2025/2026. Optou-se pela realização de três estágios de natureza profissional. O primeiro no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) entre 21 abril e 16 de junho de 2025, o segundo num Serviço de Urgência (SU) entre 8 de setembro e 9 de novembro de 2025 e, o terceiro e último, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entre 10 de novembro de 2025 e 25 de janeiro do presente ano. Todas as unidades, pré-hospitalares e hospitalares, pertencem à região Norte de Portugal.

Os estágios realizados permitiram-me desenvolver competências no contexto da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados. Desta forma, constituiu-se como um complemento essencial à formação teórica e teórico-prática previamente adquirida. Os estágios clínicos são momentos em que o estudante mobiliza os saberes numa perspetiva interdisciplinar contextualizada. São momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências. Neste ambiente formativo é suposto que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados (Alarcão & Rua, 2005).

Desta forma, como requisito de avaliação, foi elaborado o presente relatório: dividido em duas partes centrais. A primeira corresponde às atividades desenvolvidas durante os estágios previamente mencionados, e contempla o Cuidar Especializado à Pessoa em Situação Crítica (PSC), e a segunda, engloba a componente de investigação que toma como objeto de estudo a problemática da recolha e preservação de provas forenses, através do mapeamento da evidência científica.

Na primeira parte, que contempla o percurso formativo, foi possível promover o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE), conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Ao nível das competências comuns, destacam-se a capacidade de tomada de decisão clínica fundamentada, a gestão de cuidados, a liderança em contextos complexos e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados prestados. No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) foram aprofundadas intervenções altamente diferenciadas, nomeadamente

na monitorização e vigilância contínua, na resposta a situações de instabilidade hemodinâmica e na atuação em contextos de elevada exigência técnica e científica. Este desenvolvimento sustentado de competências contribuiu para uma prática clínica mais autónoma, crítica e reflexiva, centrada na PSC e suportada pela melhor evidência científica disponível. A ordem cronológica dos estágios revelou-se fundamental para uma construção progressiva e coerente de competências. Esta sequência permitiu acompanhar o percurso do doente crítico de forma contínua e lógica, desde o primeiro contacto em contexto pré-hospitalar, passando pela estabilização e resposta imediata na urgência, até ao acompanhamento altamente diferenciado e complexo na unidade de cuidados intensivos. Assim, a ordem dos estágios proporcionou uma visão integrada do processo assistencial, favorecendo a compreensão dos diferentes níveis de intervenção e consolidando uma prática clínica mais segura, fundamentada e abrangente.

Relativamente ao segundo capítulo, dedicado ao trabalho de investigação, este centra-se na temática da recolha e preservação de provas forenses, tendo como objeto de estudo o papel do Enfermeiro Especialista na abordagem ao doente crítico em contexto de Serviço de Urgência. Assim, foi desenvolvido sob o tema "O Papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no Serviço de Urgência", procurando analisar e compreender a relevância desta intervenção no âmbito dos cuidados de saúde e da articulação com o contexto médico-legal.

Escolhi abordar este tema por diversos motivos. Em primeiro lugar, as aulas teóricas de criminologia despertaram o meu interesse e consciência para a importância da interligação entre Saúde e Justiça, especialmente em situações de violência ou crime. Além disso, no estágio em contexto Pré-Hospitalar, pude acompanhar de perto a resposta a situações de emergência e observar a relevância de uma atuação rápida, eficaz e tecnicamente correta, incluindo a identificação e preservação de eventuais provas forenses. Atualmente, trabalho num SU, o que me permite constatar diariamente a necessidade de uma atuação rigorosa e informada dos profissionais de saúde perante situações em que podem estar envolvidas provas forenses. O enfermeiro, por ser o primeiro profissional a contactar com a vítima, desempenha um papel fundamental na identificação, recolha e preservação de vestígios, contribuindo para a eficácia das investigações criminais. Outro motivo que sustentou a escolha do tema prende-se com o facto da OE integrar a dimensão da Enfermagem Forense na matriz de competências desta especialidade, reconhecendo a sua relevância na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente na identificação, recolha e preservação de vestígios com valor legal. Por último, constata-se índices elevados de criminalidade em Portugal (Sistema de Segurança Interna, 2024), o que reforça a necessidade de protocolos claros e de formação específica para os enfermeiros. Esta preocupação é ainda mais relevante

quando se considera que a falta ou inexistência de procedimentos padronizados pode comprometer, seriamente, o desfecho das investigações e a proteção das vítimas. O tema em estudo, é apresentado através de uma *Scoping Review* (*ScR*), a qual permitiu o enquadramento do estudo: o tema do estudo, a questão de revisão, os critérios de inclusão, os tipos de fontes, a estratégia de pesquisa, a seleção dos estudos, a extração de dados, e a análise e apresentação de dados. Na discussão e conclusão, reflito sobre o desenvolvimento do estudo e a relevância dos resultados esperados. Por fim, apresento, as referências bibliográficas.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho consistiu na análise bibliográfica, abrangendo tanto fontes provenientes de livros quanto de bases de dados, complementada pela supervisão e discussão com a orientadora científica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. O desenvolvimento do trabalho baseou-se na utilização de métodos descritivos, expositivos e crítico-reflexivos. O trabalho foi redigido segundo o guia de normalização técnico científico preconizado pela Universidade do Minho, o manual da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

Com este relatório de estágio, pretende-se concluir o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Atualmente, a Enfermagem e os caminhos da sua formação ganham sentido, se perspetivados numa lógica de cruzamentos disciplinares de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais. Assim, os estágios clínicos, momentos de aproximação à vida profissional, emergem como componentes relevantes no processo de formação (Alarcão & Rua, 2005).

Os diferentes estágios decorreram na mesma Unidade Local de Saúde (ULS). O primeiro, centrou-se na área da Emergência Pré-Hospitalar (EPH), correspondendo a um estágio opcional selecionado pela autora. Seguiram-se os estágios de carácter obrigatório no SU e UCI, respetivamente. No primeiro estágio realizado foi possível integrar diferentes contextos de atuação no âmbito da EPH, nomeadamente, duas equipas de Suporte Imediato de Vida (SIV) e uma equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). As três bases de INEM estão alocadas à ULS previamente mencionada. Os dois últimos estágios foram realizados num Hospital central que pertence à ULS em questão. Para uma melhor compreensão e contextualização destes estágios, considera-se importante, num primeiro momento, fazer uma breve caracterização da ULS e respetivo Hospital.

O Hospital onde decorreram os estágios, situado na região Norte de Portugal, numa unidade que integra a rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Relativamente ao seu modelo de gestão, apresenta-se como uma Entidade Pública Empresarial. A instituição assume-se como uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas previsto no Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-lei nº 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o SNS.

De acordo com o seu Regulamento Interno, e com a informação disponibilizada na sua página institucional, o Hospital define uma missão abrangente, que se inicia na identificação das necessidades de saúde da população residente e culmina na resposta integrada a essas necessidades. Essa resposta concretiza-se através da articulação entre serviços públicos, entidades privadas contratualizadas, e instituições comunitárias ou de solidariedade social, sempre no respeito pela integridade e dignidade dos utentes. Compete-lhe, ainda, otimizar recursos e assegurar a qualidade, a efetividade, a eficiência, e a eficácia dos cuidados prestados, orientando-se para a excelência.

A visão institucional assenta na consolidação do Hospital como uma organização otimizada, centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do seu distrito, ambicionando constituir-se como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde. No âmbito da sua atividade, o Hospital e os seus profissionais orientam-se por um conjunto de valores essenciais: 1) cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento; 2) atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana; 3) cultura do conhecimento como um bem em si mesmo e, por fim, 4) cultura de excelência técnica e do cuidar.

Também no seu Regulamento Interno, podemos encontrar os principais objetivos da instituição, sendo eles: obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados; prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno; eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável; melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo ULS no contexto do SNS.

Tal como está descrito na sua página institucional, a área de influência do Hospital abrange a totalidade de um distrito do Norte do país, incluindo dez concelhos. Neste território reside uma população estimada de 231 293 pessoas, das quais 11,2% são jovens com menos de 15 anos, 28,1% têm 65 ou mais anos, e 60,7% pertencem à faixa etária ativa, entre os 15 e os 64 anos.

O Hospital presta cuidados de saúde diferenciados, estruturados em várias linhas de produção, garantindo uma resposta abrangente às necessidades da população. Entre estas áreas destacam-se: consulta externa; SU; internamento, com uma capacidade instalada de 392 camas; cirurgia (programada, urgente e de ambulatório); hospital de dia; meios complementares de diagnóstico e terapêutica; serviços domiciliários; hospitalização domiciliária; e telemedicina/telessaúde.

A ULS em questão integra vários programas de qualidade, entre eles, a certificação, a acreditação e a avaliação. Está certificada pela norma ISO 9001, sendo esta uma norma internacional de gestão, que fornece orientações e requisitos acerca das características que devem ser consideradas no sistema de gestão de uma organização. Está acreditada pela organização *Caspe Healthcare Knowledge Systems*, funcionando segundo padrões de referência, onde se incluem diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como reconhecimento das boas práticas existentes. Por fim, está avaliada segundo

o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, que faz uma avaliação do desempenho dos processos de trabalho através de indicadores válidos, com o intuito de promover a melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

De todas as valências já mencionadas, foi o departamento de Medicina Crítica (que integra o SU, a UCI, a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, e a VMER), que mais pesou na minha decisão de escolher este Hospital para a realização dos estágios. A sua organização, dinâmica e exigência clínica constituíram um contexto particularmente estimulante, e adequado, ao desenvolvimento das competências no cuidado à PSC.

1.1. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PRÉ-HOSPITALAR

O local de realização do primeiro estágio foi de carácter opcional. Uma vez que exerço funções num SU, e a Escola disponibilizou diversos campos de estágio, optei pela realização deste no INEM, servindo assim como complemento à minha formação atual. O estágio realizado permitiu-me desenvolver competências no contexto da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados. Desta forma, constituiu-se como um complemento essencial à formação teórica e teórico-prática previamente adquirida. Este estágio possibilitou-me uma consciencialização progressiva acerca dos diversos domínios de intervenção do EEEMCPSC.

Ao longo deste estágio, tive a oportunidade de integrar diferentes contextos de atuação no âmbito da EPH, nomeadamente equipas de SIV e VMER, com uma carga horária presencial de 200 horas. Para uma melhor compreensão, e contextualização do estágio, considero importante caracterizar o contexto onde este decorreu com vista à aquisição das respetivas competências. O meu interesse pelo papel do EE na EPH levou-me a optar pela realização deste estágio no INEM, mais especificamente nos meios SIV e VMER.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir às vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado

e a articulação entre os vários intervenientes do sistema, são as principais tarefas do INEM (INEM, 2025a).

Tal como está descrito no despacho n.º 14898/2011, a atividade de emergência médica tem um largo espetro de abrangência, desde o pré-hospitalar aos cuidados intensivos, passando pela prestação de cuidados em SU e pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A sua articulação, integração e continuidade, aliadas a um significativo conjunto de conhecimentos e competências comuns, são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados médicos de emergência (Ministério da Saúde, 2011).

Para o desempenho das suas atividades, o INEM dispõe de, entre outras, viaturas VMER e ambulâncias SIV, que atuam na dependência direta dos centros de orientação de doentes urgentes (CODU). As equipas de VMER são compostas por um enfermeiro e um médico, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida (SAV) e trauma. Estas equipas têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos (vítimas de acidente ou doença súbita). Dispõem ainda de equipamento de SAV.

As ambulâncias SIV integram uma equipa de um enfermeiro e um tripulante de emergência médica, o primeiro com formação em suporte imediato de vida e o segundo com formação em técnicas básicas de emergência e desfibrilhação automática externa. Estas ambulâncias dispõem de equipamento de suporte imediato de vida, tendo como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de emergência, são transferidos para os CODU. O INEM tem quatro CODU a nível nacional (Lisboa, Porto, Coimbra e Faro). Compete aos CODU, 24 horas por dia, atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O seu funcionamento é assegurado por equipas de profissionais qualificados, nomeadamente enfermeiros, com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção, e envio de meios de socorro. Para o efeito, os CODU dispõem de equipamentos de telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e os recursos técnicos existentes. Coordenam

e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas, e helicópteros), sendo estes meios selecionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade, e a acessibilidade ao local da ocorrência.

Os meios de EPH referidos devem existir, obrigatoriamente, na rede articulada de SU do SNS consoante os seguintes níveis diferenciados: os SU polivalentes e os SU médico-cirúrgica devem integrar uma VMER; por outro lado, os SU básica devem integrar uma ambulância SIV (INEM, 2025a).

Assim, compete ao INEM, coordenar a atividade de gestão e operação conjunta dos meios; disponibilizar o meio de emergência pré-hospitalar, bem como dotar e assegurar a manutenção dos equipamentos adequados de acordo com a legislação aplicável; contratar os seguros exigidos por lei para os profissionais que tripulam os meios; acionar os meios através do CODU; disponibilizar o fardamento de acordo com o regulamento da instituição; assegurar a formação em EPH aos profissionais necessários; praticar todos os atos necessários à recertificação dos recursos humanos; assegurar os técnicos de ambulância de emergência das ambulâncias SIV, e promover a transmissão e integração entre os sistemas de informação clínicos (INEM, 2025a).

Por outro lado, compete aos SU das unidades de saúde garantir a operacionalidade permanente do meio; selecionar, em colaboração com o INEM, os profissionais necessários à constituição das equipas; coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações, em integração com a restante equipa do SU; garantir uma resposta imediata a qualquer acionamento dos meios pelo CODU; apresentar mensalmente ao INEM a escala de profissionais que asseguram as tripulações dos meios de emergência pré-hospitalar; fornecer todos os consumíveis (clínicos e não clínicos); assegurar a utilização obrigatória dos sistemas de informação e comunicação instalados nos meios; e zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento e de boa utilização inerentes à utilização de bens.

Ao longo deste estágio, tive a oportunidade de integrar diferentes contextos de atuação no âmbito da EPH. Aproximadamente, 70% do tempo foi dedicado ao acompanhamento de uma equipa SIV e, os restantes 30%, a uma equipa de VMER. Adicionalmente, realizei uma visita ao CODU, onde tive a oportunidade de observar os processos de triagem e gestão das emergências médicas. Paralelamente, participei presencialmente nos módulos "Trauma do curso SIV" e "Situações de Exceção". Ambos os módulos estão integrados na formação de enfermeiros que irão pertencer a equipas SIV e incluem

componentes teórico-práticas e exercícios de simulação em cenários de catástrofe ou situações de elevada complexidade. Tive, ainda, a oportunidade de participar numa reunião formativa online sobre "Precauções Básicas do Controlo da Infeção", no pré-hospitalar, no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) do INEM.

1.2. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU constitui uma unidade fundamental no funcionamento hospitalar, sendo responsável pela prestação de cuidados de saúde imediatos a doentes em situação aguda ou potencialmente grave. Caracteriza-se por um ambiente dinâmico, e de elevada complexidade, no qual é essencial uma resposta rápida, eficaz e multidisciplinar. O local onde foi realizado o estágio trata-se de um SU médico-cirúrgico. Este deve existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SU básicos, e referenciando para os SU polivalentes situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SU médico cirúrgico (Ministério da Saúde, 2014). Este serviço encontra-se estruturado em duas áreas funcionais principais: SU de adultos e SU pediátrico. O SU pediátrico tornou-se, recentemente, num serviço independente em termos físicos, mas com partilha de recursos humanos com a urgência de adultos.

O SU encontra-se organizado em diversas zonas operacionais e áreas de apoio, devidamente estruturadas para garantir um atendimento eficaz aos doentes. A área de acesso inicial inclui a receção com balcão de atendimento, onde é realizada a admissão dos doentes e prestadas informações gerais, bem como duas salas de espera. A triagem é efetuada segundo o Sistema de Triagem de Manchester, dispondo de dois postos de trabalho. A admissão encontra-se dividida em duas áreas distintas: a Admissão 1 possui uma sala de espera destinada a doentes em pé ou em cadeira de rodas, e a admissão 2 é composta por cinco quartos de isolamento e seis boxes, destinadas a doentes que necessitam de maca. Para efeitos de vigilância mais prolongada e internamento, o SU dispõe da Área Laranja, com capacidade máxima para 15 doentes, e da Unidade de Decisão Clínica, com capacidade para acolher 19 doentes.

Relativamente à realização de procedimentos, o serviço conta com uma sala de Pequena Cirurgia, bem como uma sala de enfermagem, destinada ao atendimento de vítimas de trauma. A Sala de Emergência (SE) é constituída por três unidades, permitindo o atendimento simultâneo de até quatro doentes. O SU

dispõe ainda de diversos gabinetes de consulta, nomeadamente de Medicina Geral, Cirurgia Geral, Ortopedia, Psiquiatria, e Apoio Social, bem como do gabinete do Técnico de Eletrocardiografia e uma área de Radiologia. Por fim, o serviço integra várias áreas de apoio, incluindo a zona de sujos, um armazém de materiais de apoio, um armazém de soros, uma sala de banho assistido, e diversas casas de banho. Existe igualmente uma área não clínica, que contempla uma copa ampla para profissionais e um gabinete partilhado entre o Enfermeiro Gestor e o Diretor de Serviço.

A equipa de profissionais é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde. A equipa de enfermagem é composta por 82 elementos, apresentando uma constituição heterogénea em termos de formação e especialização. Deste total, 28 enfermeiros são especialistas, destacando-se profissionais nas áreas da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Comunitária, e Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando-se ainda um enfermeiro gestor especialista nesta última área. A prestação direta de cuidados é assegurada de forma contínua ao longo das 24 horas, com uma distribuição variável de enfermeiros por turno, sendo que no turno da manhã existe um enfermeiro responsável que colabora nas funções de gestão.

A equipa é ainda apoiada por assistentes operacionais e técnicos auxiliares de saúde, cuja orientação compete ao Enfermeiro Gestor ou, na sua ausência, ao responsável de turno, garantindo o suporte necessário à atividade assistencial do serviço. Este Gestor é responsável pelo planeamento, implementação e avaliação de estratégias que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, assegurando a coordenação das equipas multiprofissionais, e a utilização de indicadores de desempenho. Compete-lhe, ainda, o exercício de funções de assessoria técnico-científica, a participação nos processos de contratualização do serviço, e a coordenação funcional da equipa de enfermagem, de acordo com a organização do trabalho estabelecida.

O enfermeiro responsável de turno, que integra a equipa continuamente, colabora na gestão operacional do serviço, assegurando a coordenação da equipa durante o turno, a adequação dos recursos disponíveis e o reajuste dos planos de trabalho sempre que necessário. Compete-lhe, ainda, a definição de prioridades, a delegação de funções, a gestão de pausas, a reposição de stocks, e a promoção de um ambiente de trabalho colaborativo. Diariamente, o enfermeiro gestor, ou o enfermeiro responsável, na ausência do primeiro, distribui a equipa de enfermagem pelos postos de trabalho, promovendo a rotação

dos enfermeiros e privilegiando a presença do especialista na sala de Emergência. Com exceção da Área Laranja e da UDC, a distribuição é feita por posto de trabalho. Nas restantes áreas, os enfermeiros são responsáveis por um número definido de doentes, prestando cuidados globais aos que estão sob a sua responsabilidade.

Os Enfermeiros assumem uma função fundamental na prestação de cuidados, sendo responsáveis pela identificação das necessidades da pessoa, pelo planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem, bem como pelo respetivo registo e acompanhamento. Compete-lhes ainda a realização de intervenções especializadas, a participação ativa na promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, e adaptação funcional da pessoa e da família. Têm um papel relevante na supervisão dos Técnicos Auxiliares de Saúde, incentivando uma prática profissional sustentada na evidência científica, e orientada para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita à metodologia de trabalho, de uma forma transversal, o serviço adota o método individual de trabalho, onde o enfermeiro é responsável por um conjunto de doentes de forma autónoma e contínua ao longo do turno. Este modelo permite acompanhar o percurso clínico dos doentes de forma integral, favorecendo uma abordagem mais personalizada e contínua. No SU, esta metodologia promove uma relação terapêutica mais próxima, maior conhecimento da situação clínica, e facilita a tomada decisão. No entanto, o método individual apresenta também limitações, sobretudo num contexto dinâmico como o SU, onde o elevado fluxo de doentes, e a variabilidade da gravidade clínica, exigem uma elevada capacidade de priorização, gestão do tempo e articulação em equipa.

No contexto da minha formação, enquanto estudante, tive a oportunidade de integrar a prática clínica neste serviço, contactando diretamente com a elevada complexidade e especificidade dos cuidados aí desenvolvidos. Esta experiência contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências avançadas, nomeadamente na vigilância contínua, na avaliação sistemática do estado clínico, e na tomada de decisões rápidas perante situações de agravamento, bem como na aplicação de intervenções terapêuticas direcionadas para a estabilização e recuperação da PSC.

O estágio foi realizado maioritariamente na SE por dois motivos principais. Por um lado, a orientadora de estágio era EEEMCPSC, sendo este posto de trabalho preferencialmente assegurado por enfermeiros com esta especialização. Por outro, a SE constitui o contexto para onde são encaminhados doentes em situação mais complexa e crítica, exigindo intervenções rápidas, diferenciadas, e tecnicamente

especializadas. Trata-se ainda do local onde são abordadas as vias verdes, nomeadamente, a AVC, a coronária, a sépsis e o trauma. Na SE, estão alocados o enfermeiro da SE e o enfermeiro da equipa de emergência intra-hospitalar.

O Enfermeiro da SE é responsável pela organização da sala, fazendo o preenchimento de várias *checklists* diárias para garantir a operacionalidade da SE, e pela gestão do atendimento ao doente crítico. Estabelece prioridades de cuidado, administra terapêutica de forma segura, intervém com celeridade em situações emergentes, e garante a estabilização e encaminhamento dos utentes para a área adequada ou para transferência intra/extra-hospitalar. Por outro lado, o enfermeiro da equipa de emergência intra-hospitalar, permanece disponível para colaborar com o colega responsável pela SE, mas a sua principal função é responder a qualquer ativação de emergência interna. A ativação da equipa, composta pelo enfermeiro e pelo médico intensivista, é realizada por via rádio, através do número interno 2222, permitindo uma resposta rápida e especializada em toda a instituição. Os critérios de ativação são claramente definidos e incluem: compromisso da via aérea, paragem respiratória, frequência respiratória inferior a 6 ou superior a 35 ciclos/minuto, saturação periférica de oxigénio inferior a 85% com oxigénio suplementar, paragem cardiorrespiratória, frequência cardíaca inferior a 40 ou superior a 140 batimentos/minuto, pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, diminuição superior a 2 pontos na Escala de Coma de *Glasgow*, crises convulsivas prolongadas ou repetidas, e perda súbita de consciência. A atuação do enfermeiro na emergência intra-hospitalar caracteriza-se pela capacidade de resposta rápida e eficaz, em colaboração com a equipa médica, assegurando a estabilização do doente. Paralelamente, assume um papel determinante na formação, orientação e apoio aos profissionais das enfermarias, contribuindo para a disseminação de boas práticas e para o reforço da vigilância clínica.

Apesar da SE ser um posto de trabalho central no tratamento ao doente crítico, a identificação e o cuidado a este não devem restringir-se exclusivamente à SE ou a episódios de emergência interna. O doente crítico está presente em diferentes áreas do SU, muitas vezes com necessidades complexas e rapidamente evolutivas, exigindo uma vigilância contínua e um olhar perspicaz por toda a equipa de enfermagem. Neste contexto, o EEEMCPSC, assume um papel fundamental. As suas competências avançadas permitem-lhe avaliar de forma holística e rigorosa a condição clínica da PSC, identificar precocemente sinais de deterioração, priorizar intervenções, e tomar decisões fundamentadas e seguras.

A enfermagem, encontra-se em constante evolução, tornando essencial a atualização contínua de conhecimentos para assegurar cuidados de qualidade, com autonomia, responsabilidade e competência. A formação profissional reforça a capacidade de resposta da enfermagem aos desafios emergentes e é determinante para um exercício de excelência no SU, promovendo adaptabilidade, desenvolvimento profissional, e realização pessoal. No SU, a formação ocorre de três formas principais: em serviço, realizada conforme as necessidades da equipa; interna, promovida pelo departamento de formação da ULS e divulgada aos colaboradores; e externa, desenvolvida fora da instituição, de acordo com interesses pessoais e necessidades formativas, com dispensa de serviço.

A par da formação contínua, o serviço promove programas de melhoria contínua da qualidade, existindo diversos grupos de trabalho dedicados a áreas específicas, nomeadamente o controlo de infeção e as auditorias internas relacionadas com as vias verdes e a triagem. Destaca-se ainda a sinalização dos doentes com alergias conhecidas, que são identificados de forma imediata no momento da triagem, através da utilização de pulseiras com cores específicas. Existe, igualmente, uma equipa multidisciplinar responsável pela elaboração e implementação do plano de catástrofe. No que respeita à comunicação clínica estruturada, esta é assegurada através do modelo ISBAR (Identificação, Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação), conforme normativo da DGS nº01/2017 de 08/02/2017, sendo esta metodologia utilizada também nas passagens de turno, as quais se realizam de acordo com a dinâmica de cada área de trabalho.

Relativamente aos sistemas de informação para o registo e documentação do cuidados prestados pelos profissionais de saúde, essenciais para a gestão de informação clínica, administrativa e logística, apresento de seguida os mais relevantes ao longo do estágio: o Sclínico, utilizado para registos de enfermagem, prescrições, exames e acompanhamento do historial clínico dos utentes; Qualitus, que disponibiliza normas e procedimentos técnicos aprovados pelo departamento da qualidade; GOOPortal, para registo de emergências internas; UTILSOFT, destinado à notificação de riscos clínicos e não clínicos, promovendo a segurança do utente; Dietas, para requisição de dietas e suplementos; Requisição Armazéns, para solicitação de medicação e materiais clínicos; e RISI, utilizado na gestão de horários da equipa.

Para a gestão e fornecimento seguro dos fármacos, o SU adota o sistema automatizado PYXIS. É um programa de acesso fácil, "*touch-to-take*", que permite aceder facilmente aos produtos necessários,

minimizando os problemas relacionados com níveis mínimos e rutura de stock. Existem disponíveis no SU quatro estações de PYXIS.

No âmbito da gestão, a experiência foi enriquecida pelo facto da orientadora clínica acumular funções de coordenação, assumindo frequentemente posto de responsável de turno. Esta situação permitiu-me compreender, de forma mais aprofundada, a complexidade inerente à gestão de recursos humanos e materiais. Relativamente à gestão de materiais, a organização e gestão de stock são realizadas de acordo com a metodologia *Lean*, um sistema de gestão visual que permite assegurar a reposição atempada dos materiais e consumíveis clínicos. Este modelo baseia-se na definição de níveis mínimos de stock e na utilização de sinalizações visuais que indicam a necessidade de reposição, garantindo a disponibilidade contínua dos recursos essenciais à prestação de cuidados. A aplicação do *Kanban* contribui para a redução de ruturas de stock, minimização do desperdício, e melhoria da eficiência organizacional, aspetos particularmente relevantes num serviço caracterizado pela elevada rotatividade de utentes e pela necessidade de resposta rápida e eficaz. Este processo é gerido pela equipa de enfermagem, com supervisão do responsável de turno.

Apesar da elevada capacidade de resposta, o SU médico-cirúrgico enfrenta desafios como sobrelotação, tempos de espera prolongados, e crescente complexidade dos quadros clínicos. Neste contexto, a atuação diferenciada e autónoma do EE é fundamental, contribuindo para a continuidade, humanização, e qualidade dos cuidados prestados. A unidade apresenta-se organizada e estruturada, com equipas multidisciplinares, sistemas de gestão, metodologias de trabalho, e programas de melhoria contínua, que asseguram a segurança, a eficiência e a resposta adequada às necessidades da população.

1.3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A medicina intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de falências orgânicas, potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, iminentes ou estabelecidas. A medicina intensiva tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente, e por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (Ordem dos Médicos, 2018).

Uma UCI deve corresponder a um sistema organizado para prestação de assistência ao doente crítico, assegurando cuidados clínicos multiprofissionais intensivos e especializados, capacidade de monitorização avançada, e múltiplas modalidades de suporte fisiológico de órgão para manter a vida durante um período de disfunção orgânica aguda. Apesar de uma UCI estar circunscrita a uma área geográfica do hospital, as suas atividades estendem-se para lá das paredes do espaço físico, para abranger atividades nos SU, nas enfermarias, e nas consultas de *follow-up* (Ordem dos Médicos, 2018).

Numa UCI, espera-se que o enfermeiro realize uma avaliação e monitorização contínuas da pessoa; coordene, implemente, avalie e reveja os planos de cuidados; administre simultaneamente múltiplos fármacos; e antecipe, previna e identifique precocemente situações que possam comprometer a sua condição clínica, priorizando intervenções adequadas. Além disso, desempenha um papel fundamental na orientação e educação da pessoa sobre a manutenção da saúde, assegurando a continuidade do tratamento e assumindo funções de substituição quando este apresenta limitações cognitivas ou motoras para desempenhar as suas atividades. Neste contexto, o enfermeiro atua num ambiente complexo e dinâmico, exigindo não apenas uma qualificação técnica e científica avançada, mas também a capacidade de mobilizar as suas competências profissionais. A sua prática deve integrar o domínio da tecnologia com a humanização dos cuidados, abordando a pessoa de forma holística e reconhecendo-o como um indivíduo único (Pinho, 2020).

A UCI onde foi realizado o estágio foi criada com a finalidade de prestar cuidados altamente especializados a doentes em estado crítico, com a ajuda de meios físicos, humanos e técnicos adequados, dentro da área de implantação geográfica do distrito e a utentes transferidos de outras áreas. Tem como missão tratar o doente crítico, ou potencialmente crítico, que necessite de suporte de um, ou mais órgãos, ou sistemas e/ou monitorização contínua e intensiva. Assim como, dar resposta a situações urgentes ou emergentes do foro médico-cirúrgico e trauma, situações de paragem cardiorrespiratória, manutenção de potencial dador de órgãos, e ainda consulta de *follow-up* imediata e tardia em doentes anteriormente internados na UCI.

O espaço físico da UCI é formado por um gabinete da secretária da unidade; dois vestiários (masculino e feminino); uma sala de acolhimento de visitas; três casas de banho com chuveiro; duas alas com um total de nove unidades de doentes (das quais fazem parte uma unidade de contingência, três isolamentos em vidro e duas adufas); uma sala de reuniões e passagem de turno; dois balcões de trabalho e apoio a

cada ala; um balcão de registo e vigilância; uma sala de arrumação de material e equipamentos; uma sala de desinfeção; um hall de transferência de utentes; um gabinete do diretor médico; um gabinete do Enfermeiro Chefe; uma copa; um armazém avançado; uma sala de despejos; uma arrecadação de material e rouparia; e uma arrecadação/arquivo.

Relativamente aos recursos humanos, existe uma equipa multidisciplinar, vocacionada para a prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade aos utentes. É constituída por uma equipa médica (Diretor de Serviço e 17 médicos), equipa de enfermagem (Enfermeiro Gestor e 30 enfermeiros), equipa de 10 assistentes operacionais (dependentes, hierarquicamente, do Encarregado Operacional, sendo que, em termos funcionais, está dependente do Enfermeiro Chefe), e uma assistente técnica. Existem ainda outros profissionais que colaboram com a unidade, de forma continua, como é exemplo o apoio do nutricionista, barbeiro, médico fisiatra, fisioterapeuta, ou outros elementos da instituição sempre que solicitados. A equipa de Enfermagem é constituída por 31 elementos distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: 1 Enfermeiro Gestor; 14 Enfermeiros Especialistas (9 Especialidade Médico-Cirúrgica e 5 Especialidade Reabilitação); e 16 Enfermeiros Generalistas.

A UCI dispõe de equipamento especializado que permite a monitorização contínua e o suporte vital de doentes em estado crítico, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Cada unidade, para além da cama articulada elétrica, dispõe de um conjunto de equipamentos fundamentais, nomeadamente aspirador de fluidos, insuflador manual com máscara e conexão à fonte de oxigénio, fontes de oxigénio e ar comprimido, ventilador para ventilação mecânica invasiva e não invasiva com suporte movível para fixação e segurança das traqueias, monitor com ferramentas para eletrocardiografia, pressão arterial invasiva e não invasiva, oximetria de pulso, monitorização da temperatura esofágica, monitorização da frequência respiratória, fonte de luz, bombas e seringas perfusoras, mesa de apoio, cadeira, entre outros.

Cada unidade possui, permanentemente, diversos consumíveis, entre eles desinfetante cutâneo, compressas esterilizadas, unidoses de soro fisiológico a 0,9%, material de punção, seringas de diferentes tamanhos e agulhas com diferentes calibres, seringas de gasometria, manómetro de pressão para avaliação da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal (TOT), filtros para o circuito do ventilador, glucómetro, tiras e lancetas, luvas de diferentes tamanhos, adesivo, sondas de aspiração, entre outros. Existe ainda material de apoio à prestação de cuidados de higiene e conforto, como lençóis, pijamas e batas

hospitalares, fraldas, resguardos, esponjas e escovas de higiene oral, aventais de proteção e fitas de nastro.

De acordo com as necessidades de vigilância e monitorização da PSC, dispõe de outros equipamentos que se encontram devidamente acondicionados, entre os quais destaco os mais usados ao longo do estágio: ventiladores (ELISA 800; SERVO I; Monnal para transporte; V60 – Phillips ; BiPap Stellar; AIRVO 2 – Terapia de Alto Fluxo); monitores Mindray; módulo *Bispectral index* - BIS; módulo *de Pulse Contour Cardiac Output* (PICCO); monitor de desfibrilhação; máquinas de hemodiafiltração; nuvens de aquecimento *WarmTouch*; equipamento de gasometria; terminal de medicação Pyxis; bombas perfusoras de alimentação; bombas e seringas perfusoras; aquecedores de fluidos; *cough assist*; fibroscópio; videolaringoscópio; ecógrafo; entre outros.

Ao longo do estágio, foi possível percecionar que a formação em serviço assume um papel fundamental na assimilação de conhecimentos e no desenvolvimento de competências profissionais. Este processo caracteriza-se pela participação ativa da equipa, nomeadamente através da identificação, escolha, e apresentação de diversos temas durante as reuniões de serviço mensais. O plano de atividades de formação em serviço é elaborado pelo enfermeiro-chefe, em articulação com o enfermeiro responsável pela área da formação, contando ainda com a colaboração de todos os elementos da equipa, onde também tive oportunidade de participar ativamente.

Na UCI, encontram-se implementados programas de melhoria contínua orientados para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados, onde destaco o programa STOP Infeção 2.0, o Projeto HUCI (*Humanizando los Cuidados Intensivos*) e as consultas de *follow-up*. O STOP Infeção 2.0 tem como objetivo a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, através da aplicação sistemática de boas práticas baseadas na evidência, da monitorização de indicadores, e do envolvimento ativo das equipas na prevenção do risco infecioso. O Projeto HUCI promove uma abordagem centrada na PSC e na sua família, valorizando a humanização dos cuidados, a comunicação, o conforto, a dignidade, e a participação familiar. Complementarmente, as consultas de *follow-up* permitem a monitorização contínua do doente e familiares após a alta da UCI, possibilitando a identificação precoce de sequelas físicas, cognitivas e psicológicas, bem como a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A aplicação B-ICU.Care (uma extensão da B-Simple) é o sistema informático utilizado, permitindo o registo, gestão e consulta da informação clínica dos doentes internados, bem como o apoio ao trabalho diário. Assim, o enfermeiro tem como responsabilidade efetuar os registos relativos a cada doente nesta aplicação.

Os registos de Enfermagem constituem uma ferramenta fundamental para o trabalho da equipa multidisciplinar, uma vez que fornecem informação pertinente acerca do estado clínico do utente. Permitem, assim, o conhecimento das observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de Enfermagem, visando a continuidade e individualização dos cuidados. Na unidade, tal como no SU, é utilizada a metodologia de transmissão de informação *ISBAR*.

O plano de trabalho para os diferentes turnos é elaborado no turno anterior para o seguinte, pelo Enfermeiro Responsável de turno. Para esta distribuição é utilizado o NAS (*Nursing Activity Score*) como base na avaliação da carga de trabalho. O NAS tem o intuito de calcular as reais necessidades da prática clínica, atendendo às intervenções autónomas e interdependentes, aliado ao grau de complexidade do doente e da terapia instituída. Esta metodologia não exclui a colaboração de outros elementos da equipa que é fundamental para a resposta adequada às necessidades do doente crítico.

O material de consumo clínico está organizado segundo a metodologia *Lean*, tal como acontece no SU. Existe um armazém avançado com todo o material necessário à prestação direta de cuidados. O consumo de materiais para reposição é realizado pelos assistentes operacionais com supervisão dos enfermeiros, que registam o débito de material na aplicação informática GLINTT, conforme o *Kanban* do produto.

Um aspeto que distingue a unidade em questão está relacionado com a interação com as famílias ou cuidadores. A visita decorre conforme análise da equipa prestadora de cuidados das necessidades do doente e da família. O tempo de visita é gerido de acordo com a condição do doente e família, e do normal funcionamento da UCI. A visita é recebida pelo enfermeiro responsável pelo doente, na sala destinada para o efeito, e é dada informação sobre as normas de funcionamento e proteção individual. É função do enfermeiro e médico responsáveis pelo doente, informar a visita da situação clínica do doente ou familiar. No momento da primeira visita, é entregue o Guia de Acolhimento das Visitas. Sempre que

a condição clínica do doente permite, as visitas são personalizadas em termos de tempo, ou número de visitantes, o que considero ser um aspeto fundamental na humanização dos cuidados.

Por fim, a metodologia de trabalho em vigor na unidade é o método individual de trabalho, sendo atribuído a cada enfermeiro um determinado número de utentes, variando entre um ou dois, para os quais se apresenta como responsável pela prestação de cuidados globais. No entanto, o espírito de equipa e entreajuda é valorizado.

2. O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), "o título de EE reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.22). Este, "é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, nos termos do regulamento da especialidade, aprovado pela OE e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A especialização em enfermagem assume-se como um processo formativo exigente, orientado não apenas para a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, mas também para o desenvolvimento de competências humanas, éticas e relacionais.

Atualmente, entende-se o conhecimento como dinâmico, pessoalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa, e desenvolvimento colaborativo de saberes. Entende-se a formação como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interativos. Aspira-se a que a educação conduza a um mundo mais humanizado (Alarcão & Rua, 2005).

Não poderia ser feita uma abordagem ao desenvolvimento de competências em Enfermagem sem fazer referência a Patricia Benner, e ao seu modelo de desenvolvimento de competência aplicado à Enfermagem, baseado no Modelo de Aquisição de Perícia de *Dreyfus*. Segundo Benner (2001), os enfermeiros não se tornam especialistas apenas através da formação teórica, mas através de um processo contínuo de experiência prática, refletindo e integrando conhecimento ao longo do tempo. Segundo esta, a experiência é definida como o melhorar teorias e noções pré-concebidas, através

do encontro de numerosas situações reais, que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria. A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa, e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.

Uma assunção importante do modelo de *Dreyfus* é que, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações.

Neste sentido, Patricia Benner definiu cincos estados de competência dos enfermeiros e para cada um deles, descreveu as suas características: 1) iniciado, aplica regras sem experiência prática; 2) iniciado avançado, começa a reconhecer padrões com alguma experiência; 3) competente, trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, organiza e planeia cuidados com maior intencionalidade; 4) proficiente, percebe situações de forma antecipada, mais integrada e holística; 5) perito, atua de forma intuitiva e eficiente, com julgamento clínico avançado (Benner, 2001).

No seguimento desta linha de pensamento, é apresentada uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento e a aquisição das Competências Comuns do EE, bem como uma exposição detalhada das Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, adquiridas ao longo dos estágios realizados.

2.1. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Atualmente, os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 emitido pela OE, a atribuição do título de EE pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas, em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

As Competências Comuns do EE, envolvem as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar, e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, acima enunciado, as competências comuns são aquelas, partilhadas por todos os EE, 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. Assim, os domínios das Competências Comuns do EE, dividem-se em quatro, sendo eles:

1) *Responsabilidade profissional, ética e legal;*
2) *Melhoria contínua da qualidade;*
3) *Gestão dos cuidados;*
4) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).*

2.1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No presente domínio, segundo o Regulamento nº140/2019, estão definidas as seguintes competências do EE: a) 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 e b) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desde sempre, a prática clínica, nomeadamente os cuidados de enfermagem, foram geradores de situações complexas do foro ético, legal e deontológico, o que constitui um desafio. No entanto, os enfermeiros devem procurar constantemente um guia orientador para a sua tomada de decisão. A prática profissional de enfermagem, em Portugal, é sustentada por um conjunto de instrumentos legais e normativos que garantem a qualidade, a segurança, e a ética dos cuidados de saúde. O REPE define os princípios orientadores do exercício profissional, os domínios de intervenção e a responsabilidade do enfermeiro. O Estatuto da OE atribui a esta entidade a competência de regular, supervisionar e certificar a prática profissional. Enquanto o Código Deontológico da profissão, estabelece os princípios éticos que norteiam a atuação do enfermeiro. Complementarmente, os regulamentos das competências do enfermeiro, comuns e específicas, clarificam o âmbito de atuação dos enfermeiros de cuidados gerais e especialistas. A Lei de Bases da Saúde enquadra o sistema de saúde português, reforçando o direito à proteção da saúde e à prestação de cuidados de qualidade, enquanto as normas e orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde constituem referenciais técnicos essenciais à prática clínica, promovendo a

segurança do doente e a uniformização dos cuidados. Assim, os enfermeiros devem orientar a sua atividade de acordo com as orientações emanadas pelos documentos supracitados.

No seu todo, o Artigo 78.º do Código Deontológico representa o artigo ético do articulado deontológico. A responsabilidade profissional dos enfermeiros é salientada no número 3 do mesmo artigo ao mencionar que, um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade. Por sua vez, os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos "gente que cuida de gente", pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Paralelamente, o quadro legal duma profissão surge da necessidade de regular essa mesma profissão, faculta aos seus elementos uma orientação para o desempenho e harmonização de condutas e, simultaneamente, para proteção dos seus alvos. Nesta perspetiva, cabe a cada um dos enfermeiros orientar a sua prática profissional no sentido do cumprimento do quadro legal existente. Este dever geral encontra-se concretizado no Código Deontológico, na alínea a) do Artigo 79.º (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Neste contexto, a abordagem à PSC foi realizada com o objetivo de promover uma relação terapêutica adequada, respeitando integralmente os seus direitos, privacidade e dignidade, assegurando a inexistência de qualquer forma de discriminação. Os cuidados prestados foram orientados por elevados padrões de qualidade, sendo disponibilizados de forma clara, informada e esclarecida, permitindo à pessoa tomar decisões conscientes sobre o que considerava mais adequado para si, mediante a obtenção do consentimento informado. Nos casos em que a pessoa se encontrava incapacitada de decidir, e não era possível obter esse consentimento, recorreu-se ao consentimento presumido, sempre em conformidade com os princípios éticos da beneficência e da não maleficência, tendo como prioridade a promoção e preservação da vida.

Ao longo do estágio, procurei alcançar a excelência na prestação de cuidados, sustentados na evidência científica mais recente, com dedicação, responsabilidade e compromisso profissional. A família foi uma prioridade, e integrada de forma contínua e ativa em todo o processo clínico, reconhecendo-se o seu papel fundamental no cuidado à PSC.

No decorrer do estágio realizado no INEM, vivenciei diversas situações clínicas complexas e imprevisíveis, nas quais tive a oportunidade diária de prestar cuidados de enfermagem à PSC. Procurei adotar uma abordagem centrada no respeito pela dignidade humana, reconhecendo a individualidade e a intimidade da pessoa, bem como dos seus familiares ou cuidadores, mesmo em contextos adversos e de elevada pressão. Um aspeto que tive em consideração foi a preservação da intimidade e privacidade como um direito fundamental da pessoa, um compromisso ético e um dever deontológico do enfermeiro tal como está descrito na Lei n.º 156/2015. Tentei manter sempre um ambiente privado, prestando os cuidados num ambiente mais resguardado, sempre que possível, dentro da ambulância. Dadas as exigências específicas da prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, e dos diferentes contextos onde a prática ocorreu, desde o domicílio até à via pública, valores como justiça, responsabilidade e competência estiveram consistentemente presentes na minha atuação. Neste sentido, o cuidado prestado implicou reconhecer a unicidade da pessoa, a sua vulnerabilidade, e o contexto em que se encontrava, demonstrando abertura, empatia e prontidão para responder às suas necessidades e promover a sua autonomia, sempre que possível. A confidencialidade da informação clínica, bem como o respeito pelas crenças, valores, autonomia e privacidade da pessoa e da família foram garantidos, mesmo em ambientes não convencionais, como acidentes na via pública ou doença súbita no domicílio, onde o contexto emocional é intenso.

Para além destes princípios orientadores, a responsabilidade pelos meus atos esteve constantemente presente. A comunicação terapêutica estabelecida com a pessoa, família ou cuidadores foi empática e adaptada às particularidades de cada situação, tendo em vista a estabilização clínica, a redução do sofrimento e a promoção da segurança. Os procedimentos a serem instituídos, bem como o encaminhamento, foram sempre explicados à vítima ou aos seus familiares ou cuidadores. No contexto do INEM, os enfermeiros são frequentemente confrontados com desafios éticos que exigem decisões rápidas e bem fundamentadas, em cenários de grande incerteza.

A complexidade da prestação de cuidados à PSC no âmbito pré-hospitalar exige do profissional não só conhecimentos técnicos aprofundados, mas também uma sólida noção ética para lidar com situações inesperadas. Nestes momentos, o EE é chamado a intervir com assertividade, responsabilidade e respeito pela dignidade das pessoas envolvidas, incluindo a família e outros intervenientes. Dessa forma, tornou-se evidente que o respeito pelos princípios éticos e legais é indispensável em qualquer contexto de prestação de cuidados. No INEM, uma prática profissional segura e eficaz assenta na aplicação

consistente desses valores, fundamentais para salvaguardar a dignidade da pessoa e alcançar resultados positivos em saúde. Assim, reconheço que desenvolvi de forma sólida e coerente as competências exigidas neste domínio, adequando a minha atuação às exigências do ambiente pré-hospitalar.

Outro aspeto que foi transversal a todos os estágios prende-se com a humanização dos cuidados. Tal como está consagrado no Artigo 110.º do Estatuto da OE, o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; e b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Diário da República, 2015).

Apesar da humanização dos cuidados ter sido privilegiada ao longo de todos os estágios, considero que no estágio de UCI, este aspeto foi trabalhado mais profundamente, e tal prende-se com o projeto implementado na unidade onde o estágio foi realizado, o Projeto HUCI. O Projeto HUCI é uma iniciativa orientada para a revalorização da dimensão humana nas Unidades de Cuidados Intensivos, promovendo um modelo de cuidados centrado nas pessoas, doentes, familiares e profissionais de saúde, sem comprometer a excelência técnico-científica. Perante os avanços tecnológicos, e o aumento das taxas de sobrevivência, o projeto propõe uma mudança cultural que integra comunicação eficaz, empatia, participação da família, bem-estar do doente e dos profissionais, adequação dos cuidados no fim de vida e humanização dos espaços físicos. Através de linhas estratégicas bem definidas e de uma metodologia estruturada, o HUCI visa transformar as UCIs em ambientes mais acolhedores, éticos e sustentáveis, reforçando a qualidade assistencial e a satisfação de todos os intervenientes no processo de cuidados. Para alcançar os resultados desejáveis, este projeto priorizou os seguintes programas e áreas de intervenção: política de portas abertas nas UCIs; comunicação; bem-estar do doente; presença e participação dos familiares nos cuidados intensivos; cuidado do profissional de saúde; prevenção, gestão e monitorização da síndrome pós-cuidados intensivos; infraestruturas humanizadas e cuidados no fim de vida (Calle, 2016).

Realço algumas medidas implementadas na unidade, no âmbito do projeto em questão, a presença da família em horários personalizados; integração das famílias nos cuidados; permissão para a família assistir a determinados procedimentos, nomeadamente extubação orotraqueal; um local específico dentro de cada unidade para a colocação de objetos significativos para a família e doente, "cantinho dos afetos"; entre outros. Estas medidas contribuíram não só para a melhoria da qualidade dos cuidados

prestados, mas também para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, reforçando a importância da humanização como componente essencial da prática em cuidados intensivos, mas que se pode estender a todas as áreas assistenciais. Assim, estas experiências promoveram a minha reflexão e a procura contínua de melhoria na prestação de cuidados holísticos e humanizados.

No que diz respeito à comunicação com a PSC, mais especificamente na SE e na UCI, independentemente de os doentes estarem sob sedação ou com dispositivos que dificultam a comunicação, usei sempre a estratégia de me identificar e comunicar frequentemente, sobretudo na abordagem física ou em procedimentos que pudessem causar desconforto. Ainda no âmbito da comunicação, consta no Artigo 105.º da Lei n.º 156/2015 o dever de informação. No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (Diário da República, 2015). Este dever mantém-se mesmo em contextos de elevada complexidade, como a SE e a UCI, onde as condições clínicas do doente podem limitar ou impossibilitar a comunicação verbal.

Nestes contextos, independentemente dos doentes se encontrarem sob sedação, ou serem portadores de dispositivos que dificultassem a comunicação, utilizei sempre a estratégia de me identificar e comunicar de forma frequente, sobretudo durante a abordagem física ou na realização de procedimentos potencialmente desconfortáveis. Paralelamente, procurei garantir uma comunicação regular e clara com a família, enquanto principal interlocutora da PSC, fornecendo informação sobre os cuidados prestados, esclarecendo dúvidas e informando sobre os recursos disponíveis, bem como sobre os procedimentos necessários para o seu acesso.

Foi sempre uma preocupação informar a PSC sobre os cuidados que lhe prestava e de obter o seu consentimento informado. Contudo, em situações de instabilidade clínica, alteração do estado de consciência ou sedação, a capacidade do doente para compreender a informação e expressar a sua vontade encontrava-se, por vezes, comprometida, constituindo um entrave à obtenção de um consentimento informado pleno. Aqui, surge a necessidade de que todos os profissionais devem familiarizar-se com os principais conceitos éticos e legais comuns, como o respeito aos princípios éticos,

que são imutáveis nos tempos e nos lugares, encontrando-se acima de conceitos ideológicos ou políticos (Rosa et al., 2016).

Neste sentido, perante a impossibilidade temporária de decisão autónoma por parte do doente, os cuidados de enfermagem foram prestados de forma proporcional, necessária e fundamentada, recorrendo-se, sempre que possível, à informação e envolvimento da família ou representante legal. A aplicação dos princípios éticos como a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foram fundamentais. O princípio da autonomia permite ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, mediante uma informação correta. O princípio da beneficência baseia-se no conceito de fazer o bem e o da não-maleficência em não causar dano. O princípio da justiça faz referência à distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, bem como à garantia de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. A formulação de uma decisão ética é baseada na compreensão destes princípios fundamentais de bioética que se aplicam a problemas comuns da prática clínica (Rosa et al., 2016).

A par com o dever de prestar informação encontra-se o dever do sigilo (Artigo 105.º da Lei n.º 156/2015), onde o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (Diário da República, 2015). Durante o estágio, este dever refletiu-se na prática diária, nomeadamente no cuidado com a forma e o local onde eram partilhadas informações, evitando conversas sobre os utentes em espaços inadequados e garantindo a confidencialidade dos dados nos registos clínicos. As informações eram prestadas preferencialmente de forma presencial, e apenas ao próprio doente ou ao familiar de referência, após identificação inequívoca do mesmo, assegurando assim a privacidade, a dignidade e a construção de uma relação de confiança entre o doente, a família e a equipa de enfermagem.

Por fim, e não menos importante, é o cuidado à pessoa em fim de vida. De acordo com o Artigo 108.º da Lei n.º 156/2015, o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas do fim de vida, assume o dever de defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que a acompanhem, de respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela própria pessoa, pela família ou por pessoas significativas, bem como de respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. Durante o estágio, estes princípios foram evidentes na prática de cuidados, através da valorização da vontade do doente, sempre que possível, do apoio emocional prestado à família nos

momentos de maior fragilidade, permitindo a presença destes, sempre que possível, e do respeito demonstrado perante o sofrimento, o silêncio e o luto. Após a morte, o cuidado com o corpo foi realizado com dignidade e respeito, refletindo a importância de uma abordagem humanizada que reconhece a pessoa para além da doença, mesmo após o fim da vida.

Considero que as experiências vividas durante o estágio foram determinantes para o desenvolvimento das competências descritas. A constante procura pela excelência nos cuidados, aliada à reflexão crítica realizada em colaboração com os Enfermeiros orientadores e com a restante equipa multidisciplinar, revelou-se essencial para o aperfeiçoamento e consolidação de competências que promovem o respeito pelos direitos humanos e o cumprimento das responsabilidades profissionais do EE.

2.1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O conceito de "qualidade" é seguramente um dos mais frequentemente referidos em qualquer comunicação feita sobre saúde. Todos os atores intervenientes na área da saúde (políticos, instituições, pessoas, profissionais, doentes, órgãos de informação, entre outros) concordam em considerar a qualidade como um parâmetro fundamental para qualquer sistema de saúde. A relevância do conceito talvez resida na capacidade que possui em resumir numa única palavra as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas, permitindo questionar se um sistema de saúde funciona e como (Direção Geral de Saúde, 2023).

No entanto, a qualidade não é só isso. Trata-se, antes de mais, de uma área bem definida, com o seu *corpus* teórico próprio e uma grande tradição de estudos empíricos, que teve a sua origem na época industrial. Desde então, esta área tem vindo a desenvolver-se progressivamente, oferecendo às organizações de saúde ferramentas de gestão distintas, como suporte em qualquer situação, e como forma de evoluir continuamente, integrando as oportunidades de melhoria e a aprendizagem organizacional de uma maneira ordenada, coerente, sistemática e sistémica (Direção Geral de Saúde, 2023).

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Ministério da Saúde, 2015). A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos,

com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português (Ministério da Saúde, 2015).

A melhoria contínua da qualidade constitui um dos pilares fundamentais da prática de enfermagem, sendo essencial para garantir cuidados de saúde seguros e eficazes. Este domínio compreende um conjunto de competências que visam a avaliação crítica da prática clínica, a identificação de oportunidades de melhoria, a adoção de estratégias baseadas na evidência e a promoção da excelência nos cuidados prestados.

A própria OE assume-se como um impulsionador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao disponibilizar o "Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem", que constitui uma proposta de orientação genérica para a estruturação e desenvolvimento destes projetos. De forma geral, a OE recomenda como modelo de base o ciclo PDCA ou ciclo de *Deming* (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*), enquanto metodologia sistematizada para a conceção, implementação, monitorização e ajustamento de projetos de melhoria contínua, promovendo práticas sustentadas, reflexivas e orientadas para a excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No âmbito do desenvolvimento de competências do EE, segundo o Regulamento nº140/2019, especificamente no Artigo 6.º, estão descritas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, sendo elas: a) garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante o estágio que realizei, em meio EPH, as equipas com as quais colaborei demonstraram um forte compromisso com a atualização contínua de conhecimentos, tendo sempre como objetivo a excelência na prática profissional. Este empenho traduziu-se na dinamização de grupos de trabalho dedicados à revisão regular da literatura científica, bem como à atualização de normas e protocolos de atuação.

Compreendi também que a instituição INEM tem um forte compromisso com a melhoria contínua dos cuidados e, por isso, incentivava a atualização contante de conhecimentos. Foi-me dada a oportunidade de participar em várias ações de formação já mencionadas anteriormente. Ao longo do estágio, ficou evidente a importância atribuída ao rigor no cumprimento e compreensão dessas orientações, assegurando que cada intervenção fosse realizada de forma segura, fundamentada e alinhada com as boas práticas em vigor.

O INEM disponibiliza todos os protocolos em vigor bem como ações de formação. Estes documentos estão sempre acessíveis a qualquer profissional de saúde ou *estudante*s da instituição, através da sua plataforma informática. Para além disso, tanto na SIV como na VMER está tudo devidamente identificado e organizado, no sentido de reduzir determinadas condicionantes na prestação de cuidados à PSC. Tanto o carro da VMER como a ambulância SIV estão equipados com todos os recursos materiais necessários e existem *checklists* que são verificadas diariamente, cumprindo com o que está devidamente regulamentado e protocolado, promovendo rigor na prática. Em todos os turnos realizados na SIV e VMER, foi possível participar na organização dos *stocks* e na reposição de materiais e medicamentos, recorrendo a listas de verificação que asseguravam um controlo rigoroso e sistemático. Em todos os turnos era feita uma verificação aos equipamentos essenciais para o suporte à vida, como os ventiladores, desfibrilhadores e aspiradores, garantindo a sua funcionalidade e promovendo a segurança nas intervenções de emergência. Adicionalmente, todos os meses eram revistas todas as validades e condições, quer do material quer da medicação. Também tive a possibilidade de desenvolver competências a nível da garantia de ambiente terapêutico seguro, especificamente na comunicação e transmissão de informação clínica, na passagem de informação com o CODU ou em meio hospitalar, nomeadamente na triagem, que era feita recorrendo ao método ISBAR, de forma a evitar perdas de informação e garantindo a qualidade e continuidade de cuidados. Todas as informações relevantes recolhidas durante as ocorrências eram registadas numa plataforma do INEM para o efeito. Importa referir que o meu tutor, enfermeiro pertencente à equipa de SIV, realizava um *debriefing* após cada ocorrência, criando um espaço de esclarecimento de dúvidas e de reflexão crítica sobre a intervenção realizada. Este momento foi fundamental para consolidar aprendizagens, reforçar boas práticas e prevenir a repetição de erros, contribuindo significativamente para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados à PSC.

Durante o estágio no SU, mais especificamente na SE, após uma leitura atenta dos diversos protocolos existentes, foi identificada a necessidade de atualização de dois protocolos existentes. Concretamente, procedi à revisão das seguintes instruções de trabalho: "Colheita e Preservação de Provas Forenses" (Anexo I) e "Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo" (Anexo II). Adicionalmente, elaborei um "Formulário de Registo de Lesões" (Anexo III) e anexei o "Formulário de Cadeia de Custódia" (Anexo IV) criado pela DGS, bem como, sugeri uma nova constituição para o "Kit de Colheita de Provas" (Anexo V) existente na SE.

Neste contexto, foi desenvolvido um trabalho de pesquisa com o objetivo de identificar as recomendações mais atuais, sustentadas na evidência científica. As instruções de trabalho revistas foram posteriormente validadas pelo Serviço de Medicina Legal, encontrando-se, à data, a aguardar aprovação por parte da chefia e da administração para a sua implementação, bem como para a aquisição dos materiais necessários à constituição do "Kit de Colheita de Provas".

No estágio realizado na UCI, tive ainda a oportunidade de desenvolver um estudo aprofundado sobre as *guidelines* de 2025 da *European Resuscitation Council* e da *European Society of Intensive Care Medicine* relativas aos cuidados pós-ressuscitação. Estas *guidelines* vêm atualizar as recomendações de 2021, integrando nova evidência científica relevante e reforçando o foco nos cuidados pós-ressuscitação, com o objetivo de melhorar a sobrevivência e o prognóstico neurológico dos doentes.

Neste âmbito, foi elaborada uma apresentação em *formato PowerPoint* (Anexo VI), posteriormente apresentada à equipa multidisciplinar numa reunião de serviço, no tempo dedicado ao *Journal Club* que a equipa tem. Esta iniciativa permitiu esclarecer os profissionais relativamente às principais alterações face às *guidelines* anteriores e promoveu uma discussão construtiva e reflexiva sobre os cuidados prestados neste domínio, contribuindo para a atualização de conhecimentos e para a melhoria contínua da prática clínica.

Assim, posso assumir que tive um papel ativo e consistente na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A participação na atualização de protocolos, na revisão de normas institucionais, na organização e verificação sistemática de recursos materiais, bem como na divulgação e discussão de novas *guidelines* baseadas na evidência científica, permitiu contribuir de forma concreta para a segurança, eficácia e qualidade das intervenções prestadas à PSC.

2.1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Regressando ao Artigo 7.º do Regulamento nº140/2019, é possível encontrar as competências do domínio da gestão dos cuidados, sendo elas: a) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e b) adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro gestor é evidenciado como agente ativo nos processos de mudança, destacando a responsabilidade social e a transparência, promovendo uma cultura de segurança, numa lógica de melhoria continua (Santos et al., 2025). Concomitantemente, o *International Council of Nurses* (2022) refere que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para assegurar a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados, instituindo os cuidados seguros como uma das prioridades de investigação e da práxis.

O Regulamento nº 76/2018 da OE destaca como fundamentais as funções de gestão exercidas por enfermeiros, para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional, representando um fator determinante para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Assim, a gestão dos cuidados constitui uma competência essencial da prática do enfermeiro, permitindo assegurar a continuidade, a segurança e a eficácia das intervenções.

Ao longo do estágio em contexto EPH, particularmente no meio VMER, foi possível colaborar com o enfermeiro orientador na gestão de stocks e na realização de pedidos de reparação de materiais, contribuindo para a manutenção da operacionalidade e segurança dos meios. De forma transversal, esta competência foi ainda desenvolvida através da organização das intervenções, da priorização das necessidades da PSC e da articulação contínua com a equipa multidisciplinar.

Durante o estágio em SU, a enfermeira orientadora desempenhava funções de responsável de turno, exercendo atividades de gestão que acompanhei de forma contínua ao longo do estágio. Esta proximidade permitiu adquirir uma visão integrada dos processos de tomada de decisão em contexto de elevada pressão assistencial, bem como da necessidade de adaptação permanente dos recursos humanos e materiais às exigências do serviço. Para além disso, realizei um turno específico de gestão com outro

enfermeiro chefe de equipa, tendo ainda tido a oportunidade de esclarecer dúvidas com o enfermeiro chefe, num momento de troca de informações considerado particularmente valioso, sobretudo pela comparação entre diferentes realidades institucionais.

De igual modo, na UCI, realizei um turno de gestão, o que possibilitou aprofundar o conhecimento relativo às especificidades da gestão em contextos de elevada complexidade e diferenciação técnica. Estas experiências contribuíram para reforçar a consciência da responsabilidade do EE na identificação de oportunidades de melhoria, não apenas ao nível da prática clínica direta, mas também na esfera da organização, coordenação e gestão dos cuidados.

Neste âmbito, de uma forma transversal aos dois últimos estágios, a realização de turnos dedicados à análise das atividades de gestão revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo compreender a complexidade e o impacto da função gestora na dinâmica e no funcionamento dos serviços. Esta vivência possibilitou uma observação direta e fundamentada do exercício da gestão de cuidados em contexto real. A articulação constante com as diferentes áreas hospitalares, nomeadamente a farmácia hospitalar, a manutenção técnica, a gestão de recursos humanos e a coordenação com outros serviços, evidenciou o papel estratégico do enfermeiro gestor na garantia da continuidade, organização e qualidade dos cuidados prestados.

A observação de tarefas como a elaboração dos planos de trabalho para os turnos subsequentes, o acompanhamento de pedidos de troca de turnos, a supervisão da equipa, a comunicação com os diversos profissionais e a gestão de situações imprevistas contribuiu para uma compreensão aprofundada do funcionamento global do serviço, destacando a importância de uma liderança eficaz, adaptável e colaborativa. Esta experiência permitiu reconhecer que a gestão dos cuidados de enfermagem ultrapassa a dimensão meramente organizacional, assumindo um papel central na promoção da segurança, da eficiência e da qualidade dos cuidados.

2.1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

As importantes mudanças nas áreas do saber teórico e prático, além das necessidades em saúde, exigem maior complexidade nas ações e serviços assistenciais, exigindo dos enfermeiros a aprendizagem para o ajustamento contínuo em diversos locais de trabalho. Essas alterações, associadas à velocidade da disponibilização de novas informações científicas e técnicas, têm tido um crescimento exponencial, tornando imperativa a incorporação de conhecimentos de maneira acumulativa e sequencial (Ornellas & Monteiro, 2023).

No âmbito das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais de enfermagem (Artigo 8.º Regulamento nº140/2019), a OE estabelece que o EE deve: a) desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e b) basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim sendo, a força de trabalho em saúde, com especial foco na enfermagem, precisa expandir rapidamente a sua aprendizagem, procurando sistematizar, modernizar e ampliar o alcance de metas individuais, nacionais e de nível global, com o intuito de responder às necessidades em saúde das populações. A aprendizagem ao longo da vida é fundamental para se alcançar resultados significativos (Ornellas & Monteiro, 2023).

A equipa multiprofissional que compõe a área da saúde, tendo em vista a sua especificidade, requer constante aperfeiçoamento por meio de métodos inovadores da aprendizagem, cujo objetivo é a obtenção de resultados sinérgicos relevantes e seguros para o cumprimento do planeamento de metas clínicas, aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação à decisão compartilhada na assistência em saúde (Ornellas & Monteiro, 2023). Ao longo dos estágios, este domínio foi trabalhado através da reflexão constante sobre a prática, da integração do conhecimento científico e da procura ativa por *feedback*, promovendo um crescimento pessoal e profissional contínuo e alinhado com as exigências do contexto clínico.

Para além do exposto, todas as oportunidades de aprendizagem foram aproveitadas de forma maximizada. Destaca-se, neste âmbito, a oportunidade que surgiu em contexto de estágio no SU de conhecer o serviço de esterilização. A enfermeira chefe deste serviço disponibilizou-se para me acompanhar numa visita guiada às diferentes áreas, explicando de forma detalhada os procedimentos desenvolvidos, desde a receção do material até ao seu processamento e posterior distribuição.

Esta experiência permitiu compreender a importância e a complexidade dos processos aí realizados, bem como o seu impacto direto na segurança dos cuidados e na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Importa ainda salientar, o forte compromisso deste serviço com a sustentabilidade, evidenciado pelo desenvolvimento de um projeto de reaproveitamento dos tecidos utilizados no envolvimento do material esterilizado. Após o desembalamento dos produtos, sempre que os tecidos se encontram íntegros e não conspurcados, estes são devolvidos ao serviço de esterilização, onde são reutilizados para a confeção de sacos destinados ao armazenamento de espólio pessoal, como roupas, acessórios ou telemóveis. Estes sacos são posteriormente distribuídos por todo o hospital, permitindo aos doentes guardar os seus bens pessoais de forma segura. Acresce que estes sacos são confecionados por doentes internados no serviço de psiquiatria, promovendo a sua participação ativa em atividades com utilidade prática e valor social. Este projeto revelou-se, assim, particularmente relevante em múltiplas vertentes, ao fomentar a articulação entre diferentes serviços, promover a inclusão e valorização das pessoas envolvidas e demonstrar que os serviços de saúde podem, e devem, integrar práticas sustentáveis na sua organização e funcionamento.

Ainda durante o período dos diferentes estágios, de forma a adquirir e atualizar conhecimentos, frequentei: o "II Congresso de Enfermagem dos Açores" (Anexo VII) ; "I Congresso Internacional de Enfermagem Forense – Interface entre Saúde e Justiça" (Anexo VIII) bem como as ações de formação que o INEM disponibilizou e que foram previamente descritas.

2.2. DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EEEMCPSC, traduzem um conjunto de saberes, capacidades técnicas, científicas e relacionais que sustentam uma prática altamente diferenciada. Estas competências refletem a complexidade inerente ao cuidado à PSC e/ou com falência orgânica, exigindo intervenções especializadas, oportunas e baseadas na melhor evidência científica disponível.

A OE estabeleceu no Regulamento n.º 429/2018, especificamente no Artigo 3.º, as competências específicas do EEEMCPSC. Sendo elas: a) cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) dinamizar a resposta em situações de

emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O EEEMCPSC é reconhecido como um elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros à PSC. Face à crescente complexidade das problemáticas de saúde e à exigência cada vez maior de elevados padrões de qualidade dos cuidados, este assume-se como um pilar fundamental na implementação de cuidados especializados. Neste sentido, e como complemento às competências específicas do EEEMCPSC anteriormente descritos, a OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 361/2015), os quais, através dos seus enunciados descritivos, se constituem como uma orientação para a prática especializada de qualidade nesta área (Ordem do Enfermeiros, 2015).

Assim, considerando os resultados de aprendizagem alcançados durante o estágio, o desenvolvimento de competências especializadas foi orientado pelas competências comuns do EE, articuladas com as competências específicas do EEEMCPSC e com os respetivos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados.

2.2.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, 2018, a PSC sendo aquela cuja vida se encontra ameaçada pela falência ou pela iminência de falência de uma ou mais das suas funções vitais, e cuja sobrevivência está dependente de recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, requer um cuidado complexo, exigindo que o EEEMCPSC mobilize os seus conhecimentos e habilidades, de modo a responder em tempo útil e de forma holística à complexidade das situações e às respostas necessárias ao cuidado à mesma e à sua família. Por conseguinte, os cuidados de enfermagem à PSC são caracterizados como sendo altamente qualificados e contínuos como resposta às suas necessidades, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste contexto, a realização do estágio em três campos distintos (EPH, SU e UCI) revelou-se particularmente relevante, não apenas pela diversidade de contextos, mas sobretudo pela sua sequência lógica, a qual teve um impacto significativo na ordem de aquisição e consolidação de conhecimentos. O acompanhamento da PSC ao longo de todas as fases do seu percurso assistencial permitiu uma compreensão integrada e global do processo de cuidados, desde a abordagem inicial e estabilização, passando pela resposta em contexto de urgência, até à vigilância contínua e cuidados altamente diferenciados em cuidados intensivos. Esta vivência favoreceu a compreensão do *continuum* de cuidados e evidenciou o papel central do EEEMCPSC na avaliação, tomada de decisão, intervenção atempada e articulação entre níveis de cuidados, assegurando uma prática especializada orientada para a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados prestados à pessoa e à sua família.

No estágio de EPH, tanto em contexto de VMER como SIV, o papel do EE é central. No entanto, o enfermeiro destaca-se como o elemento diferenciado da equipa na ambulância SIV, devido à sua experiência e formação específica na área da emergência e do doente crítico. Em ambos os contextos, SIV e VMER, é utilizada a metodologia "ABCDE" (*Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*) na abordagem inicial à vítima. Nesta abordagem, apesar de ter uma componente teórico-prática, nunca é esquecida a humanização dos cuidados.

Em ambos os contextos, o enfermeiro permanece junto da vítima até à transferência para uma equipa mais diferenciada (como as equipas SAV, ou equipa hospitalar). Neste percurso, é da sua responsabilidade identificar e antecipar potenciais complicações, garantindo cuidados com elevados critérios de qualidade.

Na prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, observei uma uniformização da prática baseada em protocolos clínicos rigorosos. Embora muitas das técnicas aplicadas fossem do meu conhecimento, uma vez que a minha experiência profissional anterior se desenvolveu em contexto de urgência/emergência, o trauma, pela pouca experiência prática, exigiu mais atenção e estudo. Contudo, devido à escassez de episódios clínicos deste tipo, não foi possível aplicar todos os protocolos e técnicas existentes.

A avaliação sistemática dos sinais vitais é uma prática transversal, permitindo a identificação precoce de instabilidade hemodinâmica. A avaliação da dor esteve sempre presente. Em contexto SIV agimos em conformidade com os protocolos de sedação e analgesia, através de medidas farmacológicas e não

farmacológicas, no alívio e controlo da dor. Em contexto de VMER, devido à presença do médico, cabe a este a indicação da analgesia a instituir.

A abordagem à vítima e à sua família, numa situação crítica, exige que o enfermeiro mantenha uma relação terapêutica, promovendo uma comunicação eficaz, tanto com o doente como com os familiares. O EE deve ser detentor de conhecimentos aprofundados em técnicas e estratégias de comunicação.

Viver uma situação de doença grave é um momento de crise para a PSC. Quando a equipa de EPH chega, a pessoa pode sentir que a sua privacidade está ameaçada, devido à gravidade da situação e ao ambiente que se gerou à sua volta devido à presença de pessoas estranhas e de equipamentos complexos aos seus olhos. Surge uma sensação de perda de controlo, vulnerabilidade e medo de perder a autonomia ou até de morrer. Por outro lado, os familiares/cuidadores, ao presenciarem a intervenção da equipa e a utilização de equipamentos técnicos, enfrentam um momento de grande ansiedade e stress.

A morte inesperada é um evento particularmente difícil de aceitar, sendo muitas vezes marcada pela sua natureza súbita e inexplicável. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de vivenciar esta realidade. Em situações de óbito, mais especificamente em contexto de ambulância SIV, o enfermeiro desempenha um papel central no início do processo de luto, assumindo a responsabilidade de comunicar com eficácia e empatia, fazendo a diferença nesse momento sensível. Recordo uma situação específica: após a chegada dos meios SIV e VMER a uma paragem cardiorrespiratória (PCR) inesperada que ocorreu no domicílio e foi presenciada pelos familiares (incluindo filhos menores), foi clara que a situação era irreversível. Apesar de toda a situação ter sido explicada aos presentes, e ter sido dado o apoio possível, foi notória a necessidade de pedir apoio psicológico diferenciado, sendo ativado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) que disponibilizou um psicólogo para se descolar ao local. Apesar do desfecho infeliz, este exemplo evidenciou a eficiência dos meios do INEM e demonstrou como a articulação entre todos os intervenientes pode trazer benefícios inestimáveis para quem mais precisa.

A abordagem à vítima permitiu-me prestar cuidados de enfermagem em situações urgentes e emergentes, identificando precocemente sinais de instabilidade e intervindo de forma preventiva, rápida e eficaz. A imprevisibilidade é uma constante, sendo imperativo manter uma atualização contínua dos conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências na abordagem a situações tão

diferenciadas como: convulsões, PCR, intoxicações, hemorragias, queimaduras, traumas, défices motores e sensitivos, alterações do estado de consciência, dor, entre outras.

No estágio SU, apesar de já possuir alguns anos de experiência neste contexto, deparei-me com novos desafios que contribuíram significativamente para a minha aprendizagem. Embora a estrutura e a rotina do SU me fossem familiares, este serviço revelou-se menos diferenciado do que aquele em que habitualmente trabalho, apresentando recursos técnicos mais limitados e uma menor disponibilidade de especialidades médicas. Esta realidade faz com que muitos doentes, especialmente os mais instáveis ou críticos, necessitem de ser transferidos para unidades mais especializadas. Neste aspeto, a minha intervenção centrou-se na preparação do doente para transferência, assegurando que todos os parâmetros vitais estivessem controlados e que a situação clínica fosse estabilizada o máximo possível. Fui responsável pela organização e disponibilização de fármacos, instrumentos e equipamentos necessários à monitorização e cuidado da pessoa, antecipando potenciais complicações e apoiando a equipa médica na tomada de decisões rápidas.

Esta experiência evidenciou a importância da avaliação contínua do doente, da preparação rigorosa e da coordenação eficiente com a equipa, reforçando a necessidade de uma prática baseada em segurança, qualidade e atenção aos detalhes. Apesar das limitações do contexto, foi possível garantir cuidados altamente qualificados, demonstrando o papel central do EEEMCPSC na manutenção da segurança e estabilidade do doente, mesmo em serviços com recursos mais reduzidos.

Uma diferença significativa em relação à minha prática atual foi a existência das quatro vias verdes a funcionar em pleno, um excelente exemplo de otimização do fluxo de doentes críticos. Como é de conhecimento geral, em situações tempo-dependentes como Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), sépsis e trauma, cada minuto conta. As vias verdes são protocolos clínicos que asseguram uma resposta rápida, padronizada e centrada no doente, desde o primeiro contacto até à chegada ao hospital. Criadas para condições de elevada gravidade e impacto na saúde pública, estas vias permitem não só uma intervenção imediata, mas também o encaminhamento para a unidade hospitalar mais adequada, garantindo que o doente recebe cuidados especializados no menor tempo possível (INEM, 2025b). Nesta organização, o enfermeiro desempenha um papel central, é responsável por identificar, durante a triagem, os doentes que se enquadram nos critérios da via verde, ativando de imediato este circuito prioritário, e encaminhando-os diretamente para a SE. Este processo

permite uma resposta rápida e coordenada às situações críticas, garantindo que os recursos necessários estão disponíveis e que o cuidado é iniciado sem atrasos, promovendo a segurança e a qualidade do atendimento à PSC.

Apesar de possuir já alguns anos de experiência no cuidado à PSC e à sua família, em contexto de SU, de acordo com o modelo de aquisição de competências em enfermagem de *Benner*, já mencionado previamente, a prestação de cuidados num novo contexto fez desta uma iniciada nos primeiros turnos de estágio na UCI. O primeiro contacto com a UCI e com o cuidado à PSC e à sua família, dada a complexidade envolvida, despertou sentimentos variados. Por um lado, surgiam receios e apreensão, principalmente devido à elevada tecnologia, à complexidade do cuidado de nível III e à necessidade de integração numa equipa multidisciplinar altamente especializada. Por outro lado, existia uma forte motivação e disponibilidade para aprender, visando a aquisição de competências próprias do EEEMCPSC e a prestação de cuidados cada vez mais qualificados. Para que tal fosse possível, mobilizou-se conhecimentos adquiridos ao longo da experiência académica, profissional e pessoal, aliado à pesquisa permanente da evidência científica e à procura constante de aprendizagem em contexto prático. Foi ainda fomentado o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, de forma individual e em colaboração com o enfermeiro orientador, valorizando o seu conhecimento como uma fonte essencial em enfermagem.

A prática desenvolvida em ambientes clínicos de elevada diferenciação, designadamente no SU e no SMI, possibilitou o aprofundamento de competências na utilização de dispositivos invasivos. A manipulação e monitorização de dispositivos como cateter venoso central, cateter arterial, sondas (nasogástrica e vesical) e drenos, bem como a ventilação invasiva e não invasiva, constituíram oportunidades concretas para consolidar competências técnicas e de vigilância crítica. A participação ativa em procedimentos como instituição de técnicas de diálise, intubação orotraqueal, inserção de acessos venosos centrais e drenagem torácica permitiu não só reforçar o conhecimento técnico, mas também desenvolver atenção rigorosa aos potenciais riscos e complicações associados.

Durante o estágio em UCI, tive contacto, pela primeira vez, com instrumentos de avaliação sistemática da dor, de *delirium* e do nível de sedação/agitação, reconhecendo a sua importância na prestação de cuidados à PSC.

A avaliação da dor é imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados. O controlo efetivo da dor exige que esta seja orientada por uma avaliação e reavaliação feita com recurso a escalas válidas e precisas (Batalha et al., 2013). No âmbito da gestão da dor em doentes incapazes de comunicar verbalmente, utilizei a *Behavioral Pain Scale* (BPS), que permite identificar e quantificar a dor através da observação de parâmetros comportamentais, nomeadamente a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação à ventilação mecânica (Batalha et al., 2013). A aplicação regular desta escala revelou-se essencial para adequar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, contribuindo para o conforto e estabilidade clínica da PSC.

O *delirium* é uma síndrome neurocomportamental comum, considerada como sendo causada por uma desregulação da atividade neuronal basal secundária a perturbações sistémicas. No contexto hospitalar, o *delirium* constitui um fator de risco para complicações clínicas, aumento do tempo de internamento e atraso da alta para outras unidades. No que diz respeito aos resultados a longo prazo, existe evidência de que episódios de *delirium* estão associados a pior prognóstico, independentemente de fatores como idade, sexo, comorbilidades, gravidade da doença ou demência prévia (Mariz et al., 2022). É amplamente reconhecido que o primeiro passo na abordagem do *delirium*, em qualquer contexto hospitalar, é a realização de um diagnóstico precoce e preciso através de escalas adequadas e validadas. Relativamente ao *delirium* em contexto de UCI, tive a oportunidade de conhecer e aplicar a escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU), fundamental para a deteção precoce de alterações agudas do estado mental, mesmo em doentes ventilados ou com limitação da comunicação. A utilização sistemática desta ferramenta permitiu-me compreender a relevância do papel do enfermeiro na prevenção e identificação do *delirium*, bem como na implementação de estratégias não farmacológicas, como a promoção do sono, a orientação temporal e a mobilização precoce.

O uso de fármacos sedativos em doentes críticos internados em UCI é frequentemente necessário para aliviar o sofrimento físico e psíquico causado por dor, ansiedade, privação de sono e procedimentos invasivos, prevenindo agitação e comportamentos de risco e facilitando cuidados como a ventilação mecânica. No entanto, embora tragam benefícios inegáveis, a sua utilização em excesso está associada a pior prognóstico, incluindo aumento do tempo de internamento, maior risco de infeção e consequentemente maior mortalidade, sendo por isso essencial uma monitorização rigorosa dos níveis de sedação e agitação para evitar sedação profunda desnecessária e otimizar a recuperação do doente (Mendes et al., 2008). Assim, recorri à *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) para a avaliação do

nível de sedação e agitação, instrumento que se revelou indispensável para garantir o equilíbrio entre conforto e segurança da PSC. A monitorização contínua do RASS possibilitou-me adequar os cuidados aos objetivos de sedação definidos, prevenindo situações de excesso de sedação ou agitação excessiva, frequentemente associadas ao desenvolvimento de *delirium* e ao prolongamento da ventilação mecânica.

A utilização integrada das escalas BPS, CAM-ICU e RASS permitiu-me desenvolver competências na avaliação clínica sistematizada, reforçando a importância do enfermeiro na prestação de cuidados seguros, individualizados e baseados na evidência científica em contexto de UCI.

Ainda no âmbito da gestão de protocolos terapêuticos complexos, tive oportunidade de prestar cuidados a um potencial dador de órgãos. Uma terapêutica intensiva e consistente para os dadores de órgãos é o primeiro passo para um tratamento bem-sucedido dos recetores de órgãos. Os órgãos destinados à transplantação têm que ser protegidos de modo a evitar danos e perda de funções, e a sua máxima qualidade tem de ser assegurada no momento da remoção. Por conseguinte, a gestão do potencial dador após morte cerebral é essencial (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2013).

Nestas situações, para além de colaborar na execução de testes rigorosos, de acordo com os protocolos instituídos para a declaração de morte cerebral, e de agir sempre com responsabilidade ética, deontológica e profissional, assegurei a manutenção de uma resposta fisiológica adequada da PSC, com vista à maximização das possibilidades de sucesso da colheita de órgãos. Este processo implicou a mobilização de conhecimentos relacionados com as questões éticas, legais e deontológicas inerentes à morte cerebral e ao processo de doação de órgãos e tecidos, bem como o desenvolvimento de competências no reconhecimento, intervenção e avaliação das alterações fisiológicas decorrentes da morte cerebral.

Esta experiência contribuiu significativamente para a construção de uma prática de enfermagem mais segura, fundamentada e proativa, essencial para o desempenho do EE em contextos de elevada complexidade clínica. Assumiu-se, assim, um papel determinante na monitorização, prevenção de eventos adversos e promoção da segurança do doente, consolidando a capacidade de prestar cuidados especializados e integrados à PSC e à sua família.

2.2.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES E EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Uma situação de emergência 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. Uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis. A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil, no Decreto de Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, como "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe 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, 2018b).

Em contextos de crise, a complexidade dos cuidados exige profissionais altamente qualificados, capazes de responder com eficácia e rapidez. O EEEMCPSC destaca-se pela sua preparação técnica, pensamento crítico e capacidade de liderança na gestão de situações críticas. A sua atuação vai muito além do gesto clínico: envolve a participação ativa em todas as fases da resposta desde a conceção estratégica à ação no terreno, assegurando cuidados seguros, coordenados e adaptados às necessidades existentes. Dinamizar esta resposta significa integrar conhecimento, planeamento e ação, com vista à proteção da vida, à minimização do sofrimento e à recuperação eficiente da normalidade.

Durante a realização do estágio tive o privilégio de poder integrar duas ações de formação do INEM. Participei presencialmente nos módulos: "Trauma do curso SIV" e "Situações de Exceção". Ambos os módulos fazem parte da formação de enfermeiros que irão pertencer a equipas SIV e incluem componentes teórico-práticas e exercícios de simulação em cenários de catástrofe ou situações de

elevada complexidade. Estas ações permitiram-me consolidar conhecimentos teóricos essenciais e, sobretudo, desenvolver competências práticas fundamentais para a atuação em contextos de urgência, emergência e catástrofe. A simulação de cenários complexos e realistas contribuiu para o reforço da capacidade de decisão rápida, gestão de prioridades, trabalho em equipa e adaptação a ambientes exigentes, competências indispensáveis ao EE em enfermagem médico-cirúrgica. Em suma, estas formações foram determinantes para a minha preparação enquanto profissional capaz de responder com eficácia e segurança às exigências dos cuidados.

Um dos momentos mais marcantes do meu estágio no INEM foi, sem dúvida, o dia do apagão nacional, uma situação de crise que colocou à prova a resiliência e a capacidade de resposta de todos os profissionais envolvidos. A falha de energia provocou a interrupção dos sistemas de comunicação, obrigando à utilização exclusiva de rádio como meio de contacto entre equipas e centrais, existindo falhas na utilização deste. Esta limitação inesperada exigiu uma reorganização imediata e uma atuação extremamente coordenada, onde cada elemento da equipa teve de manter o foco, a calma e a eficácia na gestão das ocorrências. Esta experiência evidenciou a importância da comunicação clara, da priorização de tarefas, da tomada de decisão rápida e segura, bem como da capacidade de trabalhar sob pressão em cenários de elevada incerteza. A falha tecnológica, que num primeiro momento poderia representar um entrave significativo, foi superada com profissionalismo, espírito de equipa e grande sentido de missão. Estar presente nesse contexto permitiu-me vivenciar de forma concreta o que significa atuar em situações excecionais, reforçando a minha preparação enquanto EE e a consciência da importância do papel dos profissionais de saúde, especialmente em contextos onde tudo parece falhar, exceto a resposta humana.

Durante o estágio, deparei-me com algumas dificuldades na exploração desta competência, nomeadamente em contexto de SU e UCI, uma vez que não existiu nenhuma situação de catástrofe. Procurei, no entanto, colmatá-las através de pesquisa, consulta dos protocolos e observação dos kits de catástrofe em vigor na instituição e diálogo com profissionais, o que permitiu a partilha de experiências e saberes.

No entanto, no estágio de SU tive a possibilidade de explorar uma componente importante da competência em questão, a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. É dever do EE assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de

crime. Este deve: 1) Diagnosticar precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; 2) Salvaguardar a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; 3) Reconhecer irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes e 4) reencaminhar para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família (Direção Geral de Saúde, 2017). Neste âmbito, procedi à revisão das seguintes instruções de trabalho: "Colheita e Preservação de Provas Forenses" e "Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo"; elaborei um "Formulário de Registo de Lesões" e anexei o "Formulário de Cadeia de Custódia" criado pela DGS, bem como, sugeri uma nova constituição para o "Kit de Colheita de Provas" existente na SE, paralelamente ainda frequentei o "I Congresso Internacional de Enfermagem Forense – Interface entre Saúde e Justiça" o que contribuiu para aprofundar e consolidar os meus conhecimentos teóricos e práticos nesta área. Este tema tem especial interesse para mim na medida em que o estudo que será adiante exposto se insere precisamente neste contexto.

2.2.3. MAXIMIZA A PREVENÇÃO, INTERVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DA RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

As infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade. As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde, acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e constituem a principal ameaça à segurança dos cidadãos, constituindo-se um problema de saúde pública (Direção Geral de Saúde, 2017)

Atualmente, é obrigatória a existência de "Comissões de Controlo de Infeção" em todas as unidades de saúde. O atual PPCIRA surgiu em 2013, resultado da fusão do "Programa Nacional de Controlo de Infeção" e "Programa Nacional de Resistência aos Antimicrobianos". O PPCIRA, considerado um programa prioritário, tem como principais objetivos reduzir as IACS e diminuir o consumo e resistências aos antimicrobianos. O Despacho nº 15423/2013 cria a obrigatoriedade de responsabilização das estruturas regionais e locais, quer alocando horas específicas às equipas, quer estipulando a participação

nos programas de vigilância epidemiológica e a monitorização do consumo de antimicrobianos (Peres, 2013).

Recentemente, o PPCIRA foi atualizado através do Despacho n.º 10901/2022, de acordo com o qual as estruturas locais hospitalares passam a ser uma "unidade orgânica da instituição, enquanto unidade ou serviço, tendo um diretor médico e um enfermeiro gestor". De realçar a sua natureza multidisciplinar, incluindo na sua composição, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção, nomeadamente um elemento com competências na área da ciência da qualidade e ciência de implementação" (Peres, 2013).

Fazendo parte deste grupo disciplinar, o enfermeiro EE assume um papel estratégico na prevenção e controlo das infeções e na gestão da resistência a antimicrobianos. Segundo a OE, o EE, maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

No contexto dos cuidados de enfermagem à PSC em serviços de Medicina Intensiva, a prevenção e o controlo de infeção revelam-se fulcrais, uma vez que o doente apresenta inúmeros fatores de risco para o seu desenvolvimento.

A metodologia das *bundles* (feixes de intervenção), lançado em 2001 pelo *Institute for Healthcare Improvement*, tem permitido obter bons resultados. Esta metodologia multimodal tem sido aplicada em hospitais portugueses desde 2015, com a designação "Stop Infeção Hospitalar", permitindo uma redução dos quatro principais tipos de IACS (nomeadamente aquelas associadas a dispositivos/procedimentos invasivos) (Peres, 2013).

Segundo o último relatório da PPCIRA, a adesão ao cumprimento da higiene das mãos aumentou progressivamente a partir de 2016, sendo particularmente significativo o aumento ocorrido entre 2019

e 2020, quando a taxa de cumprimento global e a taxa de cumprimento do primeiro momento de higiene das mãos aumentaram de 75,7 para 82,7% e de 68,0 para 76,2%, respetivamente. Entre 2015 e 2020, houve redução da incidência da taxa global de infeção de local cirúrgico, de infeção da corrente sanguínea adquirida em hospital, em particular a relacionada a cateter venoso central, de pneumonia e de traqueobronquite associadas a tubo endotraqueal em unidades de cuidados intensivos de adultos (Instituto Português de Sangue e Transplantação, 2013).

Apesar dos dados acima mencionados, a pneumonia associada à ventilação, a bacteremia associada ao cateter venoso central, a infeção urinária associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico são IACS muito comuns em UCI. Considerando estes factos, a atuação dos profissionais de saúde deve incluir intervenções direcionadas a tipos específicos de infeção, fundamentadas na melhor evidência científica disponível.

Durante o estágio em UCI, tive a oportunidade de aplicar na prática e aprofundar competências na área de estudo, numa unidade onde se encontrava implementado o programa STOP Infeção 2.0. Esta experiência permitiu consolidar conhecimentos teóricos e, simultaneamente, identificar em primeira mão as lacunas e barreiras enfrentadas pelos enfermeiros na adoção destas práticas, uma vez que tive oportunidade de assistir a auditorias realizadas neste âmbito, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada dos desafios inerentes à sua operacionalização no contexto real dos cuidados intensivos.

No estágio de SU em específico na SE, a celeridade exigida na prestação de cuidados, frequentemente determinante para a estabilização do doente, condicionou a execução rigorosa de alguns procedimentos, evidenciando os desafios inerentes à manutenção do controlo de infeção num contexto marcado pela imprevisibilidade e elevada pressão assistencial. A aplicação rigorosa das boas práticas de prevenção e controlo de infeção constituiu uma prioridade constante ao longo do estágio, especialmente nos cuidados ao doente crítico, frequentemente portador de dispositivos invasivos ou em regime de isolamento. Procedimentos como a adesão à técnica assética, a correta higienização das mãos e o uso adequado de equipamentos de proteção individual foram integrados de forma sistemática, com o objetivo de reduzir o risco IACS e proteger simultaneamente os doentes e os profissionais.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Atualmente, a violência é vista como um fenómeno abrangente, que exige ser compreendido nas suas diferentes dimensões. Trata-se de um processo complexo e dinâmico que, pela gravidade e alcance, exige também a participação dos enfermeiros, através do compromisso e responsabilidade na preservação e restabelecimento da saúde da população (Gomes, 2017).

Considerando que a violência, nas suas várias formas, faz parte da vivência humana e pode ser verificada mundialmente, torna-se assim um problema de saúde pública, pois afeta a vida das pessoas, com consequências permanentes. A Organização Mundial da Saúde define a violência como "o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (Krug et al., 2002).

Um novo relatório da OMS e parceiros da ONU revela que a violência contra mulheres permanece uma emergência global com avanços mínimos nas últimas duas décadas. Uma em cada três mulheres, perto de 840 milhões em todo o mundo, já sofreu violência física ou sexual ao longo da vida. Apenas no último ano, 316 milhões foram vítimas de violência por parte de um parceiro íntimo (ONU, 2025).

Segundo os dados mais recentes da União Europeia, em 2023, registou-se um agravamento da criminalidade violenta. O número de homicídios intencionais aumentou 1,5% face ao ano anterior. Nesse mesmo ano, 4.1 por cada milhão de mulheres foram vítimas de homicídio intencional, uma taxa quase duas vezes superior à registada entre os homens. Paralelamente, as infrações de violência sexual, incluindo a violação, continuaram a aumentar na União Europeia (Eurostat, 2025).

Em Portugal, e segundo o mais recente Relatório Anual de Segurança Interna, a violência doméstica contra cônjuge ou análogo e a ofensa à integridade física voluntária simples, são as tipologias criminais com maior número de participações registadas. No que respeita à criminalidade violenta e grave, assim definida como a criminalidade que tem como denominador comum a violência física ou psicológica e que causa forte sentimento de insegurança, verificou-se um aumento de 2.6% face ao ano anterior. Relativamente à criminalidade grupal, definida como a ocorrência de um facto criminoso praticado por

três ou mais suspeitos, independentemente do tipo de crime, das especificidades que possam existir no grupo, ou do nível de participação de cada interveniente, assinala um aumento de 7.7% (Sistema de Segurança Interna, 2024).

Perante este cenário, marcado pelo aumento da criminalidade violenta a nível mundial, europeu e nacional, torna-se evidente a necessidade de respostas estruturadas e interdisciplinares no âmbito da saúde. A violência, enquanto problema de saúde pública, não se esgota na sua dimensão social ou jurídica, manifestando-se em contexto clínico, onde as suas consequências físicas e psicológicas exigem intervenção imediata e qualificada.

É neste enquadramento que os serviços de saúde, em particular o SU, assumem um papel central na deteção precoce, abordagem e encaminhamento adequado de vítimas e autores de violência, colocando os enfermeiros numa posição estratégica para intervir de forma competente, ética e integrada, articulando a prestação de cuidados com garantia das responsabilidades legais e forenses.

O SU é o primeiro local para onde uma vítima e/ou autor de violência é levado para receber tratamento médico e os enfermeiros deste serviço estão numa posição privilegiada para identificar, avaliar e tratar estes pacientes (Donaldson, 2020). Sendo os enfermeiros os primeiros a contactar com o doente têm, também, um papel importante na observação da interação e comunicação entre o doente e a família/pessoa significativa (A. Gomes, 2014). Assumem, assim, uma posição crucial para identificar, recolher, preservar e documentar os vestígios, devendo atender às questões forenses sem descurar os cuidados médicos ao paciente (Silva & Santos, 2022). Um enfermeiro especializado na área forense, que seja motivado e qualificado, pode servir como um recurso inestimável para o sistema de justiça criminal, para o hospital e para o paciente (Lynch, 1995).

A enfermagem no SU é um misto complexo de capacidades, experiências, saber e personalidade. Em nenhuma outra área da enfermagem espera-se do enfermeiro tantos conhecimentos sobre fisiopatologia, inovação tecnológica, contacto com agentes de autoridade e, simultaneamente, o papel de defensor do doente e família (Sheehy, 1998).

No SU, os enfermeiros enfrentam situações complexas que envolvem doentes críticos vítimas de eventos traumáticos, violência interpessoal ou acidentes com implicações legais. O doente crítico representa um

desafio adicional: encontra-se frequentemente inconsciente, instável ou incapaz de relatar o ocorrido, o que aumenta a responsabilidade dos profissionais de saúde em identificar e salvaguardar indícios forenses, como vestígios biológicos, objetos estranhos, ou marcas de agressão. Nestas circunstâncias, o EE, com formação avançada e competências diferenciadas, está numa posição estratégica para assegurar a integração entre o cuidado clínico e a preservação da evidência forense. Quando um enfermeiro do SU presta cuidados a vítimas de eventos violentos, esse enfermeiro está a prestar cuidados de enfermagem forense. A enfermagem forense é uma área que se foca na identificação de doentes cuja doença, lesão, ou morte, resulta de atos de violência (Donaldson, 2020).

Nos últimos anos, as ciências forenses têm vindo a adquirir uma maior visibilidade, suscitando o interesse da população e da sociedade em geral, promovida pelo seu mediatismo, permitindo assim a evolução desta ciência. A literatura salienta que as ciências forenses revestem-se de uma importância crescente na atualidade, na articulação com os profissionais de saúde, na preservação de provas e vestígios forenses e na simbiose com a justiça (Machado et al., 2019).

Neste seguimento, surge a necessidade de dotar os profissionais de enfermagem de competências na área da enfermagem forense. Que é definida como a combinação da aplicação de aspetos forenses aos cuidados de saúde, no tratamento das vítimas de trauma ou morte por trauma, perpetuadores de violência, atividades criminais e acidentes traumáticos (Machado et al., 2019).

A Enfermagem Forense é uma área especializada da Enfermagem que envolve a aplicação de conhecimentos e habilidades em questões legais e criminais. Os enfermeiros forenses atuam em conjunto com o sistema de justiça para fornecer avaliações, colher evidências, prestar depoimentos periciais e oferecer suporte às vítimas de crimes (Azevedo et al., 2025). A recolha de vestígios é competência dos Órgãos de Polícia Criminal. Mas, o facto de as vítimas serem recebidas frequentemente pelos enfermeiros no SU, exige que estes se preparem para esta função (Gonçalves et al., 2024).

Essa área de atuação é ampla e abrange diversos aspetos da saúde e da justiça, incluindo investigações de agressões sexuais, abuso infantil, violência doméstica, acidentes rodoviários, homicídios, suicídios, entre outros eventos traumáticos. Os enfermeiros especializados nesta área, possuem formação específica em ciências forenses, além de conhecimentos em medicina legal, ética, leis e regulamentações relacionadas à prática (Azevedo et al., 2025).

O investimento nesta área, nomeadamente, por parte dos enfermeiros, vai ao encontro do que preconiza o código deontológico, no qual "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana". O mesmo documento assinala que "o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega", defendendo "a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum" (Machado et al., 2019). Acresce o que está descrito no Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, os EEEMCPSC perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, devem atuar 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.

Tal como está descrito na literatura, o enfermeiro deve promover um ambiente seguro, procurando conhecer com acuidade o seu campo de ação e utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco. Para isso, necessita de possuir conhecimentos que lhe permitam identificar sinais de violência e prestar assistência especializada tanto às vítimas como aos agressores. Além disso, deve implementar atitudes terapêuticas adequadas em indivíduos que apresentem traumas físicos, psicológicos ou sociais. Também é fundamental assegurar a correta preservação dos vestígios, de forma a evitar alterações que possam comprometer a sua análise (Machado et al., 2019).

Vários autores procuraram operacionalizar o conceito de Enfermagem Forense através da criação de uma escala composta por diferentes dimensões: o conceito de Enfermagem Forense, as situações forenses, os vestígios forenses, a comunicação e documentação, os cuidados gerais de Enfermagem Forense e a preservação de vestígios (Machado et al., 2019).

De uma forma transversal, as situações forenses incluem, principalmente, contextos de violência. Destacando-se a violência contra idosos, crianças ou no contexto conjugal; bem como homicídios, suicídios, traumatismos, acidentes de viação e agressões sexuais. A dimensão da comunicação e documentação está relacionada com a legislação existente e com a importância dos registos hospitalares adequados. Por sua vez, os cuidados gerais de enfermagem referem-se ao papel do enfermeiro forense, destacando as suas ações e competências. Por fim, a preservação de vestígios explica os procedimentos que o enfermeiro deve seguir para a recolha e conservação adequada de vestígios médico-legais (Machado et al., 2019).

Durante as aulas teóricas de criminologia, no período de estágio, e aliado à minha experiência profissional, surgiu-me a seguinte questão: por que razão nem sempre é posta em prática a recolha e preservação de provas forenses por parte dos enfermeiros especialistas no SU, visto que é amplamente recomendada à luz da evidência científica e é parte intrínseca dos deveres do enfermeiro? O código deontológico descreve que as intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste seguimento, considero que apesar das recomendações existentes na literatura, alguns estudos sugerem que a recolha e preservação de vestígios forenses nem sempre é realizada de forma sistemática pelos profissionais de enfermagem. Esta inquietação motivou a realização da presente ScR, com o objetivo de explorar o papel do enfermeiro especialista na recolha e preservação de provas forenses, visto que a preservação das evidências e o evitar a perda destas no SU é fundamental no sucesso de muitas investigações forenses (Silva & Santos, 2022).

Tendo em conta o que foi descrito, é possível ter uma visão geral da problemática inerente a este tema. O Enfermeiro Especialista, enquanto profissional com competências avançadas, pode desempenhar um papel fundamental na identificação de indícios forenses, na documentação rigorosa e na preservação adequada das evidências. Apesar da ampla documentação sobre o dever e autonomia do enfermeiro especialista para a recolha e preservação de provas forenses, a inexistência de protocolos adequados para a recolha e preservação de vestígios forenses no SU constitui uma problemática que se repercute na eficácia das investigações criminais (Silva & Santos, 2022).

Sem protocolos claros e padronizados, os enfermeiros podem inadvertidamente destruir ou contaminar vestígios essenciais, durante a prestação de cuidados às vítimas, que podem ser fundamentais para identificar suspeitos e resolver crimes (Gonçalves et al., 2024). Esta problemática justifica a necessidade de desenvolver e implementar diretrizes claras e abrangentes no SU, bem como criar suporte institucional, de forma a orientar os cuidados de enfermagem centrados no melhor interesse das vítimas, família ou comunidade. Portanto, torna-se imperativo mapear a evidencia disponível sobre o papel do EE na abordagem ao doente crítico no SU, identificando as suas funções na recolha e preservação de provas forenses, as barreiras existentes e as necessidades de formação e padronização de práticas. Este

mapeamento é essencial para garantir uma resposta integrada, ética e eficaz que respeite tanto os princípios da justiça, como os do cuidado em saúde.

Assim, posso definir que o presente estudo tem como objetivo principal mapear a evidência científica disponível sobre o papel do EE na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no SU.

2. METODOLOGIA

Os cuidados centrados na pessoa e baseados na evidência impõe aos profissionais de saúde o dever de respeito pela autonomia da pessoa e proteção da sua vulnerabilidade. Centrar os cuidados de saúde na pessoa implica colocá-la efetivamente no centro da preocupação do profissional de saúde. A compreensão do outro e da sua circunstância, combinada com a experiência clínica do profissional e o uso dos resultados da investigação constituem os pilares que suportam uma prática centrada na pessoa e baseada na evidência (Rebelo Botelho, 2018).

A investigação científica pode ser definida como a atividade que visa a obtenção de conhecimentos científicos, caracterizados por serem objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. O responsável por essa atividade é denominado investigador, e o seu objetivo é executar as diversas tarefas necessárias para alcançar novos conhecimentos. Os objetos de estudo da investigação abrangem uma vasta gama de temas e problemas que despertam o interesse do investigador (Vilelas, 2017).

A disseminação bem-sucedida do conhecimento que resulta da investigação, da experiência do doente e da experiência clínica do profissional de saúde pode influenciar a prática clínica, a educação, a política ou a investigação futura. Assim sendo, a disseminação do conhecimento é um imperativo ético que se impõe a todos os investigadores (Rebelo Botelho, 2018).

A saúde baseada em evidência é um campo em constante crescimento. Com o aumento progressivo da disponibilidade de pesquisas primárias, a realização de revisões também se ampliou e transformou. A diversidade de evidência, aliada a diferentes objetivos e questões de revisão, impulsionou o surgimento de novas abordagens concebidas para sintetizar a evidência de maneira mais eficaz e rigorosa (Aromataris et al., 2024). É necessário rigor e sistematização para verificar dados ou hipóteses, predizer

e controlar fenómenos em investigação científica, de modo que os resultados sejam claros, verificáveis e comparáveis (Vilelas, 2017).

Considerando o tema em análise e os objetivos definidos, o presente estudo assume a forma de ScR da literatura, de natureza exploratória e descritiva. A sua construção baseia-se neste tipo de revisão e segue as diretrizes do JBI, de forma a garantir rigor metodológico.

A escolha de uma ScR justifica-se pela sua utilidade na análise de áreas do conhecimento ainda pouco sistematizadas. Este tipo de revisão permite identificar, mapear e sintetizar a evidência disponível, bem como reconhecer lacunas existentes na literatura. Contribui para clarificar conceitos e definições e para compreender de que forma a investigação tem sido desenvolvida num determinado domínio. Assim, a ScR revela-se adequada ao presente estudo, ao possibilitar uma visão mais organizada e ampla do tema (Aromataris et al., 2024).

Num contexto de SU, esta ScR irá permitir mapear e descrever, a evidência científica disponível sobre o papel do EE na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no SU, aumentando o conhecimento na área científica.

2.1. TÍTULO E QUESTÃO DE REVISÃO

O título deve ser informativo, indicar o tema da ScR e deve sempre incluir a menção *"uma Scoping Review"* para permitir a fácil identificação do tipo de documento que representa (Aromataris et al., 2024).

A questão de investigação é um interrogativo de extrema importância, que irá conduzir toda a investigação. Esta deve ser clara, concisa, precisa e acessível. O que significa que se pode trabalhar com ela de uma forma eficaz, e que com o estudo se consigam os elementos para lhe dar resposta (Vilelas, 2017).

O JBI sublinha que a clareza da questão de revisão auxilia no desenvolvimento do protocolo, facilita a eficácia na pesquisa de literatura e fornece uma estrutura clara para o desenvolvimento da *ScR* (Aromataris et al., 2024).

A mnemónica "PCC" é recomendada pelo JBI para a construção de um título claro e significativo onde P representa "participantes", C de "conceito" e C de "contexto". A utilização desta mnemónica ajuda a construir um título que fornece aos leitores informações importantes sobre o foco e o âmbito da revisão, bem como a sua aplicabilidade (Aromataris et al., 2024).

Seguindo estas orientações, segue-se o título e a questão de investigação.

Quadro 1: Desenvolvimento da questão de investigação

Título do protocolo		
"O papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no Serviço de Urgência: uma Scoping Review"		
Participantes (P)	*Conceito (C)*	*Contexto (C)*
Enfermeiros e enfermeiros especialistas	Recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico	Serviço de urgência
Questão de investigação		
"Qual a evidência publicada sobre o *papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no Serviço de Urgência?"*		

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

De acordo com a metodologia preconizada pelo JBI, a definição dos critérios de inclusão e exclusão constitui uma etapa essencial para assegurar a coerência, a transparência e a reprodutibilidade da *ScR* (Aromataris et al., 2024).

No seguimento da pesquisa realizada os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na mnemónica "PCC". Relativamente aos participantes serão considerados todos os estudos que incluem enfermeiros e enfermeiros especialistas. No que diz respeito ao conceito serão considerados os estudos que exploram a recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico. Em relação ao contexto serão incluídos estudos desenvolvidos em contexto de SU. Serão excluídos estudos: que abordem exclusivamente outros profissionais (médicos, agentes de autoridades, etc.); estudos que descrevam unicamente outros procedimentos realizados por enfermeiros; estudos em que a recolha e preservação

de provas forenses seja realizada em doentes pediátricos; e também estudos realizados noutro contexto que não seja o SU.

Esta ScR incluirá estudos com desenhos quantitativos, qualitativos ou métodos mistos. As revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão também serão consideradas. Nesta pesquisa, optou-se por considerar exclusivamente estudos publicados em revistas científicas indexadas e bases de dados reconhecidas, de forma a garantir a qualidade, rigor metodológico e credibilidade das fontes analisadas. Assim, não foram incluídas outras fontes, como repositórios institucionais, literatura cinzenta, atas de conferências ou páginas *web*.

2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos publicados e não publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Serão considerados estudos publicados nos últimos 5 anos (2020-2025), para garantir relevância atual.

O JBI recomenda um processo de pesquisa trifásica que deve ser utilizado no desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa abrangente: a primeira fase envolveu a realização de uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados CINAHL Complete (via EBSCO) e PubMed, para encontrar artigos sobre o fenómeno de interesse, através do uso dos termos de pesquisa (descritores MeSH e termos livres): "*Nurses*", "*Nursing staff*", "*Nursing care*", "*Specialist nurse*", "*Forensic nurse*", "*Emergency department*", "*Emergency room*", "*Critical care*", "*Crime victim*", "*Specimen handling*"; "*Emergency Service*", "*Forensic*", "*Evidence collection*". Para tal, foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR". Nos artigos relevantes, analisaram-se as palavras contidas nos títulos e resumos, assim como, os termos de indexação usados para descrever os artigos, de forma a posteriormente desenvolver uma estratégia de pesquisa mais completa para CINAHL Complete (via EBSCO), PubMed, Scopus-Elsevier; SCIELO; Web of Science e COCHRANE. A estratégia de pesquisa será concebida de forma específica para cada base de dados, uma vez que cada uma utiliza o seu próprio vocabulário controlado, tal como está exemplificado no Quadro 2. A segunda fase envolve a execução das pesquisas em cada uma das bases de dados e fontes de informação selecionadas e relatadas no protocolo. Por último, a terceira fase envolve a inclusão de quaisquer estudos adicionais relevantes nas listas de referências bibliográficas de todos os

estudos selecionados para a revisão. A estratégia de pesquisa foi posteriormente revista por um segundo revisor, com o intuito de assegurar a sua precisão e exaustividade.

Quadro 2: Estratégias de pesquisa utilizadas

Bases de dados	**Estratégia**	**Nº de Artigos**
CINAHL Complete (via EBSCO) **Scopus-Elsevier** **Web of Science** **COCHRANE**	("*nurse*" OR "*nursing staff*" OR "*nursing care*" OR "*specialist nurse*" OR "*forensic nurse*") AND ("*emergency department*" OR "emergency room" OR "*critical care*" OR "*emergency service*") AND ("*crime victim*" OR "*forensic*" OR "*specimen handling*" OR "*evidence collection*")	12 125 60 0
PubMed	("Nurses"[Mesh] OR "Nursing Staff"[Mesh] OR "Forensic Nursing"[Mesh] OR nurse* OR "forensic nurse") AND ("Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "emergency department") AND ("Forensic Nursing"[Mesh] OR "Forensic Medicine"[Mesh] OR "Specimen Handling"[Mesh] OR "Crime Victims"[Mesh] OR "forensic evidence")	25
Scielo	(*nurse* OR *nurses* OR enfermagem) AND ("*emergency department*" OR urgência OR emergência) AND (*forensic* OR forense OR vítima)	33
Nº Total de Artigos = 255		

2.4. SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

Nas ScR, o processo de extração de dados pode ser referido como "mapeamento de dados" (Aromataris et al., 2024). Este processo deve fornecer ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados que deve ir ao encontro dos objetivos e da questão de revisão previamente definidos.

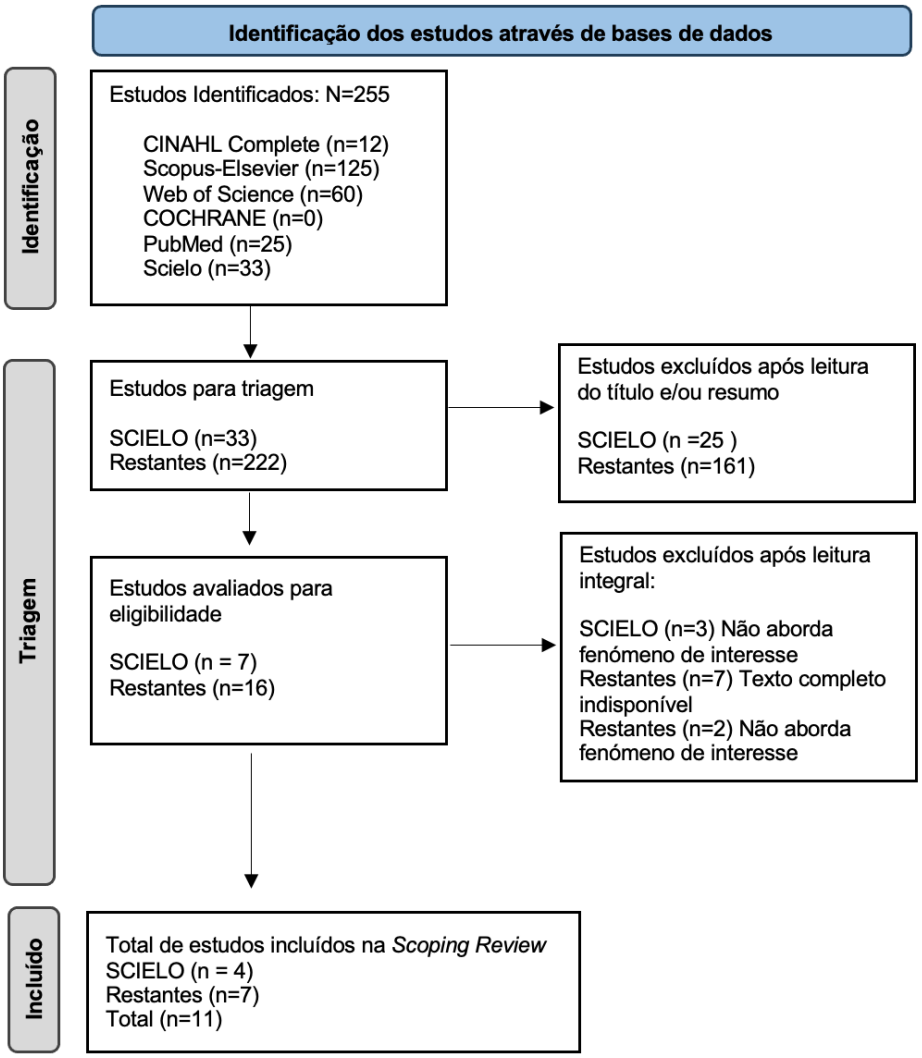
Os estudos extraídos das diferentes bases de dados foram reunidos e geridos no software *Rayyan Intelligent Systematic Review*, e os duplicados foram excluídas. Excecionalmente, os resultados da

pesquisa realizada no SciELO foram analisados manualmente, sendo posteriormente integrados no processo de seleção dos estudos, uma vez que, o ficheiro de exportação não se revelou compatível com a plataforma Rayyan. Os estudos potencialmente relevantes identificados nesta base foram incluídos no processo de seleção e avaliados de acordo com os mesmos critérios de elegibilidade aplicados às restantes fontes. De forma a facilitar a analise e triagem destes estudos, foi criada uma ferramenta de apoio (Anexo IX).

Após a pesquisa, a seleção dos resultados relevantes iniciou-se com a análise dos títulos e resumos por dois revisores independentes, com base nos critérios de inclusão/exclusão previamente mencionados. Após a análise do texto integral, os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos. O processo de pesquisa foi descrito e apresentado sob forma esquemática através de um diagrama de fluxo conhecido como *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA, utilizando a extensão para *Scoping Reviews* denominada *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* - PRISMA-ScR. Este diagrama demonstra, de forma detalhada, como a pesquisa foi realizada, a seleção dos resultados utilizados atendendo aos critérios de inclusão e a eliminação de duplicados. Todas as referências bibliográficas identificadas foram agrupadas e geridas no software *Mendeley Reference Manager*.

Os estudos que não cumpriram os critérios definidos foram excluídos após a leitura integral do texto. No final, todas as referências bibliográficas dos estudos incluídos, foram examinadas com o propósito de identificar fontes complementares pertinentes. Os resultados derivados da avaliação dos artigos estão apresentados no fluxograma adaptado ao modelo PRISMA-ScR que se segue:

Figura 1 - Fluxograma adaptado ao modelo PRISMA-ScR



Segundo o fluxograma acima exposto, que inclui o processo de Identificação, Seleção, Elegibilidade e Inclusão, foram obtidos 255 artigos, retirados das várias bases de dados previamente identificadas.

Tal como previamente exposto, a análise dos artigos foi dividida em duas partes: os estudos provenientes da base de dados SciELO foram analisados manualmente (Anexo IX), enquanto os restantes foram avaliados com recurso à plataforma *Rayyan Intelligent Systematic Review*.

Relativamente aos artigos identificados na base de dados SciELO, foram inicialmente obtidos 33 registos. Após a análise dos títulos, 26 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Os 7 artigos potencialmente relevantes foram posteriormente analisados na íntegra, tendo 3

sido excluídos com base nos critérios previamente estabelecidos. Assim, 4 estudos foram incluídos na revisão final.

Os restantes artigos foram submetidos na plataforma *Rayyan Intelligent Systematic Review.* Dos 222 artigos submetidos foi realizado o processo de identificação de artigos duplicados, ao qual foram identificados 45 artigos, ficando assim com 177 artigos para a análise inicial. Já no processo de seleção, foram avaliados os títulos e resumos respeitando os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente, o que levou a exclusão de 161 artigos. Posteriormente, na fase de Elegibilidade, foram submetidos à leitura integral os restantes 16 artigos, do qual resultou a uma exclusão total de 9 artigos por falta de cumprimento de critérios. Restando 7 artigos para inclusão na revisão.

No âmbito desta ScR, foi definido previamente um intervalo temporal específico para a inclusão dos estudos, com o objetivo de garantir a atualidade e relevância da evidência analisada. De forma excecional, optou-se pela inclusão de um artigo que ultrapassa esse limite temporal (E9). Esta decisão fundamenta-se na reconhecida pertinência do seu conteúdo para o tema em estudo, bem como na escassez de literatura disponível nesta área específica. De facto, tratando-se de um domínio ainda pouco explorado, considerou-se que a exclusão deste artigo poderia comprometer a abrangência e profundidade da análise. Assim, a sua inclusão contribui para uma compreensão mais completa do fenómeno em estudo, reforçando o enquadramento teórico e sustentando a discussão dos resultados à luz da evidência existente. Para terminar, na fase de Inclusão, ficam assim incluídos 11 artigos na ScR. Como é possível verificar na Figura 1, esta apresenta de forma sintetizada, organizada e objetiva o percurso metodológico seguido, garantindo a credibilidade no processo de identificação da evidência científica incluída.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados e sistematizados os resultados obtidos a partir dos estudos incluídos na presente *ScR*. O Quadro 3 sintetiza, de forma estruturada, a caracterização dos estudos analisados, incluindo autor, título, ano de publicação, país, metodologia e participantes. Em seguida, no Quadro 4, procede-se à síntese dos principais achados de cada estudo. No seu conjunto, estes quadros permitem uma visão abrangente e integrada da literatura existente sobre o papel do enfermeiro especialista na recolha e preservação de provas forenses no contexto do doente crítico.

Quadro 3 – Instrumento de extração de dados

ESTUDO	AUTORES	TÍTULO	ANO	PAÍS	METODOLOGIA	PARTICIPANTES
E1	Rosado, Maria Eduarda Cardoso Pérez, Oliveira, Thayanne Diniz de, Soares, Jefferson da Silva, Barbosa, Keylla Talitha Fernandes, Almeida, Francisca das Chagas Alves de, Souto, Rafaella Queiroga, Santos, Jiovana de Souza	Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: *Scoping Review*	2025	Brasil	*Scoping Review*	Não aplicável (revisão de literatura)
E2	Gonçalves, Luís Miguel Correia, Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues, Mendonça, Susana Maria Sobral	Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi	2024	Portugal	Estudo metodológico com recurso à técnica Delphi	24 peritos (7 enfermeiros, 2 elementos da Guarda Nacional Republicana, 6 pertencentes à Polícia Judiciária e 9 elementos da Polícia de Segurança Pública)
E3	Citolin, M. O.; Vargas, M. A. O.; Santos, D. G.; Hilleshein, A. G.; Brasil, G.; Ramos, F. R. S.	Atendimento às vítimas de violência no serviço de emergência na perspetiva da enfermagem forense	2024	Brasil	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	21 enfermeiros de serviços de emergência
E4	Silva, R. X.; Ferreira, C. A. A.; Sá, G. G. M.; Souto, R. Q.; Barros, L. M.; Galindo-Neto, N. M.	Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo	2022	Brasil	*Scoping Review*	Não aplicável (revisão da literatura; inclui 26 estudos)
E5	A.E. Donaldson	Forensic professional's thoughts on New Zealand emergency nurse's forensic science knowledge and practice	2022	Nova Zelândia	Estudo qualitativo	Profissionais forenses
E6	Zeinab Tabanejad; Abbas Ebadi; Marjan Banazadeh	A systematic literature review on the role of the forensic nursing	2025	Irão	Revisão sistemática da literatura	Não aplicável diretamente; revisão incluiu 9 estudos
E7	Mihyun Han & Nam-Ju Lee	Forensic nursing in South Korea: Assessing emergency nurses' awareness, experience, and education needs	2022	Coreia do Sul	Estudo descritivo quantitativo	289 enfermeiros de serviço de urgência com ≥6 meses de experiência clínica
E8	Pelin Çelik; Şimşek Çelik; Fatma Hastaoglu; Mukadder Mollaoglu	Multicenter evaluation to determine the deficiencies of emergency nurses in forensic case management	2024	Turquia	Estudo descritivo transversal	98 enfermeiros do Serviço de Urgência de 3 hospitais
E9	Josefin Rahmqvist; Eva Benzein; Christen Erlingsson	Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department	2019	Suécia	Estudo qualitativo descritivo	12 enfermeiros de serviço de urgência
E10	Yasemin Güner; Bilge Delibalta; Melek Üçüncüoğlu; Sinan Paslı	Challenges encountered by emergency nurses in forensic case management: A qualitative study	2025	Turquia	Estudo qualitative descritivo	9 enfermeiros de serviço de urgência
E11	A.E. Donaldson	New Zealand emergency nurses knowledge about forensic science and its application to practice	2020	Nova Zelândia	Estudo descritivo	63 enfermeiros do serviço de urgência

Quadro 4 – Resumo dos artigos selecionados

ESTUDO	RESUMO
E1	O estudo evidencia que os enfermeiros que atuam em contexto de urgência/emergência desempenham um papel central na recolha e preservação de provas forenses em vítimas de violência. As suas intervenções incluem a realização de anamnese detalhada, exame físico rigoroso e identificação de sinais de violência. No âmbito da recolha de vestígios, os enfermeiros são responsáveis por procedimentos como a recolha de amostras biológicas, preservação de roupas e objetos e registo detalhado das lesões, contribuindo diretamente para a integridade da cadeia de custódia e para o suporte a processos judiciais. Apesar da relevância destas intervenções, o estudo evidencia que muitos enfermeiros não possuem formação especializada, o que pode comprometer a qualidade da recolha e preservação da prova. São ainda identificadas limitações como a ausência de protocolos padronizados e constrangimentos organizacionais.
E2	O presente estudo teve como objetivo construir e validar um protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses no serviço de urgência, reconhecendo a necessidade de orientar a prática dos enfermeiros neste domínio. As conclusões do estudo destacam que a existência de protocolos estruturados constitui um elemento essencial para melhorar a qualidade dos cuidados e a preservação de vestígios forenses, contribuindo para a eficácia da investigação criminal. É reforçado o papel dos enfermeiros na preservação da integridade dos vestígios, especialmente enquanto primeiros intervenientes, devendo a sua atuação ser orientada por conhecimento técnico, enquadramento legal e articulação com os órgãos de polícia criminal. No entanto, salienta-se que a recolha formal da prova é da competência das autoridades, cabendo aos enfermeiros sobretudo a preservação, intervindo na recolha apenas em situações excecionais de risco de perda de evidência. O estudo evidencia ainda lacunas ao nível da formação e da ausência de diretrizes padronizadas, sublinhando a importância da implementação de protocolos e da colaboração multidisciplinar entre saúde e justiça.
E3	Os resultados demonstram que a participação dos enfermeiros na recolha direta de vestígios forenses é frequentemente limitada, sendo muitas vezes atribuída a entidades externas, como o Instituto Médico Legal. Assim, a atuação do enfermeiro centra-se sobretudo na preservação inicial da evidência e na garantia da continuidade da cadeia de custódia. O estudo evidencia ainda lacunas significativas ao nível da formação, com a maioria dos profissionais a referir ausência de preparação específica para a recolha e preservação de vestígios, adquirindo competências sobretudo pela experiência prática. Adicionalmente, são identificadas limitações institucionais, como a inexistência ou desconhecimento de protocolos, escassez de materiais e reduzida autonomia do enfermeiro neste domínio.
E4	A análise dos estudos incluídos permitiu organizar a atuação da enfermagem em cinco dimensões fundamentais: conhecimento, intervenção no corpo da vítima, intervenção em objetos/pertences, documentação e manutenção da cadeia de custódia. No que diz respeito à recolha e preservação de vestígios no corpo da vítima, o enfermeiro pode desempenhar intervenções diretas, como a identificação e recolha de material biológico (sangue, saliva, cabelo, secreções), utilização de kits específicos (ex.: agressão sexual), proteção de vestígios (ex.: unhas), e avaliação sistemática das lesões. Estas ações devem ser realizadas antes de procedimentos clínicos que possam comprometer a evidência, evidenciando a necessidade de integração entre cuidados assistenciais e preocupações forenses. Relativamente aos vestígios em objetos e pertences, o estudo demonstra que o enfermeiro tem um papel ativo na preservação de roupas e materiais associados à vítima, devendo garantir a sua manipulação adequada, acondicionamento correto e prevenção de contaminação. Esta atuação reforça a responsabilidade do enfermeiro para além do cuidado direto, abrangendo também o contexto envolvente da vítima. A documentação surge como uma das competências mais críticas. O enfermeiro é responsável pelo registo detalhado das lesões, características dos vestígios, circunstâncias observadas e realização de foto-documentação, constituindo estes elementos provas com valor legal. O estudo destaca que o enfermeiro funciona como elo de ligação entre o sistema de saúde e o sistema judicial, sendo responsável por assegurar que a informação recolhida possa ser utilizada em contexto forense. Outro domínio essencial é a manutenção da cadeia de custódia, onde o enfermeiro assegura a integridade dos vestígios desde a sua identificação até à entrega às autoridades, através de práticas como rotulagem, acondicionamento e registo dos procedimentos. O estudo evidencia lacunas significativas, nomeadamente défices de conhecimento e formação dos profissionais, ausência de educação permanente e fraca integração dos cuidados forenses na prática clínica. Estas limitações levam a que muitos enfermeiros não reconheçam a preservação de vestígios como parte integrante do seu papel, comprometendo potencialmente a qualidade da prova.
E5	Os resultados evidenciam que os enfermeiros de emergência, apesar de estarem frequentemente na linha da frente no atendimento a vítimas de violência, apresentam lacunas relevantes ao nível do conhecimento e aplicação de princípios de enfermagem forense. Foram identificados problemas na recolha adequada de evidência, bem como erros na cadeia de custódia, comprometendo potencialmente o valor legal dos vestígios recolhidos. O estudo demonstra a existência de uma relação limitada entre enfermeiros e profissionais forenses, o que dificulta a articulação necessária para garantir cuidados eficazes e a adequada gestão de evidência em contexto clínico. Outro achado prende-se com a ausência de formação formal e estruturada em enfermagem forense na Nova Zelândia, apesar de os enfermeiros serem frequentemente chamados a desempenhar funções associadas a esta área. Esta lacuna formativa traduz-se em práticas inconsistentes e insuficientes para responder às exigências clínicas e legais associadas aos casos forenses. Face a estes resultados, os participantes expressam um forte apoio ao desenvolvimento de programas de formação pós-graduada em enfermagem forense, bem como à criação de um papel especializado nesta área nos serviços de urgência, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a preservação adequada de evidência com implicações legais.
E6	A atuação do enfermeiro abrange a recolha de evidência no corpo da vítima, a preservação de objetos associados, a documentação rigorosa das lesões e a garantia da cadeia de custódia, assegurando a integridade e validade legal dos vestígios. Apesar da sua relevância, os estudos evidenciam lacunas na formação, ausência de padronização de práticas e necessidade de maior integração da enfermagem forense nos sistemas de saúde e nos curricula de enfermagem.
E7	Este estudo avaliou a consciência, experiência e necessidades formativas em enfermagem forense entre enfermeiros de urgência na Coreia do Sul, evidenciando que, apesar da exposição frequente a casos com potencial forense, a maioria dos profissionais não possui formação específica nesta área. Os enfermeiros reconhecem o seu papel na identificação de situações com implicações legais e na prestação de cuidados forenses, contudo a prática clínica revela limitações, sendo mais comum a documentação e o encaminhamento do que a recolha e preservação ativa de vestígios. Os participantes reportam contacto frequente com casos como acidentes rodoviários, tentativas de suicídio e violência interpessoal, reforçando a relevância da enfermagem forense no contexto da urgência. Verifica-se uma elevada necessidade de formação, particularmente em áreas como abuso infantil, violência sexual e violência doméstica, sendo preferidas metodologias como simulação e programas de formação contínua.

E8	Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros de serviço de urgência relativamente à gestão de casos forenses, evidenciando lacunas significativas nesta área. Os resultados demonstraram que a maioria dos enfermeiros não possui formação em enfermagem forense, apresentando níveis de conhecimento global moderados, sendo estes superiores nos profissionais com formação académica mais elevada e naqueles que receberam formação em serviço. Verificou-se que os enfermeiros têm contacto frequente com casos forenses, mas apresentam limitações na sua abordagem, sobretudo devido à falta de conhecimento, formação e ausência de protocolos institucionais, o que compromete a adequada identificação, recolha e preservação de evidência. A formação demonstrou impacto significativo no aumento do conhecimento, evidenciando-se que os enfermeiros com treino específico apresentam melhor desempenho na gestão de casos forenses.
E9	Os resultados identificam como tema central a dificuldade em criar um encontro terapêutico adequado, considerado essencial para a prestação de cuidados forenses. Os enfermeiros relataram dificuldades em abordar a violência, frequentemente devido à falta de tempo, incerteza sobre como intervir e receio de invadir a privacidade do doente, o que leva, por vezes, à não identificação de situações de violência. Foram também identificadas dificuldades na gestão dos familiares, nomeadamente a ambiguidade entre prestar apoio e considerar a possibilidade de serem agressores, sendo ainda evidente a escassez de suporte estruturado para familiares. Os enfermeiros referiram ainda falta de formação, conhecimento e orientações claras, apesar de reconhecerem que a existência de protocolos facilita a atuação. Adicionalmente, o impacto emocional associado ao contacto com vítimas de violência constitui um obstáculo relevante à prática. Conclui-se que a prestação de cuidados forenses é condicionada por múltiplos fatores organizacionais, formativos e emocionais, sendo fundamental investir em formação, protocolos estruturados e suporte institucional, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e garantir uma abordagem adequada às vítimas e às suas famílias.
E10	O estudo avaliou o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde na preservação de vestígios forenses em contexto de urgência. Verificou-se que, apesar de reconhecerem a sua importância, a maioria apresenta baixo nível de conhecimento (<50%) e reduzida implementação dos procedimentos, sobretudo na recolha e preservação de vestígios. A documentação é a prática mais frequentemente realizada, embora de forma incompleta. Observou-se ainda uma relação positiva entre conhecimento e execução, evidenciando que a formação influencia diretamente a prática. As principais barreiras incluem falta de formação, ausência de protocolos e perceção de que estas competências não fazem parte do papel dos profissionais. O estudo reforça a necessidade de formação estruturada e implementação de protocolos, para melhorar a qualidade da preservação de evidência forense.
E11	Os enfermeiros demonstram desempenhar um papel ativo na preservação de vestígios forenses, incluindo a prevenção da contaminação, recolha e acondicionamento de vestuário, proteção de vestígios e colaboração com a equipa médica na avaliação e documentação clínica. Apesar desta atuação, os profissionais reportam ausência de formação formal, adquirindo competências maioritariamente através da experiência e da partilha com colegas, o que contribui para sentimentos de insegurança e inconsistência na prática. O estudo evidencia ainda um impacto emocional significativo, associado ao contacto com vítimas de violência, abuso e trauma, bem como situações de agressividade por parte de doentes e familiares, afetando o bem-estar psicológico dos enfermeiros. Foram identificadas dificuldades relacionadas com a gestão de diferentes tipos de vítimas, falta de informação prévia, ausência de protocolos e desafios organizacionais, comprometendo a prestação de cuidados forenses adequados.

4. DISCUSSÃO

A análise dos onze artigos incluídos nesta ScR (E1 a E11) permitiu mapear, de forma abrangente, o papel do enfermeiro na colheita e preservação de provas forenses em contexto de urgência, particularmente no atendimento à PSC. Os resultados evidenciam que o enfermeiro assume um papel central neste processo, sendo frequentemente o primeiro profissional a contactar com a vítima e responsável pela identificação, preservação e documentação de vestígios com potencial valor legal.

Ao longo do desenvolvimento desta revisão, foram identificadas duas limitações relevantes. A primeira prende-se com a ausência de referências específicas ao papel do EEEMCPSC, no contexto português**,** não tendo sido identificada literatura que aborde diretamente esta intervenção no âmbito da enfermagem forense. Apesar desta lacuna, e à luz do enquadramento legal e regulamentar definido pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do EEEMCPSC, é possível inferir que este profissional, pela sua formação avançada, capacidade de decisão em contextos de elevada complexidade e responsabilidade na prestação de cuidados diferenciados, detém competências que o posicionam como elemento-chave na gestão de situações com implicações forenses.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, 2018 o EEEMCPSC tem de assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime. Especificamente, diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima ou no meio envolvente; salvaguarda a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes; e reencaminha para os organismos vocacionados no apoio à vítima e respetiva família (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Assim, apesar da escassez de evidência científica específica que enquadre, de forma direta, o papel do EEEMCPSC na área da enfermagem forense em Portugal, torna-se evidente que as suas competências avançadas lhe conferem uma posição privilegiada na identificação, preservação e encaminhamento de situações com implicações legais. A sua intervenção, sustentada por conhecimento técnico-científico e pelo enquadramento regulamentar da profissão, revela-se fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados, a salvaguarda dos vestígios forenses e a articulação eficaz com as entidades competentes.

A segunda limitação relaciona-se com a escassez de literatura específica focada no doente crítico, sendo a maioria dos estudos centrada em contexto de urgência e emergência, sem uma diferenciação clara relativamente à complexidade acrescida associada à PSC. Esta ausência limita a compreensão aprofundada das especificidades da atuação do enfermeiro neste grupo de doentes, nomeadamente no equilíbrio entre a prestação de cuidados imediatos e a preservação de vestígios forenses.

Estas lacunas evidenciam a necessidade de desenvolvimento de investigação futura que explore, de forma mais direcionada, o papel do enfermeiro especialista em contexto forense, particularmente no cuidado à PSC, contribuindo para a consolidação desta área como parte integrante da prática especializada em enfermagem.

A análise de todos os estudos incluídos nesta ScR evidenciam, de forma consistente, que os enfermeiros que exercem funções em contexto de urgência e emergência assumem um papel central na identificação, recolha, preservação e documentação de vestígios forenses, sendo frequentemente o primeiro ponto de contacto com vítimas de violência ou situações com implicações médico-legais. Este posicionamento privilegiado confere-lhes uma responsabilidade determinante na garantia da integridade da evidência desde o primeiro momento de contacto com a pessoa, estabelecendo uma ligação direta entre os cuidados de saúde e o sistema judicial.

De uma forma transversal, está presente em todos os estudos, que a atuação do enfermeiro abrange múltiplas dimensões, incluindo a identificação de sinais de violência, a recolha de amostras biológicas, a preservação de roupas e objetos, e a documentação rigorosa das lesões de forma a garantir a manutenção da cadeia de custódia. Estas intervenções evidenciam que a preservação de vestígios forenses constitui uma componente integrante da prática clínica. É particularmente relevante no contexto da pessoa em situação crítica, onde a rapidez e a complexidade da intervenção podem comprometer a integridade da evidência, caso estas não sejam devidamente consideradas.

Apesar do reconhecimento generalizado da importância deste papel, os estudos analisados, mais especificamente o E3, E5, E7, E8, E10 e E11, evidenciam de forma consistente a existência de lacunas significativas ao nível da formação em enfermagem forense. O E5 evidencia que a falta de formação em enfermagem forense surge como um dos principais fatores que comprometem a qualidade da prática em contexto de urgência, sendo associada a erros na colheita de vestígios, falhas na cadeia de custódia

e dificuldades na documentação e articulação com o sistema legal (Donaldson, 2022). O E8 conclui que os enfermeiros do SU não possuem conhecimentos suficientes relativamente à gestão de casos forenses. Existe a necessidade de formação adicional dos enfermeiros nesta área (Çelik et al., 2024).

Ao longo da análise dos estudos, com maior enfoque no E11, a maioria dos enfermeiros refere não possuir formação formal nesta área, adquirindo conhecimentos sobretudo através da experiência clínica ou da partilha com colegas (Donaldson, 2020). Este défice formativo traduz-se em insegurança na prática e em dificuldades na identificação de casos com implicações forenses, na recolha e preservação adequada de vestígios, na compreensão da cadeia de custódia e na realização de documentação com valor legal. Segundo o E3, é reconhecida a importância da abordagem forense na formação de enfermagem e não somente nos cursos especializados ou pós-graduações (Citolin et al., 2024). Assim, torna-se necessário assegurar formação contínua em contexto de serviço sobre a gestão destes casos, bem como a implementação de protocolos institucionais baseados na evidência para a sua abordagem (Gonçalves et al., 2024).

Neste seguimento (E1 e E2), a ausência ou insuficiência de protocolos institucionais, contribui para a existência de práticas inconsistentes e para a variabilidade na atuação dos profissionais (Gonçalves et al., 2024; Rosado et al., 2025). A inexistência ou desconhecimento de *guidelines*, associada à escassez de recursos e materiais específicos, como *kits* forenses, constitui um obstáculo relevante à implementação de cuidados adequados. Assim, o exercício dos enfermeiros no SU deve ser orientado mediante protocolos e com recurso a *kits* de material (Gonçalves et al., 2024).

A documentação surge como uma das competências mais críticas na prática forense, sendo frequentemente a intervenção mais realizada pelos enfermeiros. No entanto, os resultados indicam que esta é, muitas vezes, efetuada de forma incompleta ou pouco rigorosa, o que pode comprometer o seu valor clínico e legal. Segundo o E4, após a etapa de colheita, a documentação dos vestígios deve ser feita de maneira minuciosa e atenciosa pela enfermagem, pois, por meio desse procedimento será possível estruturar informações e construir argumentos a serem analisados para resolução do crime (Silva et al., 2022). Assim, a necessidade de registos detalhados, objetivos e sistemáticos é amplamente destacada, reforçando o papel do enfermeiro como elemento fundamental na produção de informação com relevância judicial.

Apesar destes pontos de convergência, os estudos revelam também algumas diferenças relevantes. Destaca-se a variabilidade no grau de envolvimento dos enfermeiros na recolha direta de vestígios, sendo que, em alguns contextos, esta responsabilidade é assumida pelos próprios profissionais de enfermagem, enquanto noutros é atribuída a entidades externas, como os serviços de medicina legal. No E2, é reforçado o papel dos enfermeiros na preservação da integridade dos vestígios, especialmente enquanto primeiros intervenientes, devendo a sua atuação ser orientada por conhecimento técnico, enquadramento legal e articulação com os órgãos de polícia criminal. No entanto, salienta-se que a recolha formal da prova é da competência das autoridades, cabendo aos enfermeiros sobretudo a preservação, intervindo na recolha apenas em situações excecionais de risco de perda de evidência (Gonçalves et al., 2024).

Verifica-se igualmente heterogeneidade na perceção do papel do enfermeiro na área forense, sendo que, em alguns estudos, os profissionais reconhecem claramente esta responsabilidade, enquanto noutros consideram que a preservação de vestígios não faz parte das suas funções. Esta falta de consenso reflete a ausência de definição clara do papel do enfermeiro na prática forense.

A par deste problema, encontra-se também uma limitação na proximidade entre enfermeiros e outros profissionais da área forense, como consta no E5, o que pode comprometer a resposta adequada às necessidades médico-legais e de saúde dos doentes (Donaldson, 2022). De facto, a ausência de uma colaboração estruturada entre estes profissionais dificulta a articulação de cuidados e a correta gestão de vestígios, podendo impactar negativamente os resultados clínicos e jurídico-processuais.

Assim, torna-se fundamental promover uma interação mais próxima e estruturada entre enfermeiros e agentes da autoridade, de forma a clarificar, de modo objetivo, os limites e as responsabilidades de cada interveniente no âmbito da gestão de vestígios forenses. Embora, do ponto de vista legal, a responsabilidade pela prova material recaia sobre os agentes da autoridade, o papel dos enfermeiros, particularmente no SU, é determinante na preservação da integridade dos vestígios, assegurando a sua validade jurídico-processual. Neste contexto, a atuação dos enfermeiros deve ser orientada por protocolos bem definidos, técnicas padronizadas e recurso a materiais adequados, como *kits* específicos para a cadeia de custódia, respeitando sempre os pressupostos legais e éticos. Importa, contudo, reforçar que a sua intervenção não se estende à investigação criminal, mas sim à salvaguarda dos vestígios e dos direitos da pessoa. Assim, o fortalecimento da cooperação interprofissional, aliado ao desenvolvimento

de competências técnicas e ao esclarecimento de funções, revela-se essencial para garantir uma atuação eficaz, segura e juridicamente sustentada (Gonçalves et al., 2024).

Outro aspeto menos abordado, mas igualmente importante, prende-se com o impacto emocional associado à prestação de cuidados a vítimas de violência. Os enfermeiros relatam sentimentos de insegurança, ansiedade e desgaste emocional, bem como dificuldades na abordagem de situações sensíveis, como violência doméstica ou abuso. Adicionalmente, a gestão da família constitui um desafio, particularmente quando existe suspeita de envolvimento na agressão, evidenciando a complexidade relacional destes contextos.

Em particular, o E9 aborda este tema com maior especificidade. Este estudo evidencia que a prestação de cuidados a vítimas de violência no SU constitui um processo complexo, no qual o principal desafio identificado pelos enfermeiros não reside apenas na execução de procedimentos técnico-forenses, mas, sobretudo, na capacidade de estabelecer um encontro terapêutico significativo com a vítima e os seus familiares. Os resultados demonstram que fatores como a escassez de tempo, a ausência de privacidade, a dificuldade em abordar o tema da violência, a incerteza quanto à intervenção adequada e a insuficiência de formação específica condicionam a atuação dos profissionais e podem conduzir à não valorização das questões forenses. Paralelamente, o estudo evidencia ambiguidades na inclusão dos familiares nos cuidados, uma vez que estes podem constituir simultaneamente uma fonte de suporte e um potencial fator de risco, dificultando a sua integração no processo assistencial. Acresce ainda o impacto emocional que estas situações exercem nos enfermeiros, podendo interferir na sua disponibilidade para intervir de forma consistente e segura (Rahmqvist et al., 2019).

Importa salientar que, apesar de os estudos incluídos nesta ScR serem maioritariamente desenvolvidos em contextos internacionais, os seus resultados revelam-se pertinentes e aplicáveis à realidade portuguesa. De facto, as dimensões identificadas, nomeadamente o papel central do enfermeiro na identificação e preservação de vestígios, as lacunas formativas, a ausência de protocolos estruturados, as dificuldades na articulação interprofissional e os desafios associados à prática em contexto de urgência, correspondem a aspetos transversais à prática de enfermagem, independentemente do contexto geográfico. Acresce que o enquadramento legal e regulamentar em Portugal, particularmente no que respeita às competências do EEEMCPSC, sustenta e reforça muitas das evidências descritas na

literatura internacional. Assim, os resultados obtidos permitem uma reflexão válida e fundamentada sobre a prática em contexto português, constituindo um contributo relevante para a melhoria dos cuidados.

De forma global, os resultados evidenciam um desfasamento entre a frequência com que os enfermeiros contactam com casos com implicações forenses e a sua preparação para os gerir adequadamente. Apesar do reconhecimento da importância da preservação de vestígios, persistem lacunas ao nível da formação, da organização dos cuidados e da definição do papel profissional, o que pode comprometer a qualidade da intervenção e a integridade da evidência. Por fim, importa salientar o papel diferenciador do EEEMCPSC, cuja formação avançada e competências específicas o capacitam para uma intervenção mais estruturada, autónoma e segura em contextos de elevada complexidade, como é o caso das situações com implicações forenses. Assim, a valorização e integração do EEEMCPSC nestes contextos constitui um contributo essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados, para a proteção dos direitos da pessoa e para a salvaguarda da evidência forense.

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu analisar, de forma integrada, a problemática da violência enquanto fenómeno de saúde pública e explorar o papel do Enfermeiro Especialista na recolha e preservação de provas forenses ao doente crítico no SU, articulando o enquadramento teórico com os resultados da ScR realizada. O enquadramento teórico evidenciou a crescente relevância da violência no contexto atual, bem como o papel central do SU na abordagem inicial às vítimas. Neste cenário, os enfermeiros, e em particular os enfermeiros especialistas, assumem uma posição estratégica na identificação de situações com implicações forenses, na prestação de cuidados diferenciados e na salvaguarda de vestígios com valor médico-legal, especialmente perante a PSC.

Os resultados da ScR permitiram confirmar que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na identificação, preservação e documentação de vestígios forenses, sendo frequentemente os primeiros intervenientes no contacto com a vítima. A sua atuação abrange múltiplas dimensões, incluindo a identificação de sinais de violência, a preservação de vestígios biológicos e materiais, a documentação rigorosa das lesões e a manutenção da cadeia de custódia, contribuindo para a articulação entre o sistema de saúde e o sistema judicial. Contudo, a evidência analisada revelou um desfasamento significativo entre a frequência com que os enfermeiros contactam com situações com implicações

forenses e a sua preparação para as gerir de forma adequada. Persistem lacunas relevantes ao nível da formação em enfermagem forense, da existência e implementação de protocolos institucionais, da disponibilidade de recursos materiais e da clarificação do papel profissional. Estas limitações podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a segurança da prática e a integridade da evidência forense. Adicionalmente, a escassez de literatura específica sobre a intervenção do EE, particularmente no contexto da PSC, evidencia a necessidade de investigação que permita aprofundar o conhecimento nesta área e sustentar a prática clínica com base em evidência.

Em conclusão, o EE, pela sua formação avançada e competências diferenciadas, assume um papel determinante na interseção entre o cuidado clínico e a dimensão forense, sendo fundamental a sua valorização e integração neste domínio, de forma a assegurar cuidados de qualidade, proteger os direitos da pessoa e contribuir para a salvaguarda da evidência e para a justiça.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

As situações de violência, frequentemente associadas a implicações médico-legais, constituem uma preocupação relevante no SU, sobretudo pelo impacto que podem ter na saúde física e psicológica das vítimas, bem como nas consequências jurídicas decorrentes da correta ou incorreta gestão de vestígios forenses. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel central na identificação, preservação e documentação de evidência com valor legal, através da adoção de práticas seguras, do respeito pela cadeia de custódia e da vigilância contínua de sinais de violência ou suspeita de crime. Contudo, persistem lacunas ao nível da formação, da organização dos cuidados e da definição do papel profissional, que podem comprometer a eficácia da intervenção e a integridade da evidência forense.

A ScR realizada constituiu uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento de competências em investigação, promovendo o contacto com a evidência científica disponível sobre a temática e reforçando a capacidade de análise crítica e tomada de decisão fundamentada. A articulação entre a prática clínica desenvolvida durante o estágio e o trabalho de investigação revelou-se essencial para a consolidação de uma prática baseada na evidência, incentivando uma abordagem mais consciente, crítica e fundamentada na prestação de cuidados em situações com implicações forenses.

A análise global do percurso formativo permitiu evidenciar a importância da integração entre teoria, investigação e prática clínica. O Estágio de Natureza Profissional, realizado em diferentes contextos, constituiu uma experiência enriquecedora que contribuiu para o desenvolvimento progressivo de competências técnicas, científicas e relacionais, fundamentais ao exercício especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. A diversidade dos contextos reforçou o papel do EE enquanto profissional capaz de intervir em situações de elevada complexidade, assegurando cuidados seguros, éticos e humanizados, e promovendo a articulação entre o contexto clínico e as exigências médico-legais.

No seu conjunto, esta experiência revelou-se transformadora, contribuindo para a consolidação de uma identidade profissional assente no rigor científico, na reflexão crítica e na qualidade dos cuidados. Para a autora, este percurso representou um desafio exigente, mas simultaneamente gratificante, permitindo o desenvolvimento de competências clínicas e de investigação, bem como o fortalecimento do pensamento crítico e reflexivo.

Em síntese, o percurso realizado permitiu compreender que o enfermeiro que integra a evidência científica na sua prática, reflete sobre a sua intervenção e reconhece a importância da dimensão forense no contexto clínico, contribui de forma ativa para a melhoria contínua dos cuidados e para a valorização da enfermagem enquanto disciplina científica. Espera-se que o estudo desenvolvido possa incentivar futuras investigações nesta área, bem como a implementação de protocolos e estratégias formativas que promovam a atuação qualificada dos enfermeiros na recolha e preservação de vestígios forenses, reforçando a segurança, a qualidade dos cuidados e a proteção dos direitos da PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *14*(3), 373–382. https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

Azevedo, L. M. de S., Silva, U. P. da, & Farias, W. S. de. (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

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, *III Série*(nº 9), 7–16. https://doi.org/10.12707/RIII12108

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

Calle, G. (2016). *Humanisation in intensive care units*. https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2016/12/ICU-Humanisation-Plan_EN.pdf

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. de 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*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6780.4138

Diário da República. (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro*. Série I de 2015-09-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896

Direção Geral de Saúde. (2017). *PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral de Saúde. (2023). *Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/ManualUnidadesGestaoClinicaDGS2023.pdf

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

Donaldson, A. E. (2022). Forensic professional's thoughts on New Zealand emergency nurse's forensic science knowledge and practice. *International Emergency Nursing*, *62*, 101151. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101151

Eurostat. (2025, April). *Crime statistics*.

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense* (LIDEL, Ed.; Vol. 1).

Gomes, A. M. (2017). *Padrões de Aptidão do Enfermeiro Forense*. https://www.researchgate.net/publication/317718219_PADROES_DE_APTIDAO_DO_ENFERMEIRO_FORENSE

Gonçalves, L., Dixe, M., & Mendonça, S. (2024). Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(N.º 3). https://doi.org/10.12707/rvi23.119.33125

INEM. (2025a, November 15). *O INEM*. https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/

INEM. (2025b, December 18). *INEM no centro das Vias Verdes Pré-Hospitalares*. https://www.inem.pt/2025/12/18/inem-no-centro-das-vias-verdes-pre-hospitalares/

Instituto Português de Sangue e Transplantação. (2013). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação*. http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/Guia_Qualidade_rgos_Verso_Portuguesa_final.pdf

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9241545615

Lynch, V. A. (1995). Clinical forensic nursing: a new perspective in the management of crime victims from trauma to trial. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *7*(3), 489–507.

Machado, B., Araújo, I., & Figueiredo, M. (2019). Forensic nursing: what is taught in the bachelor's degree in nursing in Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(Nº 22), 43–50. https://doi.org/10.12707/RIV19028

Mariz, J., Pires, O., Lopes, A., Bessa, J., Correia, L., Morgado, P., Teixeira, J., Sousa, N., & Santos, N. (2022). The Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit: A Large Cohort Validation Study in the Emergency Department of a Tertiary Hospital. *REVISTA DA SOCIEDADE*

PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA, *29*. https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/682/696

Mendes, C. L., Vasconcelos, L. C. S., Tavares, J. S., Fontan, S. B., Ferreira, D. C., Diniz, L. A. C., Alves, E. S., Villar, E. J. M., Albuquerque, C. de F., & Silva, S. L. D. da. (2008). Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *20*(4), 344–348. https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400005

Ministério da Saúde. (2011). Despacho n.º14898/2011. *Diário Da República: II Série, n.º 211*. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/11/211000000/4356343564.pdf

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 10319/2014*.

Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. In *Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27*.

ONU. (2025, November 21). *ONU diz que 840 milhões de mulheres já sofreram violência sexual ou física*. https://news.un.org/pt/story/2025/11/1851589

Ordem do Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/2º%20Concurso%20Padrões%20de%20Qualidade_2015/Guião%20para%20elaboraç¸ão%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *REPE Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019* (pp. 4744–4750).

Ordem dos Médicos. (2018). *Documentos orientador da formação em medicina intensiva*.

Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(Nº2). https://doi.org/10.12707/RVI22055

Peres, D. (2013). *A Infeção Associada a Cuidados de Saúde como Problema de Saúde Pública*. https://www.anmsp.pt/post/a-infeção-associada-a-cuidados-de-saúde-como-problema-de-saúde-pública

Pinho, J. Antonio. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel.

Rahmqvist, J., Benzein, E., & Erlingsson, C. (2019). Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. *International Emergency Nursing*, *42*, 2–6. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.007

Rebelo Botelho, M. A. (2018). Cuidados centrados na pessoa e baseados na evidência. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, *22*(1), 1–2. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v22i1.140

Rosa, I., Pais, D., & Consciência, J. G. (2016). *Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar*.

Rosado, M. E. C. P., Oliveira, T. D. de, Soares, J. da S., Barbosa, K. T. F., Almeida, F. das C. A. de, Souto, R. Q., & Santos, J. de S. (2025). Práticas forenses realizadas por enfermeiros em urgência e emergência a pessoas em situação de violência: revisão de escopo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *46*. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240350.pt

Santos, M., Ferreira, M., & Melo, R. (2025). Estratégias dos Enfermeiros Gestores na Promoção da Cultura de Segurança e Fatores Condicionantes: Um Estudo Qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(N.º 4). https://doi.org/10.12707/RVI25.28.40786

Silva, I., & Santos, A. (2022). Questões forenses nos serviços do SNS com atendimento de urgência: relevância e procedimentos. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, *4*(Sup). https://doi.org/10.51126/revsalus.v4isup.379

Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. de M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *30*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593

Sistema de Segurança Interna. (2024). *Relatório anual de segurança interna RASI2024*. https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-rasi-2024

Vilelas, J. (2017). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (Sílabo, Ed.; 2ª edição).

ANEXOS

ANEXO I - Proposta de Instrução de trabalho “Colheita e Preservação de Provas Forenses”

Instrução de Trabalho

Identificação do documento: Colheita e Preservação de Provas Forenses.
Classificação | Âmbito: Serviço de Urgência Médico Cirúrgica e SUB's

OBJETIVO

O Serviço de Urgência é o primeiro local para onde uma vítima e/ou autor de violência é levado para receber tratamento médico. Os profissionais deste serviço estão numa posição singular para identificar, avaliar e tratar estes pacientes. Assim, assumem uma posição crucial para identificar, recolher, preservar e documentar os vestígios, devendo atender às questões forenses sem descurar os cuidados médicos ao paciente.

A recolha da roupa da vítima para posterior análise laboratorial e a documentação, escrita e fotográfica, das lesões configuram-se aspetos importantes para uma correta interpretação do caso.

Este documento pretende definir os procedimentos padronizados para a colheita, preservação, registo e entrega de provas forenses, de forma a garantir a integridade das provas, o cumprimento das obrigações legais, a colaboração eficaz com os agentes da autoridade e a proteção dos direitos e dignidade da vítima.

ÂMBITO

Aplica-se a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência que participa na abordagem, tratamento e documentação de casos com relevância forense, incluindo: agressões físicas ou sexuais; tentativas de homicídio ou suicídio; vítimas de arma branca ou arma de fogo e situações com suspeita de violência doméstica, abuso infantil ou negligência.

DEFINIÇÃO

As provas têm por função a demonstração da realidade dos factos, um vestígio pode revelar-se uma prova. Considera-se como **vestígio** tudo aquilo que possa ser presente em tribunal, para acusar ou inocentar uma pessoa. Os vestígios podem incluir: testemunho oral, documentação escrita, desenhos, fotografias, objetos físicos, depoimentos, roupa, ervas, detritos, cabelos, unhas, balas, entre outros.

RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do Diretor de Serviço e dos Enfermeiros Responsáveis a verificação e atualização da presente instrução de trabalho.

Na abordagem à vítima, cabe ao médico responsável avaliar clinicamente a vítima; decidir e orientar colheitas e assegurar comunicação com as autoridades. O enfermeiro deve proceder à colheita de amostras; acondicionar e rotular evidências e fazer registos. O assistente operacional deve apoiar na manipulação e transporte seguro de amostras e vestígios e, por último, o segurança e o administrativo devem controlar acesso ao espaço físico e garantir entrega das provas à autoridade competente.

DESCRIÇÃO

As necessidades médicas e a segurança da vítima são sempre **prioridade absoluta**.

- Se a vítima estiver consciente, todos os procedimentos devem ser explicados e consentidos.
- Os profissionais devem usar equipamento de proteção (máscara, touca, bata e luvas) de forma a evitar a contaminação dos vestígios.
- Devem lavar as mãos antes calçar as luvas ou sempre que as tenha de trocar.
- Devem trocar as luvas entre as recolhas de vestígios para evitar contaminação.
- Todas as vítimas de violência devem ser completamente despidas e examinadas da cabeça aos pés, registando a presença de cicatrizes, tatuagens ou piercings.
- As lesões devem ser documentadas tendo em conta a sua localização, tamanho e aparência antes de qualquer intervenção.
- Usar diagrama corporal e utilizar régua pericial (Escala *American Board of Forensic Odontology* – ABFO).
- Após intervenção, devem ser documentadas as alterações resultantes de atitudes terapêuticas.
- A pesquisa de cavidades corporais deve ser efetuada apenas por indicação judicial.
- Os cuidados de higiene devem ser os estritamente necessários.
- Os vestígios recolhidos têm de ser armazenados separadamente, no caso da roupa, não deve ser dobrada no momento do armazenamento.
- Se for necessário cortar a roupa, deve fazer-se pelas costuras.
- Idealmente todos os itens devem ser cuidadosamente secos ao ar antes de ser embalados.

- Usar sacos de papel e não de plástico.
- O tamanho do saco deve corresponder ao tamanho do objeto recolhido.
- Todos os vestígios recolhidos devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia (Nome da vítima e nº do episódio de urgência (na falta de identificação colocar apenas nº do episódio de urgência); idade e data de nascimentos; nº do processo; breve descrição do vestígio; data e hora da recolha e assinatura da pessoa que recolheu e empacotou).
- Danos na roupa (material estranho, rasgões, manchas) devem ser preservados e descritos.
- Devem selar e assinar por cima do selo, não agrafar o envelope.
- Todos o equipamento de proteção (máscara, touca, bata e luvas) devem ser guardados.
- A roupa ou espólio pessoal não deve ser entregue aos familiares ou amigos.
- Todo o espólio deve ser guardado em local seguro até procedimento de entrega à autoridade policial ou ao gabinete médico-legal (Deve ser entregue juntamente com o FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA, devidamente preenchido).
- Em caso de agressão por arma de fogo, as lesões produzidas podem ser protegidas com compressa, devendo idealmente cobrir a área até cerca de 15 cm; proteger as mãos em sacos de papel e evitar puncionar veias no dorso das mãos (Ver Instrução de trabalho X – Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo).
- Sempre que for solicitada recolha de sangue para medição de alcoolemia a desinfeção da pele não deve ser feita com álcool.
- Os registos são os vestígios mais importantes para a reconstituição dos acontecimentos. Os registos clínicos (médicos e de enfermagem) devem ser completos e precisos. Devem estar documentados os nomes de quem esteve em contacto com a vítima, desde a sua admissão no serviço, bem como, todos os procedimentos instituídos, incluindo se foi efetuada fotodocumentação.
- A fotodocumentação (fotografia) é o meio mais eficaz de preservar a aparência das lesões. As fotografias devem ser tiradas após a vítima estar estabilizada;
    1. Fotografar a etiqueta do processo/episódio de urgência;
    2. Fotografar a vítima no momento da admissão, antes de qualquer intervenção;
    3. Fotografar do geral para o particular; em cada ferida, deve ser usada a referência métrica ABFO (se possível; fotografar as lesões antes e depois da intervenção); fotografar num ângulo de 90º;

4. Depois de fotografar, enviar a fotodocumentação ao agente responsável (Deve ser enviado juntamente com o FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA, devidamente preenchido).

No caso da vítima falecer na Sala de Emergência:

- Proteger a sala de emergência e garantir a presença das autoridades (no caso de suspeita de morte violenta).
- Não lavar o corpo, não remover qualquer dispositivo (cateteres, sondas, etc).
- Guardar todos os frascos de medicação e material invasivo usado durante a reanimação.
- As amostras biológicas colhidas (sangue, urina, conteúdo gástrico, drenagem torácica) devem ser conservadas até ser avaliada a sua necessidade, devendo constar no processo que foram colhidas e quais as que foram conservas/desperdiçadas.
- Marcas de punções ou incisões devem ser registadas (FORMULÁRIO DE REGISTO DE LESÕES) para que não sejam confundidas com traumatismos.
- Recolher, em casos de intoxicação, os medicamentos, drogas, tóxicos que estejam com a vítima.
- Os familiares e outras visitas não devem tocar no corpo da vítima.
- O corpo deve ser embrulhado num lençol antes de ser colocado no saco de cadáver.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966). *Diário do Governo*, I Série, n.º 274. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49792675

DGS (2016). Guia Prático. *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa. Portugal. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.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

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense (LIDEL, Ed.; Vol. 1).

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense (LIDEL, Ed.; Vol. 2).

Silva, I., & Santos, A. (2022). Questões forenses nos serviços do SNS com atendimento de urgência: relevância e procedimentos. RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia, 4(Sup). https://doi.org/10.51126/revsalus.v4isup.379

ANEXO II - Proposta de Instrução de trabalho “Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo”

Instrução de Trabalho

Identificação do documento: Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo.
Classificação | Âmbito: Serviço de Urgência Médico Cirúrgica e SUB's

OBJETIVO

Definir os procedimentos a adotar pelos profissionais do Serviço de Urgência na receção, avaliação e tratamento de vítimas de agressão por arma branca e/ou arma de fogo, assegurando: a estabilização clínica imediata da vítima; a preservação cadeia de custódia da prova e o cumprimento das obrigações legais de comunicação às autoridades.

DEFINIÇÃO

De uma forma genérica, arma, é qualquer instrumento, objeto ou aparelho destinado a atacar ou defender do adversário. Entende-se por **arma branca** todo o objeto ou instrumento portátil dotado de uma lâmina ou outra superfície cortante ou perfurante de comprimento igual ou superior a 10 cm ou com parte corto-contundente, bem como destinado a lançar lâminas, flechas ou virotões, independentemente das suas dimensões. Por sua vez, **arma de fogo** é todo o engenho ou mecanismo portátil destinado a provocar a deflagração de uma carga propulsora geradora de uma massa de gases cuja expansão impele um ou mais projéteis.

RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do Diretor de Serviço e dos Enfermeiros Responsáveis a verificação e atualização desta Instrução de trabalho.

Na abordagem à vítima, cabe ao médico responsável avaliar clinicamente a vítima; decidir e orientar colheitas e assegurar comunicação com as autoridades. O enfermeiro deve proceder à colheita de amostras; acondicionar e rotular evidências e fazer registos. O assistente operacional deve apoiar na manipulação e transporte seguro de amostras e vestígios e, por último, o segurança e o administrativo devem controlar acesso ao espaço físico e garantir entrega das provas à autoridade competente.

DESCRIÇÃO

O Código de Processo Penal estabelece no seu artigo 242.º que as entidades públicas e os funcionários que, no exercício das suas funções, tiverem conhecimento de um crime público, são obrigados a participá-lo ao Ministério Público. Assim, os profissionais de saúde, incluídos na definição de funcionário público, tal como está estabelecido no artigo 386º do código penal, têm o dever de comunicar às autoridades situações em que há indícios sérios de crime, mesmo que o profissional não tenha presenciado o ato.

Como complemento deve ser consultada a Instrução de trabalho: Colheita e Preservação de Provas Forenses.

- Nas vítimas de agressão por arma de fogo, a entrada da bala na roupa deixa vestígios na mesma, nomeadamente partículas de pólvora queimada ou não queimada em volta do buraco. A forma e distribuição dessas partículas podem dar indicação da distância do disparo.
- Remoção da roupa da vítima com cuidado.
- Na vítima já cadáver deve seguir para a morgue vestida.
- Identificar o número e a localização correta das lesões (orifícios de entrada e saída), o que deverá ocorrer logo na admissão ao serviço de urgência, porque os tratamentos médicos e/ou cirúrgicos podem alterar completamente a morfologia das lesões.
- Os orifícios que existam no corpo da vítima devem ser enumerados e identificados com círculos, por caneta permanente, de forma que sejam visíveis pelo patologista forense. Os orifícios devem estar descritos no diagrama corporal.
- Todos os registos devem ser realizados no FORMULÁRIO DE REGISTO DE LESÕES).
- Não se deve limpar as mãos do cadáver.
- Proteger as mãos com sacos de papel e fechar com elástico ou adesivo.
- Evitar puncionar veias no dorso das mãos.
- Balas e outros projéteis devem ser manuseados com cuidado de forma a não adicionar marcas adicionais. Assim, para os extrair deve-se usar material esterilizado e se houver necessidade de usar uma pinça esta deve ter as pontas protegidas com borracha ou compressa. O projétil deve secar ao ar livre e de seguida ficar protegido com uma compressa e colocado num recipiente (ex: copo de urina). Diferentes projéteis devem ser guardados separadamente. Nunca se deve lavar o projétil. Empacotar, selar e colocar etiqueta de

identificação no recipiente. Nas notas clínicas deve constar toda a descrição de como e onde foi retido o projétil.

- Em lesões por armas de fogo: orifício de entrada - diferente consoante o tipo de arma; apresenta menor dimensão que o calibre da bala; apresenta bordos invertidos; orifício de saída - pode não existir se o projétil fica retido no corpo; é maior e mais irregular que o orifício de entrada; apresenta bordos evertidos.
- Caso tenha sido feita alguma técnica invasiva (ex: drenagem torácica) é importante identificar os locais com círculos e fazer o registo no FORMULÁRIO DE REGISTO DE LESÕES.
- Os ferimentos devem ser protegidos com compressa esterilizada (sem estar embebida em qualquer produto), presa com adesivo que cubra a zona do orifício e os 10cm adjacentes.
- Todo o espólio e provas devem ser guardados em local seguro até procedimento de entrega à autoridade policial ou ao gabinete médico-legal (Deve ser entregue juntamente com o FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA, devidamente preenchido).

BIBLIOGRAFIA

Assembleia da República. (2006). *Lei n.º 5/2006, de 23 de fevereiro: Regime jurídico das armas e suas munições*. Diário da República n.º 39/2006, Série I-A, pp. 1462–1489. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-2006-676608

Código de Processo Penal). Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de fevereiro. Diário da República n.º 40/1987, Série I. Artigo 242.º. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1987-34570075-58745686

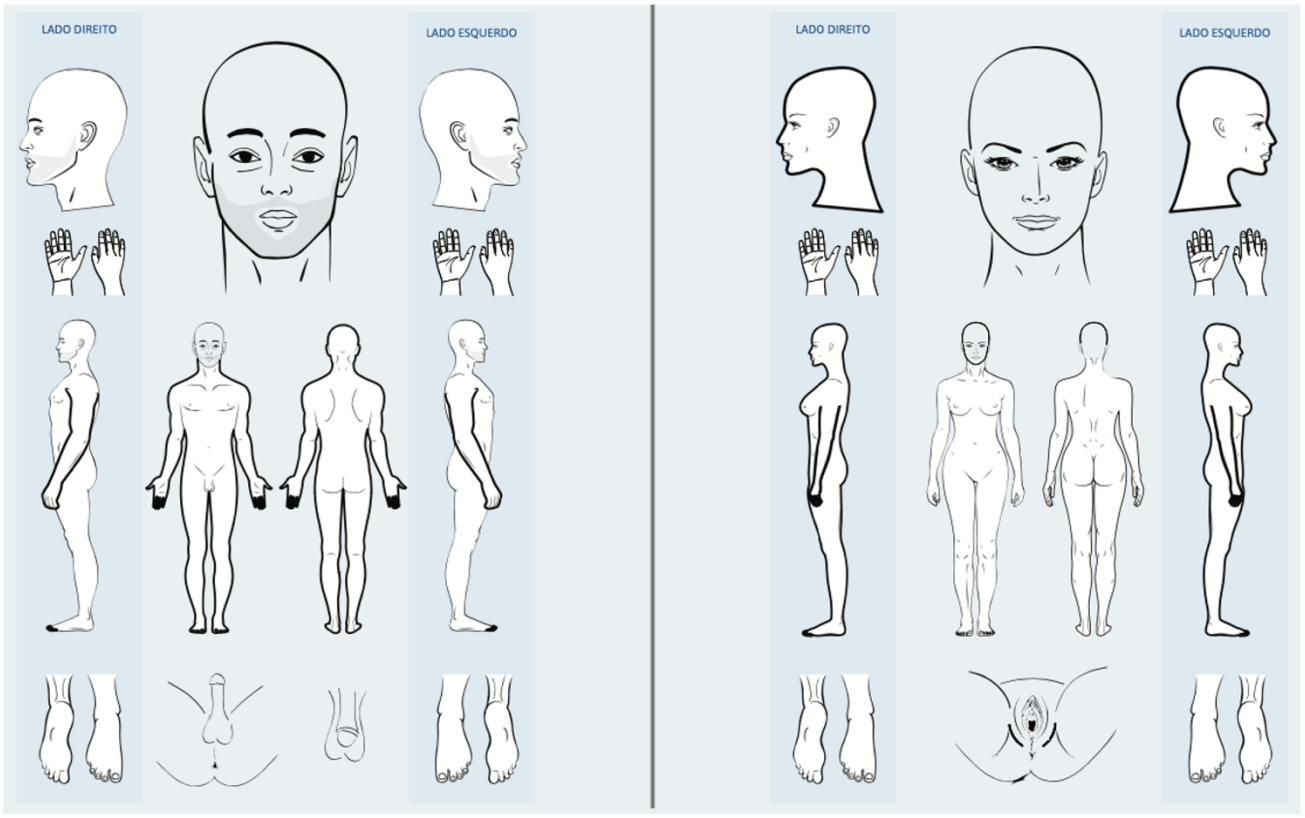
Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A. Artigo 386.º. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-836759597

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense (LIDEL, Ed.; Vol. 1)

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense (LIDEL, Ed.; Vol. 2)

ANEXO III - Proposta de “Formulário de Registo de Lesões”

Formulário de Registo de Lesões



Nº	Localização	Tipo de Lesão	Descrição

Guia de preenchimento			
Caracterizar o tipo de lesões:		**Descrição:**	
Avulsão dentária (AD)	Mordedura	Número de lesões	Estruturas circundantes
Fratura dentária (FD)	Equimose	Forma	Direção/orientação
Edema	Escoriação	Bordos	Conteúdo
Ferida incisa/contusa	Hematoma	Cor	Dimensão
Queimadura	Dor à palpação	Mecanismo de lesão	
Abrasão	Cicatriz		
Alopecia	Fratura		

(Adaptado de Violência Interpessoal, DGS, 2016)

ANEXO IV - Proposta de “Formulário de Cadeia de Custódia”

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

ASGVCV AÇÃO DE SAÚDE SOBRE GÉNERO, VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA

FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA
VESTÍGIOS RECOLHIDOS NO ÂMBITO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Local da colheita (serviço/unidade)

Data da colheita Hora N° Proc. (episódio ou n° proc. EPVA)

Nome do/a profissional responsável pela colheita

Assinatura do/a profissional responsável pela colheita

O/a profissional de saúde procedeu à(s) colheita(s) devidamente identificada(s):

N° zaragatoas N° fotos N° outras colheitas (especificar)

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora

AMOSTRA(S) ENTREGUE(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

AMOSTRA(S) RECEBIDA(S) POR:

Nome Assinatura

Serviço/Unidade

Local Data Hora

Adaptado de: INMLCF, IP

ANEXO V - Proposta de "*Kit* de Colheita de Provas"

Kit de colheita e preservação de provas forenses

Documentos de apoio:

Instrução de trabalho: Colheita de preservação de Provas Forenses
Instrução de trabalho: Agressão por Arma Branca e/ou Arma de Fogo

Luvas esterilizadas 6,5-7,5	2 cada
Envelopes papel S	4
Envelopes papel M	4
Envelopes papel L	4
Bastas esterilizadas	2
Régua	1
Diagrama corporal	1
Caneta para pele	1
Máquina fotográfica (+1 cartão memória)	1

ANEXO VI - Apresentação das *guidelines* de 2025 da *European Resuscitation Council* e da *European Society of Intensive Care Medicine*

European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2025: post-resuscitation care

Jerry P. Nolan[1,2], Claudio Sandroni[3,4*], Alain Cariou[5], Tobias Cronberg[6], Sonia D'Arrigo[3,4], Kirstie Haywood[7], Astrid Hoedemaekers[8], Gisela Lilja[9,10], Nikolaos Nikolaou[11], Theresa Mariero Olasveengen[12], Chiara Robba[13], Markus B. Skrifvars[14], Paul Swindell[15] and Jasmeet Soar[16]

© European Resuscitation Council 2025

Journal Club > Cuidados Pós-Reanimação

Aluna MEMCPSC
Joana Alves

European Resuscitation Council & ESICM Guidelines 2025

- Guidelines de 2025 da European Resuscitation Council (ERC) & European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) para cuidados pós-ressuscitação;
- Atualiza as guidelines de **2021** com nova evidência relevante;
- Foco: cuidados pós-ressuscitação para melhorar **sobrevivência** e **prognóstico neurológico**.

A fase pós-ressuscitação é determinante: o outcome depende tanto da reanimação como da qualidade do **cuidado intensivo** subsequente.

⛔ Não se aplica a pediatria – ERC guidelines 2025 Paediatric Life Support.

Diagnóstico da causa de paragem cardíaca

Guidelines 2021

Cateterismo cardíaco como primeira abordagem em doentes com isquemia miócardica. TAC cerebral + torácica consideradas se cateterismo não identificasse lesões.

Guidelines 2025

- ✓ Se ECG com elevação do segmento ST – Cateterismo cardíaco imediato;
- ✓ Se ECG sem elevação do segmento ST – TAC completa (head-to-pelvis) prioritária.

Via aérea, oxigenação e ventilação

Guidelines 2021

Iniciar 0_2 a 100% imediatamente após ROSC;
Titular para SpO_2 94–98% ou PaO_2 75–100 mmHg;

Normocapnia ($PaCO_2$ 35–45 mmHg).

Guidelines 2025

- ✓ Mantém a recomendações;
- ✓ Evitar: hipoxemia/ hiperoxemia;

⚠ Alerta para a menor precisão da oximetria de pulso em doentes com tons de pele mais escuros;

- ✓ Usar uma estratégia de ventilação protetora: Volume= 6–8 ml/kg peso ideal;
- ✓ A correta colocação do tubo traqueal deve ser confirmada através de capnografia;

Cautela adicional em doentes com hipotermia, devido ao risco de hipocapnia

Estratégias de reperfusão coronária

Guidelines 2021

Cateterismo cardíaco imediato fortemente recomendado em PCR extra-hospitalar sem elevação do ST mas com elevada probabilidade de oclusão coronária.

Guidelines 2025

- ✓ Avaliação urgente em laboratório de cateterismo cardíaco após paragem cardíaca, se ECG com supra ST;
- ✓ Após paragem cardíaca extra-hospitalar sem supra ST no ECG, a avaliação em laboratório de cateterismo cardíaco deve ser adiada, salvo se o contexto clínico sugerir elevada probabilidade de oclusão coronária aguda.

Sugere **adiar** o cateterismo cardíaco se o contexto clínico não indicar claramente elevada probabilidade de oclusão coronária aguda em doentes sem supra ST.

Gestão hemodinâmica

Guidelines 2021

Ênfase em PAM > 65 mmHg guiada por débito urinário adequado e normalização do lactato.

Guidelines 2025

Especifica alvo de PAM > 60–65 mmHg

- ✓ Monitorização contínua com linha arterial e monitorizar o débito cardíaco em doentes hemodinamicamente instáveis;
- ✓ Evitar hipotensão;
- ✓ Ecocardiograma precoce, para identificar patologia cardíaca subjacente e quantificar o grau de disfunção miocárdica.
- ✓ A taquicardia pós-ROSC está associada a pior prognóstico;
- ✓ A bradicardia associada à hipotermia pós-ROSC é esperada, geralmente benigna e potencialmente favorável, devendo a decisão de intervir basear-se na perfusão tecidular;
- ✓ Manter a perfusão com administração de fluidos, noradrenalina e/ou dobutamina como vasopressores de eleição;
- ✓ Evitar hipo/hipercaliemia, estão associadas a arritmias ventriculares;
- ✓ Doentes com condições específicas (por exemplo, GCS ≥8 à chegada ao hospital, EAM c/ supra ST e PCR <10 minutos), considerar a necessidade de suporte circulatório mecânico.

Arritmias pós-ROSC

Guidelines 2021

Não aborda em detalhe

Guidelines 2025

Nova secção dedicada a arritmias recorrentes e refratárias após ROSC

- ✓ Em doentes com arritmia imediatamente após o ROSC, seguir as orientações de Suporte Avançado de Vida para arritmias peri-paragem;
- ✓ Em doentes que desenvolvem arritmias após o ROSC, devem ser tratadas quaisquer causas subjacentes potenciais, como oclusão coronária ou distúrbios eletrolíticos;
- ✓ Em doentes sem arritmias não administrar profilaxia antiarrítmica.

Controlo de temperatura

Guidelines 2021

Gestão direcionada da temperatura (Targeted temperature management - TTM); Recomendava gestão direcionada da temperatura a 32–36 °C por ≥24 h e prevenção da febre (>37,7 °C) por ≥72 h pós-ROSC.

Guidelines 2025

Terminologia preferida: **Temperature Control**

- ✓ Prevenir ativamente a febre - pelo menos 72 horas - visando uma temperatura ≤ 37,5 °C;
- ✓ Doentes com hipotermia ligeira (32–36 °C) não devem ser aquecidos ativamente;
- ✓ Usar dispositivos com controlo de temperatura de superfície ou endovascular;
- ✓ Em hipotermia a resposta fisiológica é a bradicardia - FC=30-40bpm não deve ser tratada a não ser que hajam sinais de hipoperfusão.

Controlo de Convulsões

Guidelines 2021

Recomendava monitorização com EEG

Guidelines 2025

- ✓ Mantém recomendações;
- ✓ Recomenda realização de EEG a partir do 1º dia pós-ROSC;
- ✓ Não utilizar profilaxia anticonvulsivante;
- ✓ Fármacos de primeira linha: Levetiracetam e Valproato de Sódio.

Especifica que doentes com mioclonias mas EEG benigno devem realizar tentativas de acordar (wake-up trials) dias após a paragem.

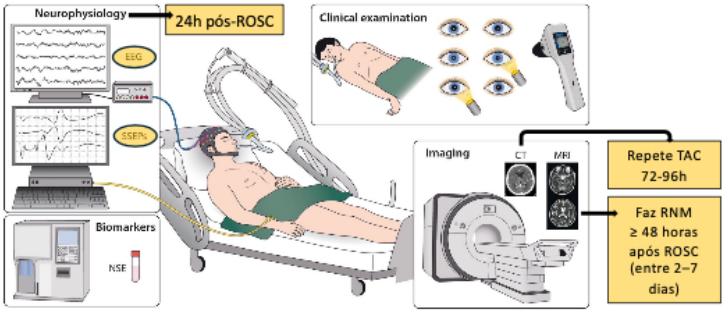
Prognóstico neurológico

Guidelines 2021

Ênfase em avaliação neurológica multimodal ≥72 h.

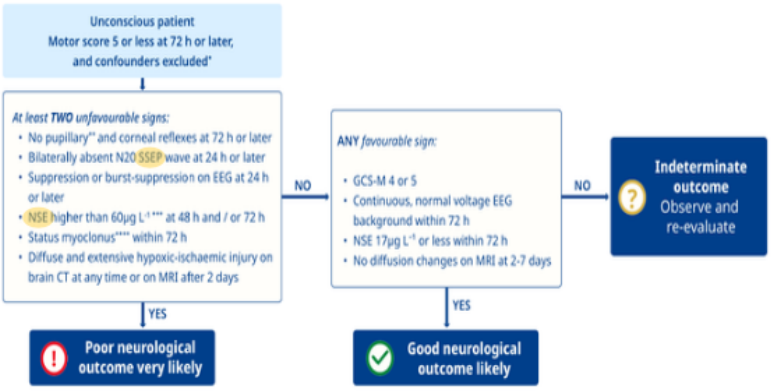
Guidelines 2025

- ✓ Mantém recomendações;
- ✓ Alarga o algoritmo a todos os doentes inconscientes (GCS≤5);
- ✓ Especifica **indicadores de prognóstico neurológico** favorável;
- ✓ Refere o timing sugerido para TAC cerebral e registo de Potenciais Evocados Somatossensoriais (SSEP.)



⚠ O exame clínico é suscetível à interferência de sedativos, opioides ou relaxantes musculares

Prognóstico neurológico - Indicadores



SSEP **(Somatosensory Evoked Potential) Potenciais Evocados Somatossensoriais:** Exame de neurofisiologia que avalia se os estímulos sensitivos aplicados num nervo periférico conseguem chegar ao cérebro.

NSE – **Neuron-Specific Enolase –** enzima - libertada para a corrente sanguínea quando há lesão dos neurónios (devem ser feitos doseamentos às 24, 48 e 72h). Valores superiores a 60µg/L são indicadores de mau prognóstico.

Cuidados intensivos gerais

Guidelines 2021

Recomendava profilaxia de úlcera de stress e tromboembolismo

Guidelines 2025

✓ Mantém recomendações.

Dá ênfase ao uso de sedativos de curta duração para facilitar avaliação neurológica e desencoraja o uso rotineiro de bloqueadores neuromusculares.

✓ Sedação pós-ROSC - não é uma intervenção mandatória. Deve ser realizada em doentes comatosos; ventilados mecanicamente; para controlo de convulsões e interrompida periodicamente para avaliação neurológica;

✓ Não utilizar antibioterapia profilática de forma rotineira, com exceção da suspeita clínica de pneumonia;

✓ Os doentes devem ser posicionados com a cabeceira elevada a 30°;

✓ Iniciar alimentação gástrica em dose baixa (alimentação trófica) e aumentar progressivamente conforme a tolerância;

✓ Utilizar protocolos standard de controlo glicémico.

Investigação da PCR inexplicada

Guidelines 2021

Não incluída

Guidelines 2025

Novas recomendações para estudo diagnóstico abrangente - incluindo testes genéticos, RM cardíaca, testes com bloqueadores dos canais de sódio e provas de esforço - e ênfase no seguimento a longo prazo.

- ✓ A investigação diagnóstica inclui: colheita de sangue para estudos toxicológicos e genéticos, recolha de dados de dispositivos cardíacos, realização repetida de ECG de 12 derivações e monitorização cardíaca contínua, ressonância magnética cardíaca, provas de esforço, entre outros;
- ✓ A confirmação de uma condição hereditária deve motivar a realização de testes genéticos dirigidos;
- ✓ É recomendado o seguimento a longo prazo, devido ao elevado risco de recorrência de arritmias.

Reabilitação e follow-up

Guidelines 2021

Recomendava avaliação funcional antes da alta e follow-up até 3 meses, incluindo rastreio de problemas cognitivos, emocionais e fadiga; reabilitação neurológica e cardíaca quando indicada.

Guidelines 2025

- ✓ Mantém recomendações;
- ✓ Mobilização precoce;
- ✓ Gestão do delirium;
- ✓ Diários da UCI;
- ✓ Avaliação funcional antes da alta;
- ✓ Follow-up até 3 meses;
- ✓ Inclusão dos co-survivors (família e/ou cuidadores).

Acrescenta orientação estruturada para reabilitação na UCI e maior foco no envolvimento dos co-sobreviventes.

Doação de orgãos

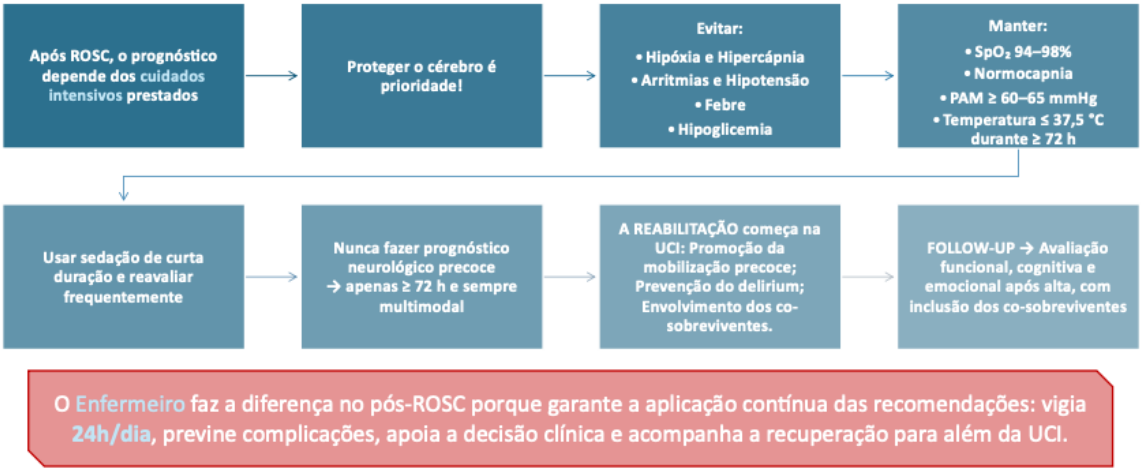
Guidelines 2021

Recomendava considerar doação de órgãos após ressuscitação.

Guidelines 2025

- ✓ Mantém a recomendação;
- ✓ Uma PCR não é impedimento à doação de orgãos;
- ✓ Todos os doentes que recuperam de uma PCR e que posteriormente evoluem morte cerebral devem ser avaliados como potenciais dadores de órgãos;
- ✓ Acrescenta que os registos de paragem cardíaca devem reportar atividades de doação de órgãos.

Take home message



O Enfermeiro faz a diferença no pós-ROSC porque garante a aplicação contínua das recomendações: vigia 24h/dia, previne complicações, apoia a decisão clínica e acompanha a recuperação para além da UCI.

Obrigada pela vossa atenção!



ANEXO VII - Certificado de participação no "II Congresso de Enfermagem dos Açores"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JOANA PATRÍCIA ABREU ALVES

membro nº **90084** desta Ordem, participou no **"2º Congresso de Enfermagem dos Açores - Cuidar em evolução: O futuro é hoje ", de 8 de Maio de 2025 a 10 de Maio de 2025**, com duração total de 13 horas e 30 minutos, no(a) Teatro Micaelense.

Ponta Delgada, 10 de Maio de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional



Pedro Soares

ANEXO VIII - Certificado de participação "I Congresso Internacional de Enfermagem Forense – Interface entre Saúde e Justiça"


CESPU
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE
POLYTECHNIC UNIVERSITY OF HEALTH
I CONGRESSO INTERNACIONAL
ENFERMAGEM FORENSE
INTERFACE ENTRE SAÚDE E JUSTIÇA
CERTIFICADO
Certifica-se que,
Joana Patrícia Abreu Alves participou no workshop "Comunicação/Entrevista de Vítima de Violência" inserido no I Congresso Internacional de Enfermagem Forense, que decorreu no dia 4 de julho de 2025, com uma carga horária total de 3 horas, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.
Prof.ª Doutora Marisa Machado
Diretora da CESPU-ESSVA
Prof. Doutor Albino Gomes
Comissão Científica e Organizadora
CERTIFICADO Nº 2316/2025
CESPU
ANEFOR
CESPU

ANEXO IX – Ferramenta de apoio para triagem manual dos resultados da pesquisa na base de dados SciELO

	Title	Author(s)	Source	Language(s)	Year	Fulltext URL	Decision
1	Construção e validação de design simulado para atender vítimas de ferimentos por arma branca	Amorim, Gustavo Correa de, Condeles, Paulo César, Bernardinelli, Fabiana Cristina Pires, Nascimento, Kleiton Gonçalves do, Almeida, Rodrigo Guimarães dos Santos, Whitaker, Iveth Yamaguchi, Chavaglia, Suzel Regina Ribeiro	Acta Paulista de Enfermagem	Inglês, Português	2025	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002025000100350&lang=pt	S
2	Da formação à atuação do enfermeiro forense no sistema prisional brasileiro	Hilleshein, Andreza Goulart, Santos, Davydson Gouveia, Citolin, Morgana Oliveira, Fernandes, Vanessa Martinhago Borges, Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira	Cogitare Enfermagem	Inglês, Espanhol, Português	2025	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-91332025000100238&lang=pt	N
3	Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: scoping review	Rosado, Maria Eduarda Cardoso Pérez, Oliveira, Thayanne Diniz de, Soares, Jefferson da Silva, Barbosa, Keylla Talitha Fernandes, Almeida, Francisca das Chagas Alves de, Souto, Rafaella Queiroga, Santos, Jiovana de Souza	Revista Gaúcha de Enfermagem	Inglês, Português	2025	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472025000100903&lang=pt	S
4	Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: scoping review	Rosado, Maria Eduarda Cardoso Pérez, Oliveira, Thayanne Diniz de, Soares, Jefferson da Silva, Barbosa, Keylla Talitha Fernandes, Almeida, Francisca das Chagas Alves de, Souto, Rafaella Queiroga, Santos, Jiovana de Souza	Revista Gaúcha de Enfermagem	Inglês, Português	2025	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472025000100903&lang=pt	N
5	Da formação à atuação do enfermeiro forense no sistema prisional brasileiro	Hilleshein, Andreza Goulart, Santos, Davydson Gouveia, Citolin, Morgana Oliveira, Fernandes, Vanessa Martinhago Borges, Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira	Cogitare Enfermagem	Inglês, Espanhol, Português	2025	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362025000100238&lang=pt	N
6	Construção e validação de design simulado para atender vítimas de ferimentos por arma branca	Amorim, Gustavo Correa de Condeles, Paulo César, Bernardinelli, Fabiana Cristina Pires, Nascimento, Kleiton Gonçalves do, Almeida, Rodrigo Guimarães dos Santos, Whitaker, Iveth Yamaguchi, Chavaglia, Suzel Regina Ribeiro	Acta Paulista de Enfermagem	Inglês, Português	2025	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002025000100350&lang=pt	N
7	Enfermeiros frente ao atendimento de urgência e emergência às mulheres em situação de violência sexual	Schneider, Vanessa Ozório, Almeida, Carla Simone Leite de, Heidemann, Ivonete Teresinha Schülter Buss, Winters, Joanara Rozane da Fontoura, Rocha, Patrícia Fernandes Albeirice da	Escola Anna Nery	Português	2025	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452025000100237&lang=pt	S
8	Enfermeiros frente ao atendimento de urgência e emergência às mulheres em situação de violência sexual	Schneider, Vanessa Ozório, Almeida, Carla Simone Leite de, Heidemann, Ivonete Teresinha Schülter Buss, Winters, Joanara Rozane da Fontoura, Rocha, Patrícia Fernandes Albeirice da	Escola Anna Nery	Português	2025	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452025000100237&lang=pt	N
9	Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi	Gonçalves, Luís Miguel Correia, Dixe, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues, Mendonça, Susana Maria Sobral	Revista de Enfermagem Referência	Português	2024	http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832024000100218&lang=pt	S
10	Assistance to victims of violence in Emergency services from the Forensic Nursing perspective	Citolin, Morgana Oliveira, Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira, Santos, Davydson Gouveia, Hilleshein, Andreza Goulart, Brasil, Gisele, Ramos, Flavia Regina Souza	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglês, Português, Espanhol	2024	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692024000100314&lang=pt	S

11	Assistance to victims of violence in Emergency services from the Forensic Nursing perspective	Citolin, Morgana Oliveira, Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira, Santos, Davydson Gouveia, Hilleshein, Andreza Goulart, Brasil, Gisele, Ramos, Flavia Regina Souza	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglês, Espanhol, Português	2024	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692024000100314&lang=pt	N
12	Simulação realítsica como estratégia de treinamento para equipe de saúde	Wakassugui De Rocco, Kelen Mitie, Gorete Nicolete Pereira, Maria, Lourenço de Almeida, Caroline, Haddad, Maria do Carmo, da Penha Martins, Eleine Aparecida	Enfermería: Cuidados Humanizados	Inglês, Português	2023	http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062023000201208&lang=pt	N
13	Intervenções de enfermagem implementadas no serviço de urgência à pessoa vítima de acidente vascular cerebral agudo: scoping review	Ferreira, Ana Catarina, Silva, Inês Filipa, Mota1,, Mauro, Ribeiro, Olivério	Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health	Português	2022	http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-30152022000400193&lang=pt	N
14	Efetividade de vídeo educativo no conhecimento de leigos em sala de espera sobre a reanimação cardiopulmonar	Araújo, Dariane Veríssimo de, Sampaio, João Victor Ferreira, Oliveira, Ingrid Kelly Morais, Silva Júnior, José Amauri da, Neto, Nelson Miguel Galindo, Barros, Lívia Moreira	Enfermería Actual de Costa Rica	Português	2022	http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682022000100058&lang=pt	N
15	Tendência de atendimentos por causas externas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Souza, Makcileni Paranho de, Pelosso, Sandra Marisa, Riedo, Cristiane de Oliveira, Salvarani, Wagner Sebastião, Olivieira, Nelson Luiz Batista de, Carvalho, Maria Dalva de Barros	Acta Paulista de Enfermagem	Português, Inglês	2022	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002022000100406&lang=pt	N
16	Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo	Silva, Rute Xavier, Ferreira, Carlos Adriano Alves, Sá, Guilherme Guarino de Moura, Souto, Rafaella Queiroga, Barros, Lívia Moreira, Galindo-Neto, Nelson Miguel	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Português, Inglês, Espanhol	2022	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692022000100602&lang=pt	S
17	Vivência de peritos criminais sobre vestígios forenses não preservados por profissionais da saúde e segurança	Silva, Rute Xavier, Sá, Guilherme Guarino de Moura, Souto, Rafaella Queiroga, Alcoforado, Josicleide Montenegro da Silva Guedes, Barros, Lívia Moreira, Souza, Hákilla Pricyla de Jesus, Galindo Neto, Nelson Miguel	Rev Rene	Inglês, Português	2022	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522022000100340&lang=pt	N
18	Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo	Silva, Rute Xavier, Ferreira, Carlos Adriano Alves, Sá, Guilherme Guarino de Moura, Souto, Rafaella Queiroga, Barros, Lívia Moreira, Galindo-Neto, Nelson Miguel	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglês, Espanhol, Português	2022	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692022000100602&lang=pt	N
19	Tendência de atendimentos por causas externas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Souza, Makcileni Paranho de, Pelosso, Sandra Marisa, Riedo, Cristiane de Oliveira, Salvarani, Wagner Sebastião, Olivieira, Nelson Luiz Batista de, Carvalho, Maria Dalva de Barros	Acta Paulista de Enfermagem	Inglês, Português	2022	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002022000100406&lang=pt	N
20	Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência	Oliveira, Isabel de Jesus, Almeida, Daniela, Bastos, Laura, Augusto, Carla, Barreiro, Sara	Revista de Investigação & Inovação em Saúde	Português	2021	http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-15782021000200041&lang=pt	N
21	Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention	Bordignon, Maiara, Monteiro, Maria Inês	Revista Gaúcha de Enfermagem	Português, Inglês	2021	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000100414&lang=pt	N

22	VIOLENCIA HACIA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: UNA ETNOGRAFÍA FOCALIZADA	Enríquez-Hernández, Claudia Beatriz, Ortiz-Vargas, Israel, Petrovich, Ingrid Stephanie, Martínez-Jiménez, Luis, Méndez-Cordero, Ernestina, Fernández-Sánchez, Higinio	Ciencia y enfermería	Espanhol	2021	http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100215&lang=pt	N
23	Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras: scoping review	Silva, Rosivânia Ingrid Medeiros da, Oliveira, Eloysa dos Santos, Rocha, Rodrigo Rhuan Andrade, Costa, Thatiane Monick de Souza, Dantas, Rodrigo Assis Neves, Dantas, Daniele Vieira	Revista Enfermagem UERJ	Inglês, Português	2021	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522021000100305&lang=pt	N
24	Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention	Bordignon, Maiara, Monteiro, Maria Inês	Revista Gaúcha de Enfermagem	Inglês, Português	2021	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200414&lang=pt	N
25	VÍTIMAS DE TRAUMA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	Pereira, Caroline Bueno de Moraes, Silva, Amanda Diniz, Vilaça, Luana Vilela e, Amaral, Eliana Maria Scarelli, Ohl, Rosali Isabel Barduchi, Chavaglia, Suzel Regina Ribeiro	Revista Baiana de Enfermagem	Inglês, Português	2021	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502021000100363&lang=pt	N
26	Comparação de competências relacionadas à Reanimação Cardiopulmonar de discentes de enfermagem	Brandão, Maria Girlane Sousa Albuquerque, Ximenes, Maria Aline Moreira, Fontenele, Natália Ângela Oliveira, Sousa, Jonatan Deyson do Nascimento de, Araújo, Thiago Moura de, Barros, Lívia Moreira	Enfermería Actual de Costa Rica	Português	2020	http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000200074&lang=pt	N
27	Autoconfiança, conhecimento e habilidade acerca da ressuscitação cardiopulmonar de internos de enfermagem	Brandão, Maria Girlane Sousa Albuquerque, Fontenele, Natália Ângela Oliveira, Ximenes, Maria Aline Moreira, Lima, Magda Milleyde de Sousa, Galindo Neto, Nelson Miguel, Araújo, Thiago Moura de, Barros, Lívia Moreira	Revista Cuidarte	Português	2020	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200102&lang=pt	N
28	Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma	Almeida, Ana, Ribeiro, Carlos, Paes, Pedro, Mota, Liliana, Príncipe, Fernanda	Revista de Investigação & Inovação em Saúde	Português	2020	http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2184-15782020000100055&lang=pt	N
29	Challenges for the implementation of the chain of custody for rape victims in the Federal District	Arrais, Alessandra, Zerbini, Elen Carioca, Jota, Fernanda Schieber Saúde Vilas Boas de Oliveira, Almeida, Renata Rodrigues de Melo, Costa, Arlete Rodrigues Chagas da, Silva, Katiane Tavares da	Escola Anna Nery	Português, Inglês	2020	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100704&lang=pt	S
30	Nurses' responsibilities in the aerospace environment	Raduenz, Shara Bianca De Pin, Santos, José Luís Guedes dos, Lazzari, Daniele Dalcanal, Nascimento, Eliane Regina Pereira do, Nascimento, Keyla Cristiane do, Moreira, André Ricardo	Revista Brasileira de Enfermagem	Português, Inglês	2020	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400172&lang=pt	N
31	Autoconfiança, conhecimento e habilidade acerca da ressuscitação cardiopulmonar de internos de enfermagem	Brandão, Maria Girlane Sousa Albuquerque, Fontenele, Natália Ângela Oliveira, Ximenes, Maria Aline Moreira, Lima, Magda Milleyde de Sousa, Galindo Neto, Nelson Miguel, Araújo, Thiago Moura de, Barros, Lívia Moreira	Revista Cuidarte	Português	2020	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200102&lang=pt	N
32	Challenges for the implementation of the chain of custody for rape victims in the Federal District	Arrais, Alessandra, Zerbini, Elen Carioca, Jota, Fernanda Schieber Saúde Vilas Boas de Oliveira, Almeida, Renata Rodrigues de Melo, Costa, Arlete Rodrigues Chagas da, Silva, Katiane Tavares da	Escola Anna Nery	Inglês, Português	2020	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100704&lang=pt	N

33	Nurses' responsibilities in the aerospace environment	Raduenz, Shara Bianca De Pin, Santos, José Luís Guedes dos, Lazzari, Daniele Dalcanal, Nascimento, Eliane Regina Pereira do, Nascimento, Keyla Cristiane do, Moreira, André Ricardo	Revista Brasileira de Enfermagem	Inglês, Português	2020	http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400172&lang=pt	N

Triagem após leitura integral		
1	Construção e validação de design simulado para atender vítimas de ferimentos por arma branca	Rejeitado – Foco no atendimento de enfermagem no pré-hospitalar
3	Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: scoping review	
7	Enfermeiros frente ao atendimento de urgência e emergência às mulheres em situação de violência sexual	Rejeitado – Foco na mulher vítima de violência doméstica, não faz menção ao doente crítico
9	Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi	
10	Assistance to victims of violence in Emergency services from the Forensic Nursing perspective	
16	Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo	
29	Challenges for the implementation of the chain of custody for rape victims in the Federal District	Rejeitado - Foco no atendimento à vítima de violência sexual em maternidade

SciELO resultados iniciais = 33
Excluídos por título/resumo = 26
Artigos para leitura integral = 7
Incluídos na revisão = 4