



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Unidade Curricular: Opção 8- Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Ana Filipa Duarte Fonseca

**Práticas de Enfermagem Forense em contexto de serviços de
saúde para a prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência**

Março de 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Práticas de Enfermagem Forense em contexto de serviços de saúde para a prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência

Ana Filipa Duarte Fonseca
pv29748

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 2ª Edição

Trabalho realizado sob a orientação pedagógica de:

Professor Mauro Mota

Março de 2026

Resumo

Enquadramento: O Relatório Final de Estágio assume-se como um instrumento fundamental de análise crítica do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Este reflete o percurso desenvolvido, evidenciando o processo de aprendizagem realizado nesses contextos, e incluir ainda uma componente de investigação dedicada ao mapeamento das práticas de Enfermagem Forense em diversos serviços de saúde para a prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência.

Objetivo: Analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido no estágio em contexto de serviço de urgência e de cuidados intensivos, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Mapear as práticas de Enfermagem Forense em contextos de saúde na prestação de cuidados à pessoa vítima de violência.

Metodologia: O presente relatório organiza-se em duas Partes. A primeira parte assenta numa abordagem descritiva e reflexiva, sustentada na análise crítica das experiências vivenciadas a nível dos diferentes contextos de estágio, articuladas com a evidência científica disponível. Esta metodologia promove a reflexão fundamentada sobre a prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista. A segunda parte relata a componente de investigação, centrada na elaboração de uma *scoping review*, seguindo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*.

Resultados: Demonstra-se o desenvolvimento de competências especializadas, nomeadamente na prestação de cuidados diferenciados e na tomada de decisão com integração da evidência científica na prática. Destaca-se ainda o contributo da *scoping review* para o aprofundamento do conhecimento sobre as práticas em enfermagem forense.

Conclusões: A elaboração do relatório e a componente de investigação contribuíram para uma visão mais integrada e consciente do cuidar, reforçando o compromisso com a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Reflexão Crítica; Serviço de Urgência; Serviço de Medicina Intensiva; Enfermagem Forense; Práticas; Protocolos; Revisão de Escopo

Abstract

Introduction: The Final Internship Report is considered a fundamental instrument for the critical analysis of the process of acquisition and development of competencies in providing care to the person in a critical condition. It reflects the path undertaken, highlighting the learning process developed in those contexts, and also includes a research component dedicated to mapping Forensic Nursing practices in various healthcare settings for the provision of care to people who are victims of violence.

Objective: To critically analyse the training pathway developed during the internship in the emergency department and intensive care settings, highlighting the development of common competencies and the specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the person in a critical condition. To map Forensic Nursing practices in healthcare contexts in the provision of care to victims of violence.

Methodology: This report is organized into two parts. The first part is based on a descriptive and reflective approach, supported by the critical analysis of experiences in different internship contexts, articulated with the available scientific evidence. This methodology promotes a grounded reflection on practice, contributing to the development of competencies as a specialist nurse. The second part presents the research component, focused on the development of a scoping review, following the recommendations of the Joanna Briggs Institute.

Results: The development of specialized competencies is demonstrated, particularly in the provision of differentiated care and in decision-making with the integration of scientific evidence into practice. The contribution of the scoping review to deepening knowledge of forensic nursing practices is also highlighted.

Conclusions: The preparation of the report and the research component contributed to a more integrated and conscious view of care, reinforcing the commitment to quality, safety, and humanization of nursing care.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critical Reflection; Emergency Department; Intensive Care Unit; Forensic Nursing; Practices; Protocols; Scoping Review

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Características dos estudos incluídos	76

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Fluxograma do PRISMA – ScR 2020	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

DVE	Derivação Ventricular Externa
EC	Ensino Clínico
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EEI	Equipa de Emergência Interna
EEMC- PSC	Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
EF	Enfermagem Forense
ENA	<i>Emergency Nurses Association</i>
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IAFN	<i>International Association of Forensic Nurses</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LETD	Limitação do esforço terapêutico e diagnóstico
PAV	Pneumonia Associada à ventilação
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PBVT	Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews</i>
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SAFE	<i>Sexual Assault Forensic Examiner</i>
SANE	<i>Sexual Assault Nurse Examiner</i>
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviços de Urgência Polivalente
TAC	Tomografia computadorizada
UC	Unidades Curriculares
ULS	Unidade Local de Saúde
VV	Via Verde

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas	
Introdução	17
Parte I- Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista nos Estágios	
1. Caracterização dos contextos da Prática Especializada em Enfermagem	23
1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Urgência	23
1.2. Ensino Clínico II – Serviço de Medicina Intensiva	26
2. Competências do Enfermeiro Especialista	29
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	29
2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	29
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	32
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	37
2.1.4 Domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais	40
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica	43
2.2.1 Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	44
2.1.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.	48
2.1.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de 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	51
Conclusão	55
Referências Bibliográficas	57
Parte II- Componente de Investigação	
1. Introdução	69
2. Métodos	71

3. Resultados	75
3.1 Características dos estudos incluídos	76
4. Discussão	85
Conclusão	91
Referências Bibliográficas	93
Apêndices	
Apêndice I – Poster elaborado em contexto de cuidados intensivos	99
Apêndice II -Estratégia de Pesquisa	101
Anexos	
Anexo I - Declaração de Integridade Científica- Uso de Inteligência Artificial	105
Anexo II - Certificado de Formação em ECMO	107

Introdução

O presente Relatório Final de Estágio foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com vista a obtenção do grau de Mestre. Deste modo, pretende-se que este constitua um testemunho da consolidação e desenvolvimento de competências inerentes ao perfil do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMC-PSC) e evidencie o conhecimento teórico adquirido nas Unidades Curriculares (UC) do plano de estudos do Curso, bem como, a análise e reflexão das atividades desenvolvidas durante a realização dos estágios em contexto de urgência e cuidados intensivos.

Paralelamente à componente clínica, esta UC integrou igualmente uma vertente de investigação, materializada na realização de um trabalho intitulado “Práticas de Enfermagem Forense em contexto de serviços de saúde na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência”, desenvolvido sob a forma de uma *scoping review* com orientação científica e pedagógica do Professor Doutor Mauro Mota. Esta componente permitiu não só o aprofundamento metodológico na área da investigação, como também a consolidação de competências de análise crítica e síntese de evidência. Estas ferramentas são cruciais para a atualização contínua do saber e para uma tomada de decisão fundamentada na prática clínica.

A Enfermagem, enquanto profissão e área de conhecimento, assenta num saber estruturado e transmissível, que sustenta a autonomia na tomada de decisão, a responsabilidade profissional e a avaliação dos resultados obtidos na prática. A sua intervenção centra-se na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade, com vista à promoção, manutenção ou recuperação da saúde, recorrendo a uma abordagem sistematizada e baseada em evidência científica. Face à crescente complexidade das respostas humanas nos processos de saúde-doença, torna-se indispensável o desenvolvimento contínuo de competências e conhecimentos especializados por parte dos enfermeiros, permitindo uma intervenção mais diferenciada, adequada e orientada para as necessidades específicas de cada indivíduo (Carneiro, 2020; Teixeira & Vieira, 2020).

A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) constitui um desafio de elevada exigência, assumindo-se como o principal foco de intervenção do EEMC-PSC. De

acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018), a PSC é definida como aquela cuja vida se encontra em risco devido à falência, ou iminência de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e intervenção terapêutica. Neste sentido, atuação do EEMC-PSC requer uma preparação sólida e diferenciada, de modo que este detenha as capacidades necessárias para intervir de forma eficaz em contextos de urgência, emergência e exceção. Estes cenários, que se consideram muitas vezes imprevisíveis e altamente exigentes, colocam à prova não apenas os conhecimentos técnico-científicos, mas também a capacidade de decisão, a liderança e a responsabilidade ética e legal. O Enfermeiro Especialista (EE) é, portanto, aquele que está mais habilitado a abordar as situações de maior complexidade, nos diferentes contextos.

O Regulamento das competências específicas do EEMC-PSC contempla um conjunto de competências fundamentais para o exercício profissional. Neste âmbito, destacam-se a capacidade de identificar precocemente situações de risco, promover a estabilização e recuperação de condições agudas, prevenir complicações e eventos adversos associados a intervenções avançadas, antecipar situações de instabilidade clínica, assegurar uma gestão diferenciada da dor e do conforto da PSC, bem como gerir eficazmente a comunicação interpessoal com a pessoa, a família e o cuidador (Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

Ao longo do percurso formativo, a componente prática assume um papel central na formação em Enfermagem, particularmente no percurso do EEMC-PSC ao constituir um espaço privilegiado de integração entre teoria e prática. É neste contexto que o conhecimento adquirido é mobilizado e consolidado perante situações reais, frequentemente complexas e imprevisíveis. Para além do desenvolvimento de competências técnico-científicas, esta dimensão formativa potencia igualmente o crescimento ao nível humano, ético e relacional, fundamentais para uma prática segura e centrada na pessoa. Assim, a experiência prática contribui de forma decisiva para a construção de um perfil profissional competente, reflexivo e capaz de responder às exigências dos cuidados diferenciados à PSC (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

O presente relatório final sistematiza a trajetória académica percorrida durante o percurso formativo recorrente dos Ensinos Clínicos. Pretende-se, através da descrição fundamentada das intervenções realizadas, demonstrar a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Para tal, o trabalho foca-se na articulação entre os referenciais teóricos e a prática clínica, visando evidenciar uma tomada de decisão baseada

na evidência científica e o cumprimento dos padrões éticos e deontológicos que regem a profissão, em conformidade com os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Em relação à estrutura do presente relatório, este encontra-se dividido em duas partes: a Primeira Parte é referente à reflexão crítica sobre as competências do Enfermeiro Especialista nos Estágios em contexto de SU e em contexto de cuidados intensivos e a Segunda parte contém o trabalho de investigação realizado no âmbito das Práticas de Enfermagem Forense em contexto de serviços de saúde na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência: uma *scoping review*. A primeira parte está dividida em dois capítulos, sendo no primeiro realizada uma caracterização dos contextos de Ensino Clínico (EC) e no segundo capítulo uma reflexão crítica relativa às competências comuns do EE e competências específicas do EEMC-PSC adquiridas e de acordo com as experiências vivenciadas nos dois contextos. A Segunda Parte encontra-se dividida em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas na elaboração deste documento e os devidos apêndices e anexos.

A elaboração deste relatório cumpre as recomendações disponibilizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pelas normas da 7ª edição da American Psychological Association, conforme preconiza o Guia Orientador de Trabalhos Escritos fornecido pela ESSV. Importa ainda referir que foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial, nomeadamente o *ChatGPT* (versão 5.4), como suporte à reformulação linguística e melhoria da clareza textual, tendo sido assegurada a revisão crítica e validação integral dos conteúdos (**Anexo I**).

Parte I -

Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista nos Estágios

1. Caracterização dos contextos da Prática Especializada em Enfermagem

Neste capítulo será apresentado a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios de natureza profissional, que potenciaram a aquisição e desenvolvimento das competências do EEMC-PSC. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o relatório final de estágio deve incluir uma descrição sucinta dos contextos onde decorreram os estágios, contemplando aspetos como os recursos físicos e humanos, os métodos de trabalho, as dinâmicas de equipa e os projetos de melhoria contínua, entre outros considerados relevantes. Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo caracterizar os dois contextos clínicos em que se desenvolveu o período de aprendizagem, através da análise das suas componentes estruturais, organizacionais e funcionais, bem como da identificação dos instrumentos orientadores da prática profissional e dos referenciais teóricos que sustentam a prática clínica dos enfermeiros.

A UC que contempla o presente relatório final decorreu em dois contextos de prática clínica: em contexto de Serviço de Urgência (SU) e em contexto de Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), atualmente pertencente à Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra. O estágio no SU decorreu entre 15 de setembro e 14 de novembro de 2025, enquanto o estágio no SMI decorreu entre os dias 17 de novembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. A realização dos estágios nestes dois contextos clínicos distintos foi fundamental para compreender o circuito efetuado pela PSC, desde o pré-hospitalar até à unidade de cuidados especializados, assim como, as intervenções diferenciadas do EEMC-PSC ao longo da prestação de cuidados.

1.1. Ensino Clínico I – Serviço de Urgência

Os Serviços de Urgência estão alocados em unidades hospitalares públicas ou privadas e representam uma parte essencial do Sistema Nacional de Saúde. Este é constituído por equipas multidisciplinares e multiprofissionais que têm como finalidade a prestação de cuidados de saúde enquadrados em situações de urgência e emergência médicas. Estão organizados em três níveis, de acordo com a capacidade de resposta e recursos disponíveis: urgência básica, urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente (Portugal, Despacho Normativo nº 11/2002).

No primeiro nível situam-se os Serviços de Urgência Básica, destinados ao atendimento de situações de menor complexidade clínica. O segundo nível corresponde aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica, que asseguram o atendimento de situações urgentes com maior

diferenciação, estando integrados em hospitais gerais e articulam-se com os diferentes níveis da rede de modo a garantir uma adequada referência dos doentes. Por último, no terceiro nível encontram-se os Serviços de Urgência Polivalente (SUP), que representam o grau mais elevado de diferenciação técnica, localizando-se em hospitais gerais centrais e podendo, em situações específicas, assumir um papel de referência supra-regional ou nacional (Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Existe atualmente uma perceção pública de que os Serviços de Urgência possuem a capacidade de responder eficazmente a quase todas as situações de doença, sendo amplamente reconhecidos pela sua capacidade para prestar cuidados adequados e oportunos, de forma contínua, 24 horas por dia e sete dias por semana. Além disso, é-lhes atribuída a responsabilidade de proteger e assistir a população em contextos de catástrofe ou de emergência pública (Nunes, 2024).

O SU onde foi realizado o estágio de natureza profissional pertence à ULS de Coimbra e é classificado como um SUP. Dada a complexidade dos cuidados prestados, o SU possui interligação constante com os serviços de Aprovisionamento, Instalação e equipamentos, Alimentação, Rouparia, Esterilização, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Serviço social, Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Serviço de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências Antimicrobianas, Serviço de Medicina Intensiva e Bloco Operatório.

Toda a área e percursos internos do SU estão organizados de forma estratégica. Atualmente, o serviço atravessa uma fase de remodelação estrutural, com objetivo de otimizar a qualidade de atendimento, o circuito do doente dentro do serviço e reduzir os tempos de espera. Seguindo as diretrizes normativas (Portugal, Despacho nº 10319/2014), o serviço deve assegurar circuitos de doentes bem definidos e sinalizados. Estes fluxos devem ser adaptados à prioridade da triagem e ao tipo de cuidado necessário, definindo com precisão as tarefas de cada setor e a sua articulação global.

Tendo em conta que o SU se caracteriza por um ambiente de elevada complexidade e imprevisibilidade, apresentando uma grande diversidade de situações clínicas que variam de um grau ligeiro a um grau de elevada complexidade, a priorização de cuidados é uma competência essencial para garantir segurança, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde. A priorização dos cuidados permite que os recursos existentes sejam utilizados de forma estratégica, assegurando que as pessoas com situações clínicas mais críticas recebam intervenção imediata. Favorece também, a humanização dos cuidados, uma vez que os utentes

são atendidos de acordo com a gravidade da sua situação, e não apenas pela ordem de chegada (Nunes, 2024).

Após a primeira avaliação na triagem, realizada por um Enfermeiro com base no Protocolo de Triagem de Manchester, em que a avaliação clínica é alicerçada na queixa apresentada. Este sinal ou sintoma, que motiva a procura do serviço de urgência, permite estabelecer um fluxo de atendimento seguro e estratificado por níveis de gravidade. De acordo com a avaliação do doente e seguindo o devido fluxograma, é atribuída uma pulseira com uma cor de acordo com a prioridade clínica apropriada. Posteriormente, o doente é encaminhado à área correspondente ao seu nível de prioridade e onde terá a especialidade médica que o irá avaliar. No que diz respeito à identificação das diferentes áreas que compõem o SU divide-se em diversas áreas, nomeadamente: Área Verde, Área Amarela, Área Laranja, Sala de Emergência, Área das Especialidades Cirúrgicas e Área das Especialidades de Ortopedia, Otorrinolaringologia e Ginecologia.

Apesar da autonomia profissional existente, a prática nos SU permanece deveras influenciada pelo modelo biomédico, evidenciando-se numa atuação centrada na prescrição médica, na terapêutica farmacológica e na colheita de amostras biológicas. A missão destes serviços continua direcionada para a resposta a situações agudas e de risco imediato, com especial enfoque no suporte de funções vitais em compromisso (Gomes et al., 2023). Não obstante, é possível ainda compreender a utilização dos seguintes referenciais teóricos subjacentes à prática diária dos enfermeiros, nomeadamente, Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, Teoria Geral de Enfermagem de *Dorothea Orem* e Modelo de Avaliação Familiar de *Calgary*. O registo dos cuidados prestados é realizado no sistema SClínico®, evidenciando-se o empenho da equipa em assegurar a articulação entre os referenciais teóricos que orientam a prática, o processo de enfermagem e a documentação produzida, em conformidade com os princípios éticos e legais e com a tomada de decisão sustentada na evidência científica.

Relativamente à constituição da equipa de enfermagem, esta é composta pela Enfermeira Gestora, por duas Enfermeiras de apoio à gestão e cerca de 179 enfermeiros, dos quais cerca de 55 possuem o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cerca de 2 em Enfermagem de Reabilitação, cerca de 5 em Enfermagem de Saúde Mental e cerca de 4 em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Os enfermeiros trabalham segundo uma metodologia de trabalho individual, com períodos divididos entre o turno da manhã (8h-16h), tarde (15:45h-00h) e noite (23:45h-8h). Durante esses turnos são distribuídos pelas áreas amarela, laranja, sala de emergência, triagem,

informações, ortopedia, ginecologia e otorrino e áreas cirúrgicas. Cada área tem um enfermeiro responsável pela sua coordenação, que gere os recursos pessoais de acordo com as necessidades atuais de cada área e é responsável pelos pedidos de material e o seu aprovisionamento. Além disto, em todos os turnos está sempre presente um enfermeiro designado para a coordenação geral do SU.

1.2. Ensino Clínico II – Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva constitui uma área especializada e integrada das Ciências Médicas, dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de condições agudas potencialmente reversíveis em doentes com falência iminente ou já estabelecida de uma ou mais funções vitais. Os Serviços de Medicina Intensiva assumem a responsabilidade por decisões críticas relativas aos doentes, incluindo critérios de admissão e alta, planeamento e priorização das intervenções terapêuticas. Esta decisão é sempre realizada em consonância com o médico assistente e outros profissionais de saúde envolvidos, assegurando também a participação ativa do doente e da sua família na definição da estratégia de cuidados (Paiva et al., 2016).

O Ensino clínico II foi realizado no SMI pertencente à ULS Coimbra, que está classificado como uma unidade de nível III, sendo destinado ao internamento de doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico. De acordo com a regulamentação em vigor, todos os hospitais que disponham serviço de urgência polivalente ou médico-cirúrgico ou que desenvolvam atividade cirúrgica cuja tipologia justifique cuidados intensivos no pós-operatório, devem assegurar a existência de um SMI, de modo a garantir uma resposta adequada às situações de maior complexidade clínica (Paiva et al., 2016).

De acordo com Teixeira & Vieira (2020), os enfermeiros têm desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento e consolidação da Medicina Intensiva, sendo a sua atuação essencial nas unidades de cuidados intensivos. A colaboração com a equipa médica é estreita e orientada para objetivos comuns, contribuindo para o reforço da autonomia profissional do enfermeiro. Por sua vez, Rua (2020) destaca que ao enfermeiro do SMI compete realizar uma avaliação e vigilância contínua da pessoa, bem como planear, executar, avaliar e reajustar os cuidados, antecipando e identificando situações de maior gravidade e estabelecendo prioridades de intervenção. Deve ainda desempenhar funções na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença crítica, assumindo responsabilidades em várias valências e áreas especializadas, nomeadamente na equipa de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), na Equipa de Emergência Interna (EEI), no apoio à sala de emergência do serviço de urgência, na consulta

de *follow-up* pós internamento no SMI e na prestação de consultadoria em casos clínicos complexos em contexto de enfermaria.

Tendo em vista o objetivo de conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do SMI, primeiramente procurei observar e compreender sistematicamente os espaços, circuitos e recursos materiais disponíveis, de modo a apreender a lógica de funcionamento do serviço, as inter-relações entre os diferentes setores e a forma como estes se articulam na prestação de cuidados integrados. O SMI encontra-se estruturado de modo a garantir a eficácia, segurança e qualidade na prestação de cuidados, tendo sido considerada a organização física e funcional dos serviços, nomeadamente a sua proximidade ao Serviço de Urgência, ao Bloco Operatório e à área de realização de TAC (Tomografia computadorizada). O serviço divide-se em três unidades situadas em diferentes pisos da unidade hospitalar: piso +1 (Unidade A), piso -1 (Unidade C) e piso -3 (Unidade B) e cada piso contém duas áreas: a área clínica e a área não clínica, permitindo uma organização mais funcional, uma vez que separa a área de cuidado direto ao doente da área administrativa e de logística.

A área não clínica é constituída pelas salas de armazenamento de produtos farmacêuticos, zona de receção de doentes/visitas, zona de “sujos”, casas de banho, gabinetes médicos, zona de armazenamento e material clínico e hoteleiro, zona de armazenamento de equipamentos, copa, vestiários e zona administrativa (no caso do piso +1).

O piso +1 é constituído por uma área clínica com 12 camas, das quais uma se destina a doentes em ECMO e outra a situações que requerem isolamento, sendo prioritariamente utilizada para esse fim. Este piso inclui ainda uma componente não assistencial que engloba a área de admissão de doentes (adufa) e de visitas, gabinetes médicos, espaços de armazenamento de material clínico, hoteleiro e equipamentos, copa, vestiários, zona de sujos, gabinete de preparação de medicação, armazém e área administrativa. No piso -1 encontram-se 8 camas na área clínica, mantendo-se uma organização não clínica semelhante à do piso superior. Já o piso -3 dispõe de 15 camas na área clínica, complementadas por espaços de apoio logístico e de armazenamento, à semelhança dos restantes pisos, sendo também neste nível que se localiza o parque de ventiladores que serve todo o hospital. A unidade do piso -3 foi construída durante a pandemia de COVID-19, no contexto de necessidade urgente de expansão da capacidade do SMI. Por esse motivo, é o único piso sem janelas e, conseqüentemente, sem acesso a luz natural. A presença de iluminação natural direta nas áreas assistenciais é fortemente recomendada, dada a sua importância na regulação dos ritmos circadianos e na recuperação do doente (Cruz et al., 2020).

O SMI é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar devidamente qualificada, que exerce funções em regime de turnos que garante a continuidade dos cuidados ao longo de 24 horas nos sete dias da semana. A equipa médica é constituída por cerca de 21 médicos intensivistas, estando um médico de serviço em permanência física nas unidades -1 e +1, 24 horas por dia, e um médico de externos que dá apoio aos diversos serviços do hospital e assegura as emergências internas. A equipa de técnicos auxiliares de saúde é constituída por cerca de 19 elementos, com um plano de distribuição de trabalho diário que contempla as tarefas a desenvolver durante as diferentes tipologias de turno e um plano de higienização periódico. Em relação às assistentes técnicas, esta equipa é dotada de quatro secretárias clínicas no serviço, responsáveis por todos os procedimentos de carácter administrativo, incluindo o envio da lista das visitas para a portaria.

A equipa de enfermagem é composta pela Enfermeira Gestora, por dois Enfermeiros de apoio à gestão e por cerca de 132 enfermeiros, sendo cerca de 49 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 17 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, três Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária. Relativamente aos cuidados de enfermagem à PSC, o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (Portugal, 2019), recomenda que o rácio enfermeiro/doente seja de 1:1, devendo ser flexível conforme as necessidades específicas dos cuidados de enfermagem em cada turno, contudo, nem sempre foi possível cumprir esta recomendação, tendo-se verificado, na prática, um rácio de 1:2 em vários turnos.

Em cada unidade e em todos os turnos, existe um enfermeiro responsável pela gestão da unidade, preferencialmente um Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, que detenha com um conjunto de competências previamente estabelecidas e com turnos de integração à coordenação. Durante o turno da manhã, esta função é desempenhada em regime exclusivo de coordenação, enquanto nos restantes turnos é conciliada com a prestação direta de cuidados.

No SMI, o sistema de informação utilizado é o *Patient Care*, desenvolvido pela empresa BSIMPLE e direcionado para contextos de doente crítico. Tendo sido o meu primeiro contacto com esta aplicação, de um modo geral, esta revelou-se mais intuitiva e funcional para a realização de registos clínicos, permitindo uma visualização integrada e dinâmica dos parâmetros de monitorização (frequentemente importados diretamente dos monitores, necessitando apenas de validação), bem como das intervenções e da evolução clínica.

2. Competências do Enfermeiro Especialista

O presente capítulo centra-se na análise e desenvolvimento das competências do EE adquiridas durante a prática clínica em contexto de EC, constituindo um elemento fundamental no percurso formativo enquanto futura EEMC-PSC. Para uma melhor sistematização e compreensão, o capítulo encontra-se organizado em duas partes: a primeira parte diz respeito às Competências Comuns do EE, transversais a todas as áreas de especialização, e a segunda parte incide sobre as Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, específicas da área de prestação de cuidados à PSC.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns referem-se às capacidades que todos os enfermeiros especialistas devem possuir, independentemente da sua área de especialização. Estas evidenciam-se pela sua aptidão para conceber, gerir e supervisionar cuidados, nomeadamente a nível das áreas da formação, investigação e assessoria, e encontram-se organizadas em quatro domínios de competências: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

O desenvolvimento de competências deve ser percecionado como um processo dinâmico e contínuo que ocorre através da reflexão das experiências adquiridas e desenvolvidas. Neste sentido, apresentam-se de seguida as atividades realizadas em contexto de estágio, acompanhadas de uma análise crítica que tem como eixo central as competências comuns do Enfermeiro Especialista.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do Domínio acima supracitado, o enfermeiro especialista deve evidenciar uma prática profissional segura, ética e responsável, sustentada em competências de tomada de decisão de natureza ética e deontológica (Regulamento nº140/2019). Durante a realização dos estágios, a minha prática foi suportada pelos princípios consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), procurando garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade, assegurando o respeito

pelos direitos humanos, pela autonomia da pessoa, pela consideração dos valores, crenças e preferências da pessoa alvo dos cuidados.

Aliado a esta problemática, é importante referir ainda que a salvaguarda da dignidade, privacidade e intimidade da PSC constituiu um pilar fundamental da minha prática clínica durante os distintos contextos de estágio, uma vez que, sendo o SU de natureza dinâmica e imprevisível, frequentemente marcado pela elevada afluência de doentes, limitação de espaço físico e necessidade de resposta rápida às situações clínicas, pode comprometer a garantia da privacidade na prestação de cuidados. Perante esta realidade, tornou-se essencial adotar uma postura consciente e proativa, com vista a implementar estratégias que minimizassem o impacto destas limitações, tais como, o uso adequado de biombo ou cortinas. Por conseguinte, o SMI configura a sua estrutura sob o modelo de *open space* que, embora permite uma melhor vigilância contínua, através do contacto visual direto com todos os doentes, bem como na observação dos dados de monitorização contínua, facilita ainda a comunicação entre a equipa, a colaboração entre colegas e a rápida deslocação entre doentes. Não obstante, acarreta desvantagens, uma vez que diminui a privacidade dos doentes e das visitas, exige estratégias rigorosas para mitigar o ruído constante e a iluminação intensa, bem como o risco inerente de infeção cruzada.

Considero que este domínio representa um grande desafio no contexto de prestação de cuidados urgentes e emergentes, uma vez que a PSC se encontra frequentemente numa situação de grande vulnerabilidade e com insegurança em relação à sua evolução clínica. Contudo, houve preocupação em explicar os cuidados a prestar e solicitar o consentimento da PSC e família e/ou cuidador para a sua realização, sempre que esta se encontrava consciente, assim como esclarecer os aspetos a ter em conta para o sucesso das intervenções realizadas.

A reflexão e o processo de tomada de decisão ética assumem um papel relevante em Enfermagem, uma vez que esta se desenvolve no âmbito da relação interpessoal estabelecida entre o Enfermeiro e a pessoa ao longo do seu ciclo vital, a qual é influenciada por valores, crenças e desejos de natureza individual. A competência ética pressupõe que o enfermeiro intervenha perante situações que constituem um problema ético, reconhecendo a sua complexidade e dificuldade de resolução, mas cuja análise e reflexão ética sobre os valores e princípios envolvidos possibilita a identificação de uma resposta adequada, sustentada nos valores profissionais, nos princípios éticos e nos deveres deontológicos (Morgado et al., 2014).

No decurso da sua prática profissional, o enfermeiro depara-se frequentemente com dilemas éticos e decisões complexas, que exigem uma reflexão crítica sustentada em fundamentos sólidos e orientada por princípios e valores éticos. Este processo é essencial para garantir o respeito pelos direitos humanos, pela privacidade e dignidade dos utentes (Paço, 2021). A prática do enfermeiro especialista não se limita apenas à execução de intervenções técnicas, mas exige uma reflexão ética constante, contendo um papel essencial na defesa da dignidade da pessoa e na garantia de conforto e respeito durante o processo de fim de vida. Considero que este domínio representa um grande desafio no contexto de prestação de cuidados urgentes e emergentes, uma vez que a PSC se encontra habitualmente numa situação de grande vulnerabilidade e com insegurança em relação à sua evolução clínica revelando-se assim um desafio constante. Nessas circunstâncias, a equipa multidisciplinar assume a responsabilidade pela decisão clínica, que deve orientada pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Existiram algumas situações de confronto com problemas éticos, que representaram momentos de reflexão, individual e em equipa. Nomeadamente, um dos exemplos evidentes de dilema ético em contexto de urgência é o princípio “life before limb”, que traduz a necessidade de priorizar intervenções que preservem a vida, mesmo que tal possa implicar a perda de um membro ou função. Esta situação coloca o enfermeiro perante um conflito entre o princípio da beneficência e o princípio da não maleficência, contemplados na Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, o julgamento clínico deve estar sustentado no raciocínio crítico e na proporcionalidade entre risco e benefício, assegurando que a decisão tomada respeita a dignidade e o melhor interesse da pessoa assistida. Outro dilema ético que presenciei é referente à decisão de não reanimar, frequentemente presente em situações de fim de vida ou em doentes com prognóstico reservado. Apesar da vontade da equipa em manter a vida, a decisão médica de não iniciar manobras de reanimação foi sustentada em critérios clínicos e éticos, considerando a irreversibilidade da situação e o sofrimento que manobras de reanimação cardiopulmonar iriam causar.

Por outro lado, em contexto de cuidados intensivos, os principais dilemas éticos incidem frequentemente nas decisões de fim de vida, no respeito pela autonomia, na justiça na utilização dos recursos e na preservação da dignidade da pessoa, tendo sido a limitação do esforço terapêutico e diagnóstico (LETD) uma das situações por mim presenciadas e alvo de reflexão,

pela complexidade das decisões envolvidas e pela necessidade de equilibrar critérios clínicos, éticos e humanos.

A LETD pode ser concretizada de diferentes formas, podendo optar-se pela manutenção das medidas terapêuticas já instituídas, sem introduzir ou intensificar novas intervenções, ou, em alternativa, pela suspensão das medidas até então implementadas. Do ponto de vista ético, a LETD exige um equilíbrio rigoroso entre os princípios da beneficência e da não maleficência, uma vez que a manutenção de terapêuticas desproporcionadas pode traduzir-se em sofrimento acrescido, sem benefício real para o doente e para a família. Neste sentido, limitar o esforço terapêutico não significa abandonar o doente, mas antes redefinir os objetivos dos cuidados, centrando-os no conforto, na dignidade e no alívio do sofrimento. Sempre que possível, a vontade do doente deve orientar as decisões, seja através de diretivas antecipadas de vontade, seja por informação previamente expressa à família ou à equipa profissional (Teixeira, 2022). No entanto, na prática clínica, estas situações nem sempre estão claramente definidas, o que transfere para os familiares e profissionais a responsabilidade de decisões difíceis, frequentemente carregadas de emoção, incerteza e conflito, assumindo o Enfermeiro Especialista um papel fundamental de preservar o respeito pela autonomia, garantir que as pessoas tenham direito a cuidados de saúde adequados e auxiliar o processo de transição saúde-doença.

O confronto com situações que representam dilemas éticos foi determinante para o desenvolvimento das minhas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Estas situações impulsionaram uma análise crítica sobre os processos de tomada de decisão, reforçando a premissa de que o exercício da enfermagem exige um compromisso com a salvaguarda da dignidade e dos valores de cada pessoa. Importa ainda referir, que houve oportunidade de refletir sobre questões relacionadas com a multiculturalidade, na medida em que cada vez mais o enfermeiro cuida de pessoas com outras religiões e culturas distintas. E face a esta realidade atual, o Enfermeiro Especialista assume um papel preponderante, assumindo funções como mediador, garantindo que o plano de cuidados não infrinja as vontades e dignidade do indivíduo, que muitas vezes se encontra incapaz de expressar a sua vontade e crenças, transferindo para a família a responsabilidade de as expressar.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A Enfermagem, à semelhança de outras áreas científicas, estrutura o seu desenvolvimento com base na promoção da qualidade, orientando a sua missão, visão e objetivos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A qualidade e a segurança são um dever ético porque contribuem significativamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e dos cuidados prestados. A qualidade em saúde é 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” (Portugal, Despacho nº 5613/2015).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos enfermeiros, 2001, pp.10). Esta capacidade de compreender a individualidade e diversidade cultural do utente constitui um pilar essencial da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pois promove uma prática clínica mais segura, equitativa e centrada na pessoa. Desta forma, o enfermeiro contribui para a construção de relações terapêuticas eficazes, potenciando a adesão aos cuidados e a satisfação do utente. Paralelamente, esta postura reflexiva permite identificar oportunidades de melhoria nos processos de comunicação e no planeamento dos cuidados, assegurando que estes sejam cada vez mais adequados às necessidades e expectativas da pessoa, da família e da comunidade (Ordem dos enfermeiros, 2001).

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem deve orientar a prática clínica, manifestando-se como um processo dinâmico e exigente. Para que esta possa ser mensurada e aperfeiçoada, é essencial a adoção de uma prática baseada na evidência, na qual o enfermeiro realiza uma reflexão sistemática sobre a sua atuação, desenvolve investigação e atualiza os seus conhecimentos, de modo a sustentar uma tomada de decisão fundamentada e segura (Rocha, 2020).

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional e da qualidade dos cuidados que presta, a Ordem dos Enfermeiros (2017) define sete categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que correspondem aos padrões de qualidade, sendo eles: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de

complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados e a segurança nos cuidados especializados. Estes enunciados procuram clarificar a natureza da Enfermagem e abranger os diversos aspetos da profissão, assumindo-se como um instrumento relevante na definição do papel do enfermeiro especialista, contribuindo para a sua diferenciação face a outras profissões da área da saúde.

No âmbito do desenvolvimento deste domínio de competência foram definidos vários objetivos específicos que orientaram o desenvolvimento da prática clínica e a reflexão sobre a mesma. A reflexão crítica sobre a prática profissional, incluindo a identificação de aspetos a melhorar e a definição de estratégias para otimizar a prestação de cuidados, assume-se como um elemento central na promoção da qualidade em Enfermagem, permitindo ao enfermeiro especialista avaliar as suas intervenções, reconhecer fragilidades e implementar melhorias sustentadas em evidência científica, promovendo cuidados mais seguros e eficazes. Neste contexto, foram realizados momentos de *debriefing* no final dos turnos e em momentos oportunos com os tutores, que assumiram particular relevância, permitindo a discussão partilhada de situações clínicas e a análise das intervenções realizadas e dos resultados obtidos.

A segurança da pessoa é uma preocupação global das instituições de saúde, tendo sido implementado em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, em conformidade com as recomendações do Conselho da União Europeia. Este plano serve como referência para a adoção de boas práticas de segurança e está estruturado em 5 cinco pilares: Cultura de Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (DGS, 2022). À luz do exposto, a existência de protocolos institucionais e/ou do próprio serviço representam igualmente um contributo importante para a qualidade dos cuidados, ao permitir a uniformização das práticas e a redução do risco de erro. A DGS (2018, como citado por Nunes, 2024), recomenda a implementação de procedimentos padronizados e de algoritmos clínicos que sustentem as decisões dos profissionais de saúde, de modo a responder de forma eficaz ao elevado número de doentes. É de salientar também, a preocupação das equipas na atualização destes protocolos, baseando-se nas *guidelines* mais recentes, sendo um fator promotor de segurança nos cuidados.

O SU é regido por diversos protocolos destinados a estruturar e otimizar a resposta a situações emergentes, nomeadamente em casos como trauma grave, Enfarte agudo do

miocárdio, Acidente vascular cerebral e sépsis, entre outros. Assim como, protocolos de vários procedimentos técnicos com vista à uniformização das práticas segundo a evidência científica mais recente. A sua implementação implica a análise das necessidades, adaptação ao contexto local e identificação de pontos críticos de segurança, com vista à redução do risco e melhoria contínua dos cuidados, sendo fundamental a intervenção precoce para melhores resultados clínicos (DGS, 2016).

No SMI, existe igualmente um vasto conjunto de protocolos e normas que abrangem desde a estabilização da pessoa em situação crítica até aspetos organizacionais e procedimentos específicos. Estes instrumentos promovem a uniformização das práticas, a segurança e uma tomada de decisão baseada na evidência, contribuindo para a diminuição de erros. Contudo, a sua aplicação exige capacidade de adaptação e pensamento crítico por parte dos enfermeiros, de forma a garantir cuidados individualizados e centrados na pessoa. Assim, embora essenciais para a qualidade dos cuidados, os protocolos devem ser articulados com a dimensão ética e humana da prática.

Posto isto, torna-se evidente que a atualização permanente do conhecimento e a procura pela evidência científica mais recente são fundamentais para a implementação de intervenções eficazes e eficientes, contribuindo para a otimização dos recursos disponíveis, para o reforço da segurança do doente e da família e para a melhoria contínua dos cuidados prestados. Paralelamente, a participação em momentos formativos assume um papel determinante na consolidação de uma cultura organizacional orientada para a aprendizagem contínua, valorizando a reflexão crítica como elemento fundamental de crescimento individual e de equipa. Neste âmbito, tive a oportunidade de participar em vários momentos de formação em serviço nos dois contextos de EC, revelando-se particularmente relevante para o meu desenvolvimento formativo, por serem sobre temas fulcrais para a prática clínica e que permitiram consolidar conhecimento e concomitantemente melhorar a minha prestação de cuidados à PSC.

Perante o exposto, considero pertinente abordar uma das formações de serviço em que tive oportunidade de participar, a qual contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos, a partilha de experiências e a reflexão conjunta sobre a prática clínica, sobre a temática: Intervenção do Enfermeiro no apoio à pessoa em luto antecipatório.

A formação foi desenvolvida pelo Grupo de trabalho “Cuidados Paliativos” do SMI e consistiu num momento reflexivo com várias atividades dinâmicas, que inicialmente permitiu aos formandos compreender a necessidade formativa sobre esta temática e posteriormente, refletir em pequenos grupos que outras necessidades identificam no apoio a famílias em luto. Em suma, foram identificadas as necessidades a seguir descritas: um espaço físico dentro das unidades, que possibilitem a privacidade das famílias nestes momentos; a utilização de uma comunicação adequada; dificuldade em encaminhar a família para outros profissionais de saúde; gestão de emoções perante a família; sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais com competência para lidar com o luto.

A perceção destas necessidades permitiu-me refletir de forma crítica sobre a complexidade do cuidado à família em contexto de doença crítica e fim de vida, evidenciando que a qualidade dos cuidados não se limita apenas a intervenções técnicas, mas encontra-se inerentemente ligado à componente relacional, emocional e ética. A escassez de espaços adequados à privacidade das famílias, associada à sobrecarga de trabalho e à insuficiente preparação dos profissionais para lidar com situações de luto, pode comprometer a humanização dos cuidados e o apoio emocional prestado à família. Considero ser fundamental, proporcionar ao doente e à família um momento de maior privacidade, diminuindo os estímulos que possam ser causadores de stress, para que desta forma, consigam proporcionar uma despedida digna e o mais tranquila possível de modo a facilitar o processo de luto.

Durante a sessão de formação, foi ainda abordado o Protocolo SPIKES, que consiste numa ferramenta estruturada de comunicação com seis etapas que orienta os profissionais de saúde na transmissão de más notícias, fortalecendo a relação terapêutica e providenciando um suporte centrado na pessoa. Inicialmente deve ser planeada a intervenção, incluindo a preparação do espaço físico e do profissional (Silva & Emídio, 2021).

A comunicação de más notícias constitui-se como uma das mais difíceis tarefas com que se deparam os profissionais de saúde, pois consiste num momento desafiador e inquietante, sobretudo para quem a recebe, mas também para quem a transmite. É deveras exigente, pois é uma vivência individual influenciada por fatores culturais, emocionais e relacionais, que muitas vezes, se representa como uma notícia inesperada, sem preparação prévia e bastante dolorosa, que requer do transmissor, disponibilidade emocional e empatia. Considero esta formação de extrema importância, não só porque é uma prática muito frequente em contexto de cuidados intensivos, assim como proporcionou aos formandos a compreensão do processo de luto e

capacitou-os para estabelecer uma melhor relação terapêutica e apoiar famílias em momentos de perda, de forma empática, ética e humanizada.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4748), o “enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”. Adicionalmente, estabelece que o EE deve ser detentor de conhecimentos, competências e atitudes que lhe permitam gerir os cuidados de enfermagem de forma eficaz, promovendo o desempenho da equipa e a sua integração na equipa multidisciplinar.

O enfermeiro coordenador assume um papel determinante na gestão dos cuidados e dos recursos, exigindo competências que permitam uma tomada de decisão eficaz e adequada à complexidade do contexto de prática clínica. A sua atuação baseia-se numa liderança adaptada ao contexto, promovendo a articulação entre a equipa multiprofissional, com vista à qualidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Compete-lhe supervisionar o desempenho da equipa, conhecer as competências individuais dos seus elementos, promover o desenvolvimento profissional e assegurar o cumprimento de normas e protocolos.

Relativamente à gestão do SU, foi possível compreender que em todos os turnos está presente um Enfermeiro com funções de coordenação geral do serviço, que exerce diversas funções, nomeadamente: realiza uma gestão a nível dos recursos pessoais e materiais, garantindo um número de adequado de enfermeiros em cada área do serviço; assegura a operacionalização dos fluxos internos de doentes, bem como as transferências intra e extra-hospitalar; atua como elo de ligação entre a equipa de enfermagem, os médicos e outros profissionais de saúde. Relativamente à gestão de recursos materiais, o Enfermeiro com funções de coordenação na interligação com o serviço de esterilização e na gestão dos stocks de medicação estupefacientes. Compreendi também a função do Enfermeiro responsável por cada área do SU e foi possível acompanhar nas tarefas de gestão de recursos materiais da área a que estava alocada.

A gestão de recursos humanos no SU, apesar da distribuição da equipa seja inicialmente planeada é frequentemente desafiada pela imprevisibilidade de falta de recursos humanos, obrigando a uma reorganização contínua dos recursos disponíveis, com base nas necessidades

atuais do serviço. Ao integrar a equipa no processo de decisão e ao explicar as motivações das mudanças logísticas, o Enfermeiro Coordenador através de uma comunicação assertiva e da clarificação das prioridades, fomenta o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão, garantindo que a equipa se mantenha ágil e participativa perante a volatilidade das exigências clínicas.

Em relação à gestão realizada no SMI, foi possível compreender que em todos os turnos existe um enfermeiro que é responsável pela coordenação do serviço. Sendo que, no turno da manhã o enfermeiro assume apenas funções de coordenação e nos turnos da tarde e noite, o enfermeiro responsável assume também a prestação de cuidados aos doentes. O serviço dispõe de um protocolo relativo às funções do Enfermeiro Coordenador que tem como objetivos: descrever as principais competências e habilidades que devem constituir o perfil do enfermeiro coordenador de turno; enunciar as intervenções do Enfermeiro Coordenador nos diferentes domínios de competências; e esquematizar as atividades diárias, semanais, mensais e ocasionais do enfermeiro coordenador. Este protocolo permite a uniformização das práticas e a redução do risco de erro, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. É importante salientar que neste contexto clínico, o EEMC-PSC enquanto enfermeiro coordenador de turno participa diariamente na reunião multiprofissional, colaborando ativamente nas decisões da equipa de saúde, com enfoque na qualidade dos cuidados à PSC.

No que diz respeito à gestão de cuidados, esta assume um papel central, sendo da responsabilidade do enfermeiro organizar, planear e coordenar todas as intervenções, em articulação com a equipa, de forma a assegurar condições adequadas e seguras para a receção do doente. Esta organização é fundamental, uma vez que a PSC requer cuidados de enfermagem específicos e diferenciados ao longo da sua permanência no SMI iniciados desde o momento da admissão.

Os doentes do SMI provêm essencialmente do serviço de urgência ou por transferência de outras unidades ou serviços. A transição de cuidados entre as diferentes equipas pressupõe uma comunicação clara, eficaz e estruturada da informação clínica, de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados, sendo utilizada a metodologia ISBAR como ferramenta de normalização da comunicação. No processo de transferência e admissão, o enfermeiro responsável pelo doente, em articulação com a restante equipa multidisciplinar, assegura a criação de condições adequadas e seguras para o acolhimento do doente crítico. A admissão na SMI desenvolve-se em três fases fundamentais: a limpeza e desinfeção da unidade

e dos materiais, a preparação do espaço com os recursos necessários e o acolhimento do doente crítico. As unidades contêm uma *check-list* de material da unidade do doente, que eu considero fundamental, pois garante que existam todos os materiais pré-definidos que são necessários para uma unidade.

A verificação sistemática do material através da *check-list* de unidade preconizada pelo serviço revelou-se um elemento preventivo essencial na gestão do risco. A experiência de admissão de um doente evidenciou a elevada complexidade deste processo, que exige uma elevada capacidade de priorização e organização. No momento da receção, a necessidade de assegurar uma monitorização contínua, aliada à realização de colheitas para diagnóstico laboratorial e à gestão de múltiplos dispositivos invasivos, requer uma execução técnica rigorosa e célere. Esta vivência permitiu-me concluir que a segurança do doente na admissão depende diretamente de uma comunicação eficaz e da colaboração intra-equipa. A sinergia com os restantes elementos da equipa de enfermagem funciona como um fator facilitador, permitindo a distribuição de tarefas de forma estruturada e centrada nas necessidades da PSC.

A gestão eficaz de unidades de cuidados depende da capacidade de liderança, gestão de conflitos e comunicação de quem as dirige. Na enfermagem, esta liderança deve ser versátil, combinando diferentes abordagens para responder aos desafios da equipa multidisciplinar. Só através de uma gestão de conflitos eficaz e de uma liderança presente é possível garantir padrões elevados de qualidade nos cuidados e um clima organizacional saudável.

A liderança em enfermagem é definida por Marcelino & Marques (2024) como um processo de influência estratégica visando o alcance de objetivos coletivos. Para responder à complexidade dos cuidados, exige-se uma liderança emocionalmente inteligente e focada na cooperação. Neste sentido, a autogestão das emoções por parte do líder revela-se indispensável para criar contextos de trabalho seguros e produtivos. Ao longo da minha experiência de estágio, a integração destes princípios foi notória, tendo a tutoria dos enfermeiros supervisores proporcionado espaços de análise crítica fundamentais para o desenvolvimento de competências neste âmbito.

A supervisão das práticas de enfermagem, é outra função do EE e que constitui uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e garantir a segurança dos utentes, na medida em que se torna um processo dinâmico, interpessoal e informal que utilizando a reflexão, a interajuda, a orientação e a monitorização como motor do

desenvolvimento promove o desenvolvimento de competências profissionais para um cuidar de excelência (Portugal, Regulamento nº140/2019).

2.1.4. Domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais

O avanço da Enfermagem enquanto disciplina e a rentabilização das intervenções de saúde dependem intrinsecamente da produção de conhecimento. Assim, a evidência científica deve constituir a base da tomada de decisão clínica, não obstante os obstáculos que dificultam a sua plena integração na prática clínica (Pinho, 2020).

No exercício da sua atividade profissional, é fundamental que o enfermeiro desenvolva uma consciência de si enquanto pessoa e profissional, promovendo o autoconhecimento e a assertividade. A aquisição de aprendizagens ao longo do percurso formativo assume um papel central no desenvolvimento de competências específicas, permitindo a consolidação de conhecimentos e capacidades que potenciam a qualidade dos cuidados prestados, bem como a capacidade de influenciar e orientar a equipa multidisciplinar. Este processo contribui para a adoção de práticas mais seguras e eficazes, favorecendo simultaneamente o crescimento profissional e pessoal. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o autoconhecimento constitui uma dimensão essencial na prática do enfermeiro especialista.

A competência profissional pode ser entendida como um conjunto integrado de conhecimentos, desenvolvido a partir da formação inicial e da experiência adquirida ao longo da prática, que se evidencia a nível da prática profissional. Trata-se de uma capacidade complexa de agir, que articula saberes, habilidades, atitudes e recursos disponíveis, mobilizados de forma contextualizada e adaptada a cada situação. Neste sentido, o saber em enfermagem vai além da execução técnica, implicando a capacidade de ajustar a intervenção à complexidade dos contextos clínicos. Para tal, é fundamental que os profissionais tenham acesso a experiências diversificadas, que lhes permitam contactar com diferentes situações clínicas e enriquecer a sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A participação nas formações em serviço já mencionadas, a reflexão com a equipa e a consulta dos protocolos dos serviços e da literatura científica baseada em recomendações e normas, foram estratégias que adotei ao longo deste período, para fundamentar as minhas intervenções em conhecimentos atualizados e validados cientificamente. Para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi essencial realizar numa primeira fase a

definição e discussão conjunta de metas a atingir e respetivas atividades propostas para o período de componente clínica, nomeadamente com a elaboração de um projeto de estágio, que serviu como elemento norteador das atividades desenvolvidas durante o estágio.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, relacionado com a excelência do exercício, o enfermeiro procura, na sua prática clínica, alcançar a excelência no exercício da sua função, assumindo o dever de manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos e valorizar a formação permanente. Este dever de formação contínua decorre da procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem, de modo a prestar os melhores cuidados de qualidade à pessoa. No desenvolvimento de aprendizagens profissionais, a formação detém um grande destaque, pois promove cuidados com base na segurança e na qualidade (Portugal, Lei nº 156/2015). Durante a sua atividade profissional, é importante que o enfermeiro detenha consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, desenvolvendo competências pessoais e profissionais que permitam práticas mais seguras e de qualidade

Com vista ao desenvolvimento desta competência, foi sugerido ao grupo a reflexão sobre uma temática relevante passível de ser alvo de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem da SMI. E nesse sentido, face à sua elevada pertinência clínica, optou-se pela abordagem da promoção da qualidade do sono no doente crítico. Como recursos didáticos, foram elaborados um póster informativo (**Apêndice I**) e uma apresentação em PowerPoint para servirem de suporte à sessão de formação.

O sono é uma função biológica essencial, importante não só para o bem-estar físico como também para o bem-estar emocional, sendo essencial para promover o descanso, reparação e sobrevivência do indivíduo. A PSC que apresente sono insuficiente (em quantidade e qualidade), tem maior suscetibilidade a disfunções fisiológicas e psicológicas que podem impactar negativamente o tratamento e o processo de recuperação, podendo levar ao aumento da mortalidade e morbilidade (Chang et al., 2020; Cruz et al., 2020).

Vários estudos demonstraram que o sono dos doentes internados em contexto de cuidados intensivos se encontra frequentemente comprometido. Estes doentes demonstram padrões de sono fragmentados, com redução do sono profundo e da perda do ritmo circadiano normal. As alterações perturbadoras do padrão de sono estão sobretudo associadas ao ruído ambiental constante (alarmes de monitorização e ventilação), à iluminação artificial contínua, à necessidade constante de intervenções clínicas e ao uso de fármacos sedativos e hipnóticos.

A ausência de estímulos temporais, quer seja pela diminuição de luz natural quer pela ausência da rotina dia-noite, são propensos para aumentar a desregulação do ciclo sono-vigília (Cruz et al., 2020).

O ambiente de um SMI é, por natureza, perturbador do padrão de sono e neste contexto, os enfermeiros devem ter conhecimento das preferências, hábitos de sono e repouso e quais as estratégias que podem utilizar para otimizar o ambiente que os rodeia, são elas: diminuição do ruído e da iluminação, promoção de medidas de conforto e de orientação de doentes e ainda, na redução de procedimentos clínicos aos estritamente necessários durante o período noturno. Neste sentido, torna-se fundamental a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde sobre a necessidade de implementar medidas que minimizem os fatores perturbação do sono e melhorem a qualidade do mesmo (Cruz et al., 2020).

Em contexto de estágio no SU, foi possível também participar numa formação relativa à VV Sépsis e a sua implementação no SU, que permitiu, para além da atualização de conhecimentos, a capacitação para uma prática reflexiva baseada na evidência científica. A Via Verde (VV) trata-se de uma estratégia de resposta integrada e prioritária no sistema de saúde, que pode ser ativada por uma equipa a nível pré-hospitalar ou intra-hospitalar. que tem como principal objetivo que todos os doentes com sintomas sugestivos cheguem a uma unidade de saúde capaz de providenciar o devido tratamento, de forma rápida e segura e deste modo, tenham acesso a um diagnóstico precoce e instituído o devido tratamento. Esta estratégia permite aumentar a taxa de sobrevivência e a recuperação funcional do doente e diminuir sequelas (Barreira, 2018; Ermida, 2018).

No âmbito da VV Sépsis, acompanhei situações clínicas identificadas em diferentes momentos da prestação de cuidados: um caso clínico que foi detetado na Triagem, um caso na Área Verde e outro na Área Laranja. A Sépsis corresponde à resposta do organismo à infeção, que apresentam diversas manifestações clínicas que traduzir uma marcada resposta inflamatória, frequentemente associadas a disfunção orgânica múltipla, choque séptico e morte, caso não seja identificada e tratada precocemente. De acordo com Branco (2021, pp. 214-215), a sépsis assume-se como uma “incapacidade do organismo ou da célula de manter o equilíbrio interno através do ajuste dos seus processos fisiológicos sob condições ambientais flutuantes em resposta à infeção ou lesão”. Do ponto de vista clínico, os doentes podem manifestar um ou mais sinais e sintomas gerais, tais como: febre, hipotermia, frequência cardíaca superior a 90 bpm, taquipneia superior a 30 ciclos por minuto, edema significativo e hiperglicémia. A sépsis

é considerada uma emergência médica, tendo o enfermeiro um papel preponderante em todo o processo, desde a deteção precoce até à monitorização e continuidade dos cuidados. A sua intervenção estende-se também à reavaliação constante do doente, identificando precocemente sinais de agravamento clínico.

A realização do EC nestes dois contextos distintos, embora convergentes na prestação de cuidados à PSC, constituiu uma etapa desafiante e enriquecedora da minha formação, marcada por situações de elevada complexidade clínica e exigência emocional. Um dos aspetos mais relevantes a ter em consideração é que apesar dos cuidados à PSC ser marcado por diversos recursos tecnológicos, é igualmente importante não esquecer que continuamos a cuidar de pessoas, e que não devemos descurar aspetos essenciais ligados ao cuidado, como a empatia, a compaixão e a construção de uma relação interpessoal tanto com o doente como com a família.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica

O Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, estabelece as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, sendo elas: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/o falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, a exceção e catástrofe, da conceção à ação e, maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/o falência orgânica, face à complexidade da situação e a necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

No panorama atual da saúde, assiste-se a uma crescente prevalência de episódios críticos de saúde, caracterizados pela agudização de patologias crónicas ou pelo surgimento súbito de quadros de instabilidade clínica. Este cenário de elevada complexidade exige cuidados emergentes diferenciados que assegurem a qualidade e a reversão da deterioração das funções vitais pois, apesar do progresso científico tenha promovido o aumento da esperança média de vida, este não é necessariamente acompanhado por ganhos em saúde. Perante este paradigma, o EEMC-PSC deve fundamentar a sua prática na evidência científica mais atual, focando-se em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e assumindo um papel proeminente na liderança de processos de formação e investigação (Portugal, Regulamento n.º 429/2018).

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

Os cuidados de enfermagem prestados consistem em intervenções altamente qualificadas, prestadas de forma contínua a indivíduos cuja vida se encontra em risco imediato. Estes cuidados visam responder às necessidades comprometidas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e minimizar incapacidades, contribuindo para a recuperação total do doente (Portugal, Regulamento nº 429/2018).

Devido ao elevado número de utentes que recorrem habitualmente aos serviços de urgência, torna-se essencial identificar rapidamente aqueles que necessitam de cuidados imediatos. O sistema de Triagem de Manchester surge, assim, como um instrumento fundamental para o encaminhamento adequado dos utentes, garantindo que cada pessoa é observada no local e pelo profissional mais apropriado, dentro de um tempo clinicamente aceitável. A implementação de um sistema de triagem contribui significativamente para a organização e eficiência dos serviços de urgência, permitindo estruturar os fluxos de atendimento e responder de forma eficaz às necessidades identificadas. Entre as principais funções da triagem destacam-se: a identificação de utentes em risco de vida, a definição de prioridades segundo a gravidade da situação clínica, a reavaliação de casos em espera, a determinação da área mais adequada para o atendimento e a melhoria do fluxo do serviço (Costa, 2020).

O acompanhamento do processo de triagem constituiu um momento particularmente relevante do meu EC em contexto de urgência, uma vez que me permitiu compreender a complexidade do processo da entrevista inicial da pessoa em situação aguda. Esta fase, embora breve no tempo, é determinante para a segurança do utente e para a eficácia da resposta dos cuidados, uma vez que orienta a prioridade clínica e o encaminhamento adequado dentro do serviço. A capacidade do Enfermeiro Triador em recolher informação de forma rápida, precisa e empática, associada à análise crítica dos sinais e sintomas apresentados, muitas vezes num ambiente inconstante e hostil, revelou-se essencial para uma decisão correta e fundamentada (Marques & Lino, 2021).

Em relação à avaliação da PSC, é importante destacar a utilização da abordagem ABCDE (Via Aérea, Ventilação, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) enquanto instrumento que orienta uma avaliação estruturada, rápida e eficaz da PSC. Esta metodologia

permite aos profissionais de saúde reconhecer precocemente alterações no estado clínico e intervir de acordo com uma sequência de prioridades. A aplicação desta abordagem requer formação específica e treino contínuo, uma vez que implica a utilização de raciocínio clínico e de uma visão holística da pessoa (Costa, 2021). A integração desta ferramenta na prática clínica, contribuiu para o desenvolvimento progressivo de competências essenciais, nomeadamente na gestão de prioridades, na identificação de sinais de instabilidade e na implementação de intervenções ajustadas a cada situação.

Durante o EC em contexto de SU, propiciou-se a oportunidade de acompanhar um doente à sala de hemodinâmica para realização de uma coronariografia e observar e compreender todo o procedimento e cuidados a ter após. E também, observar e compreender uma trombectomia, numa doente com diagnóstico médico de AVC isquémico. Considero que o desenvolvimento desta competência é fundamental para o cuidado à PSC, contudo foi possível compreender que o sucesso dos cuidados não depende apenas da execução correta dos procedimentos, mas também da capacidade de antecipar complicações, priorizar intervenções e comunicar eficazmente com a equipa multidisciplinar.

Considero também que o EC realizado em contexto de cuidados intensivos foi extremamente rico, tanto nas oportunidades de aprendizagem, como nos momentos de reflexão. O serviço contempla várias tipologias de doentes, desde doentes neurocríticos, a doentes submetidos a ECMO VA ou VV, a doentes em morte cerebral. E, sendo este o meu primeiro contacto com doente crítico em contexto de internamento considero que foi um ambiente propício à aquisição e ao desenvolvimento de conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico. Em colaboração com os enfermeiros supervisores, tive oportunidade de realizar as seguintes intervenções à PSC: prestar cuidados de higiene e conforto; prestar cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva; compreender os princípios de monitorização contínua avançada (invasiva e não invasiva) e a sua respetiva interpretação e avaliação; administrar e gerir terapêutica vasoativa e terapêutica com efeitos sedo-analgésicos; prestar cuidados de enfermagem à pessoa com Derivação Ventricular Externa (DVE); otimização de sistema de oxigenação nasal de alto fluxo; compreender a importância do correto posicionamento do doente neurocrítico.

É importante ainda referir, que tive oportunidade de observar e assistir a procedimentos médicos invasivos, tais como colocação de linha arterial, colocação de cateter venoso central,

realização de traqueostomia, realização de endoscopia terapêutica, entubação e extubação orotraqueal e realização de uma cardioversão elétrica.

Adicionalmente, proporcionou-se a oportunidade de participar no transporte intra-hospitalar do doente crítico para realização de exames complementares de diagnóstico, de conhecer e aplicar os protocolos utilizados no SMI, administração de hemoderivados, nutrição entérica, procedimento de colheita de espécime para análise, manutenção de dreno torácico, administração de terapêutica e nutrição, bem como prevenção e tratamento de lesões por pressão.

De seguida, considero pertinente destacar a abordagem ao doente sob ECMO, uma vez que, realizei diversos turnos com esta tipologia de doentes, tendo inclusive assistido aos procedimentos de canulação e de descanulação de doentes sob ECMO e a uma formação neste âmbito (**Anexo II**). Primeiramente, considera-se fundamental compreender que a ECMO constitui-se como uma técnica avançada de suporte de vida que, através de um circuito extracorpóreo composto por uma bomba centrífuga e um oxigenador, substitui temporariamente a função cardíaca (VA) e/ou pulmonar (VV) em situações de falência orgânica refratária (DellaVolpe, 2023).

Esta técnica consiste na remoção do sangue do organismo através de cânulas inseridas em veias centrais (por norma, na veia femoral ou jugular), sendo este conduzido por uma bomba mecânica até ao oxigenador, onde ocorrem as trocas gasosas, com remoção de dióxido de carbono e adição de oxigénio. Após este processo, o sangue é reintroduzido no organismo por meio de cânulas colocadas em artérias ou veias centrais, consoante a modalidade de ECMO utilizada. Salientando que, tal como em qualquer técnica invasiva, a ECMO também acarreta várias complicações, tais como, a descanulação acidental, falha a nível da bomba, colapso da linha venosa, Paragem Cardiorrespiratória, embolismo, hemorragia no local de canulação e rotura do oxigenador (Chaica et al., 2020).

A ECMO não é considerada um tratamento, mas tem o objetivo de ser uma ponte terapêutica, que permite o órgão em falência recuperar as suas funções. A prestação de cuidados de enfermagem a doentes em ECMO exige competências altamente especializadas, vigilância constante de sinais de hemorragia e pela prevenção de complicações.

Em contexto de estágio na SMI, os enfermeiros que prestam cuidados a doentes submetidos a ECMO eram essencialmente Enfermeiros Especialista em Médico-Cirúrgica, constituintes de um grupo dedicado no serviço e com formação específica na área, demonstrando assim um elevado nível de diferenciação e experiência. De acordo com Chaica et al. (2020), a aquisição desta competência exige formação específica na técnica, aliada a prática supervisionada, permitindo ao profissional identificar necessidades e planear intervenções ajustadas e individualizadas. Este processo de desenvolvimento contribui também para a tomada de consciência das próprias limitações na prestação de cuidados à PSC. A formação contínua, a discussão de casos com a equipa multidisciplinar, o treino com profissionais mais expertises e a utilização de protocolos baseados na evidência científica constituem estratégias fundamentais para assegurar uma abordagem eficaz, segura e de qualidade aos doentes em ECMO.

A pessoa em situação crítica não vivencia o processo de doença de forma isolada, estando integrada num contexto familiar que, frequentemente, enfrenta alterações significativas e, por vezes, abruptas nos seus padrões de vida familiar. O cuidado à família assume-se como uma dimensão inerente à prática de enfermagem, sendo uma responsabilidade do enfermeiro apoiar, acompanhar e defender os interesses da PSC e da família. Apesar da complexidade e exigência emocional inerentes aos contextos de prática clínica, foi possível observar uma preocupação constante com a humanização dos cuidados e com o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família do doente, mostrando sempre disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e a marcação de uma próxima visita. Colaborei ainda, na recolha e documentação da informação recolhida proveniente dos familiares, segundo o Modelo de Avaliação Familiar de *Calgary*, utilizado pela instituição como modelo orientador da prática.

A prestação de cuidados à PSC implica uma conceptualização que inclua a família como unidade de cuidado, devendo o enfermeiro desenvolver um processo de avaliação e intervenção familiar com o objetivo de orientar e estruturar a sua prática de cuidados. O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de *Calgary* defende que a enfermagem possui um compromisso ético e moral de integrar a família nos cuidados de saúde, reconhecendo o seu impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus membros (Wright & Leahey, 2013, citado por Sá, 2020). Neste sentido, a concretização de cuidados centrados na pessoa e na família implica o desenvolvimento de práticas relacionais consistentes, sustentadas por estratégias de

comunicação eficazes, que promovam o envolvimento e o suporte à família ao longo do processo de doença.

É relevante salientar que, embora os contextos de prática clínica observados se caracterizem pela sua elevada complexidade e promotores de um ambiente de stress nos profissionais de saúde, foi sempre evidente a preocupação em assegurar uma abordagem centrada na pessoa, na família e/ou no cuidador. Destacou-se, igualmente, o compromisso com a humanização dos cuidados, refletido não apenas nas intervenções realizadas, mas também na forma como se estabeleceu o acompanhamento e a comunicação com todos os envolvidos no processo de cuidado, nomeadamente na presença de um familiar de referência e no facto de estar um elemento da equipa de enfermagem responsável pela transmissão de informação acerca do estado clínico da PSC e permitindo uma breve visita ao mesmo e concomitantemente permitir que a família esclarecesse as suas dúvidas e se sentisse acompanhada num momento de extrema vulnerabilidade (Moura, 2025).

A comunicação eficaz aquando da transição de cuidados assume um papel determinante, uma vez que assegura a transmissão adequada de informação entre profissionais de saúde e contribui para a prevenção de erros e complicações durante a prestação de cuidados. Constituindo-se assim, como um dos pilares para a promoção de cuidados seguros. Com o intuito de uniformizar as práticas de comunicação entre os profissionais de saúde e garantir que a informação pertinente seja transmitida de forma clara, completa e atempada, minimizando o risco de eventos adversos e a mortalidade associada, surge a Norma n.º 001/2017 publicada pela Direção-Geral da Saúde que recomenda a adoção da técnica ISBAR como um instrumento estruturado de comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados (Moura, 2025). Deste modo, considero ser uma mais-valia participar na transmissão de informação da PSC uma vez que nos desafia a organizar o pensamento clínico, desenvolver a comunicação objetiva e estruturada e também a capacidade de síntese, competências essenciais na prática em contextos complexos.

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a catástrofe é definida como um ou vários acontecimentos de grande gravidade que podem causar perdas humanas significativas, danos materiais extensos e impactos profundos nas condições de vida das populações, podendo

inclusive comprometer a estabilidade económica de uma região ou do país. Já uma situação de exceção corresponde a um evento, de curta ou longa duração, que origina um desequilíbrio entre as necessidades de saúde existentes e os recursos disponíveis. Por sua vez, entende-se por emergência qualquer ocorrência súbita que resulte numa alteração brusca do estado de saúde de um indivíduo, colocando-o em risco de vida e exigindo uma intervenção imediata (Portugal, Regulamento nº 361/2015; Lopes, 2021).

Durante o período referente ao estágio de natureza profissional não ocorreu nenhuma situação de catástrofe real. No entanto, foi possível conhecer a nível do SU, onde está disponível todo o material essencial para ser realizado em caso de catástrofe (com identificação da pessoa pelo número, pulseira com a cor da sua prioridade, requisições de análises e exames em papel e processo clínico em papel). A triagem em catástrofe pode ser definida como “um processo de classificação de vítimas no qual é observada a gravidade das lesões, com o objetivo de alocar o tratamento médico de acordo com essa classificação, para maximizar o máximo de sobreviventes” (Lopes, 2021, p. 351).

Já relativamente ao contexto de SMI, é importante compreender que situações de catástrofe colocam desafios acrescidos aos enfermeiros deste contexto, uma vez que exige uma resposta rápida, organizada e eticamente sustentada. Frequentemente, e sem treino prévio, estes momentos tendem a gerar desorientação, falhas de comunicação e dificuldades na gestão de recursos. Por isso, é essencial que as instituições promovam uma cultura de preparação, criando oportunidades de treino, simulacros e capacitação contínua para todos os intervenientes. A formação e o treino de equipas possibilitam também a identificação de riscos e vulnerabilidades, através da identificação de questões organizativas e operacionais (Gandra & Pinho, 2020).

Os enfermeiros, especialmente aqueles que integram serviços de urgência ou equipas de emergência pré-hospitalar, estão frequentemente entre os primeiros profissionais de saúde a contactar com situações de crime violento ou de trauma. Nessas circunstâncias, a sua principal responsabilidade consiste em prestar assistência imediata à vítima, garantindo a estabilização do seu estado clínico e a priorização dos cuidados de saúde necessários. Para além da prestação de cuidados em si, existem diversas situações que exigem uma abordagem cuidadosa e específica, de modo a garantir que os processos de perícia e investigação não sejam comprometidos ou alterados (Ferreira, 2018, como referido por Mota, 2021).

Com o aumento da criminalidade e a crescente complexidade dos casos de violência, emergiu a necessidade de profissionais de saúde capacitados para atuar na interface entre os cuidados clínicos e o sistema jurídico. Ao longo dos últimos anos, os enfermeiros têm obtido um destaque significativo no campo da Enfermagem Forense, devido à sua posição privilegiada na prestação de cuidados de saúde às vítimas de violência, à sua capacidade de identificar sinais de abuso e trauma, e ao seu contributo fundamental na recolha e preservação de provas, articulando-se eficazmente com o sistema judicial (Gomes, 2014). E com vista ao aumento do meu conhecimento sobre as práticas de enfermagem forense em diversos contextos de saúde e reconhecendo a sua importância para a pessoa vítima de violência, elaborei um *scoping review* que se apresenta na Parte II deste relatório.

Em contexto de prática clínica não vivenciei diretamente situações de suspeita de violência física, doméstica ou abuso. Contudo, tive oportunidade de compreender que em situações de acidentes rodoviários, existe uma parceria entre os profissionais de saúde e os agentes da autoridade, especialmente no que diz respeito à recolha de sangue para determinação da taxa de alcoolémia. Esta recolha é realizada na presença de um agente da autoridade para um tubo específico fornecido pelo mesmo e a desinfeção do local da punção é realizada com uma solução antisséptica não alcoólica, para não interferir com os resultados da análise, e posteriormente entregues à autoridade, garantindo assim a cadeia de custódia e a validade legal da amostra. Este procedimento demonstra a importância da articulação entre o setor da saúde e as forças de segurança, assegurando que a prestação de cuidados clínicos decorre em simultâneo com o cumprimento das normas legais.

Com vista a cumprir os objetivos propostos para o desenvolvimento desta competência, propus integrar a dinâmica da Equipa de Emergência Interna (EEI), onde tive oportunidade de compreender que a esta equipa foi criada e divulgada em Boletim Direção nº12-A de 6 de Março de 2008, sendo constituída por um Médico Intensivista e um Enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. O seu campo de atuação restringe-se a situações de emergência ocorridas nos designados espaços comuns do hospital e dos serviços de internamento do HUC. A sua ativação é realizada através dos números 2222 e 5254. Estas equipas estão preparadas para responder de imediato, não apenas em situações de paragem cardiorrespiratória, mas também em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, sendo crucial a sua rápida ativação de modo a obter maiores taxas de sobrevivência (Portugal, Despacho n.º 9639/2018).

De acordo com (Marques, 2021), a eficácia destas equipas alicerça-se na padronização da avaliação do doente crítico, o que permite antecipar necessidades terapêuticas e implementar cuidados especializados de forma célere. Esta dinâmica de intervenção proativa constitui um pilar fundamental para a otimização dos resultados de sobrevivência e para a redução das taxas de mortalidade intra-hospitalar. A evidência apresentada por Kronick et al. (2015, como citado por Marques, 2021), sublinha que os eventos críticos ocorrem com maior frequência em enfermarias, fora das unidades de cuidados intensivos, onde os rácios enfermeiro/doente são mais elevados e a monitorização dos doentes tende a ser menos rigorosa, o que reforça a relevância das equipas de emergência intra-hospitalar na deteção precoce de sinais de deterioração clínica e na implementação de intervenções atempadas, contribuindo para a melhoria dos resultados e para a segurança do doente.

Apesar de não ter presenciado nenhuma ativação, foi possível compreender que o Enfermeiro destacado é responsável pela verificação da operacionalidade dos equipamentos de emergência, nomeadamente o monitor desfibrilhador e a mala de emergência interna; conhecer o conteúdo da mala de emergência interna e estar familiarizado com o manuseamento de todo o material e equipamento de emergência, incluindo realizar uma *check-list* de verificação de material; conhecer os algoritmos de atuação; repor os fármacos e/ ou materiais utilizados da mala de emergência interna; e elaborar o registo da situação de emergência no sistema informático.

2.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de 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

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) representam um relevante problema de saúde pública, estando relacionadas com o aumento da morbilidade, mortalidade, duração do internamento e custos em saúde, sendo muitas delas passíveis de prevenção através da aplicação rigorosa de medidas de controlo de infeção. Simultaneamente, o crescimento da resistência aos antimicrobianos tem agravado este cenário, tornando imprescindível o reforço da vigilância epidemiológica, a padronização de práticas e a utilização adequada destes fármacos. Neste contexto, uma abordagem integrada e baseada em princípios epidemiológicos, aliada à articulação das equipas de saúde, revela-se essencial para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados (Ferro, 2024).

As IACS configuram-se como um desafio persistente e de particular impacto na evolução clínica da PSC. A prestação de cuidados à PSC requer, muitas vezes, a utilização de procedimentos invasivos, que apesar de se constituírem como vitais para a sobrevivência do doente, podem representar um risco significativo, particularmente no que se refere ao desenvolvimento de IACS. De acordo com Pereira (2020), este salienta que as taxas de prevalência e o risco de adquirir uma infeção em PSC são superiores quando comparados com outros contextos de saúde. Por norma, estão associados a diversos fatores, entre eles destacam-se as características intrínsecas das pessoas, como exemplo: condição clínica, antecedentes de saúde, idade extrema ou estado nutricional deficitário), o grande número de procedimentos e dispositivos invasivos utilizados, situações de imunossupressão prévia ou adquirida, bem como fatores ambientais e estruturais, que incluem tanto o funcionamento organizacional como as características físicas dos serviços de saúde.

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), também chamadas de precauções *standard*, aplicam-se a todos os utentes e visam prevenir a transmissão de agentes infecciosos no contexto dos cuidados de saúde. Estas precauções incluem medidas como a colocação adequada dos doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso correto de equipamento de proteção individual, descontaminação de equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa e resíduos, e práticas seguras na administração de injetáveis (DGS, 2013). No entanto, em casos de microrganismos de elevada relevância epidemiológica, as precauções básicas podem não ser suficientes devido à sua alta transmissibilidade, patogenicidade/virulência ou resistência aos tratamentos. Nestas situações, ou sempre que houver suspeita da sua presença, devem ser adicionalmente aplicadas precauções baseadas na via de transmissão (PBVT), adaptadas ao microrganismo em causa, que podem incluir medidas específicas para contacto, gotículas ou via aérea.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, esta competência integra uma área específica da atuação do EEMC-PSC. Este deve desenvolver uma abordagem eficaz na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Durante os estágios de natureza profissional, foi possível vivenciar o cuidado existente para com esta problemática, nomeadamente em relação à adoção de medidas de prevenção, como a higienização adequada das mãos, a utilização correta dos equipamentos de proteção individual (EPI), a assepsia nos procedimentos invasivos e da higienização do ambiente do doente e dos equipamentos.

Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (2024), cerca de 12,7% dos doentes internados em SMI na Europa durante mais de dois dias desenvolveram pelo menos uma IACS, frequentemente relacionada com microrganismos multirresistentes. Pereira (2020), constata que os SMI detêm taxas de infeção mais elevadas em comparação com outras especialidades, destacando-se os seguintes fatores que contribuem para esse aumento: características intrínsecas dos doentes (condição clínica, comorbilidades, extremos de idade e desnutrição), o elevado número de procedimentos e dispositivos invasivos; estados de imunossupressão prévia ou adquirida; e as características do ambiente em cuidados intensivos (estrutura organizacional e física e recursos humanos). As infeções mais comuns estão diretamente relacionadas com o plano terapêutico e com a necessidade de utilização de dispositivos e intervenções invasivos. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), a bacteriemia associada ao cateter venoso central, a infeção associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico representam mais de 80% do total de IACS.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021–2026) integra, como um dos seus pilares, as Práticas Seguras em Ambientes Seguros, tendo como objetivo a redução das IACS e da resistência aos antimicrobianos. Neste âmbito, foram desenvolvidos e divulgados feixes de intervenção, também designados por *bundles*, que consistem em conjuntos de práticas fundamentadas na evidência científica, que contribuem de forma significativa para a melhoria dos resultados clínicos, para o aumento da qualidade dos cuidados e para a diminuição da incidência de IACS, nomeadamente o da prevenção da infeção associada ao cateter venoso central, da prevenção da pneumonia associada à intubação, da prevenção da infeção do trato urinário associado a cateter e da prevenção de infeção do local cirúrgico.

A dinâmica do Serviço de Urgência impõe obstáculos críticos à gestão do isolamento, dada a carência de áreas físicas adequadas perante a elevada afluência de utentes. A necessidade de acomodar doentes com diversos graus de gravidade e diferentes estados infecciosos no mesmo espaço torna a separação de coortes um processo complexo. Tal cenário é particularmente desafiante na manutenção de barreiras físicas para doentes que requerem precauções adicionais, comprometendo a otimização dos circuitos de segurança. Porém, foi notória uma postura proativa e dinâmica na gestão do risco relativo à prevenção e controle de infeção, na medida em que foram implementadas medidas de higienização das mãos e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI's,) na colocação de cortinas de coorte entre doentes, na exposição

visível de placas de identificação do isolamento e na mobilização dos doentes para a área pré-definida para isolamentos.

Já em relação ao EC em cuidados intensivos, tendo em conta a tipologia de *open space* do SMI, houve necessidade de adotar estratégias para colmatar as dificuldades em criar barreiras de proteção de infeção dos doentes. Pude constatar que os enfermeiros abordam os doentes, sempre de forma preventiva com uso de EPI's com intuito de realizar um isolamento de proteção, assim como, cada unidade dispõe de material individual para cada pessoa com o objetivo de minimizar as infeções cruzadas. O serviço dispõe de vários pontos de lavagem das mãos, colocados em sítios estratégicos, bem como dispensadores de soluções antissépticas de base alcoólica em todas as unidades. Caso o doente se encontre em isolamento são colocadas umas fitas vermelhas coladas ao chão que determinam a área daquela unidade e têm o intuito de alertar acerca do isolamento. Caso a unidade esteja limpa, é também colocada uma faixa vermelha e branca, que alerta para o facto de a unidade estar limpa e pronta a receber um doente.

Durante o estágio em contexto de cuidados intensivos, foi possível vivenciar o cuidado existente para com esta problemática a nível da equipa multidisciplinar, sendo notável a preocupação constante e o juízo crítico existente por parte da equipa neste âmbito. Gostaria também de destacar, visto ter sido várias vezes alvo de reflexão com os meus enfermeiros supervisores, os cuidados a ter para prevenir a PAV, especificamente a elevação da cabeceira entre 30-45%, manter a pressão do *cuff* do tubo orotraqueal entre 20-30 cmH₂O, realizar a higiene oral uma vez por turno com antisséptico, realizar a troca dos filtros e do espaço morto, remoção da condensação dos circuitos respiratórios, evitando que o filtro se encontra acima do doente e a revisão diária da necessidade de sedação e ventilação mecânica (Pereira, 2020).

Para além da existência de protocolos nos serviços relativos ao manuseamento da roupa hospitalar, à Triagem, acondicionamento e encaminhamento de resíduos sólidos e notificação de microrganismos, cabe ao EEMC-PSC a responsabilidade de promover boas práticas de prevenção e controlo de infeção, garantindo inclusive a adesão por outros profissionais de saúde. Em termos práticos, assisti diversas vezes a preocupação dos Enfermeiros Supervisores em alocar os doentes com necessidade de isolamento nas áreas definidas em protocolo, o cuidado na confirmação dos agentes infecciosos diagnosticados através de rastreios microbiológicos e a colocação da devida sinalização de isolamento.

Conclusão

O Enfermeiro Especialista, para além de sustentar as competências basilares dos cuidados gerais, deve incorporar um corpo de conhecimentos diferenciado que fundamente a sua área de especialização. Na elaboração do presente relatório final de estágio, desenvolvido em contextos de serviço de urgência e cuidados intensivos, impõe-se uma análise das experiências formativas vivenciadas, as quais tiveram um contributo determinante para aquisição e consolidação das competências do EEMC-PSC. Na perspetiva de Benner et al. (2009), a prática clínica é o catalisador fundamental para a maturação das competências, uma vez que o conhecimento teórico, embora necessário, só atinge a sua plenitude através da experiência em situações concretas. Esta interação entre o saber e o fazer é particularmente crucial na enfermagem, onde a complexidade dos cenários exige uma capacidade de resposta e decisão fundamentada na evidência e na prática reflexiva.

O EC realizado nestes contextos propiciou diversas experiências profundamente enriquecedoras, tanto a nível profissional como pessoal. Foi possível vivenciar um ambiente complexo, desafiante e deveras diversificado, quer a nível da gravidade das situações clínicas quer a nível da variedade de patologias clínicas, permitiu desenvolver uma capacidade de adaptação aos diferentes contextos e consolidar conhecimentos sobre procedimentos técnicos e intervenções autónomas de Enfermagem na prestação de cuidados à PSC. Para além de terem sido aprimoradas competências técnicas e não técnicas inerentes ao cuidado à PSC, este percurso levou também à promoção da autoconsciência e empatia, desenvolvendo maior resiliência e gestão emocional perante situações de grande complexidade clínica, fortaleceu ainda os valores éticos, abriu portas ao crescimento pessoal e profissional contínuo, aspetos que contribuem também para a valorização e dignificação da enfermagem.

A ausência de experiência profissional prévia na prestação de cuidados à PSC, representaram desde o início um desafio acrescido, obrigando-me a sair da minha zona de conforto e a mobilizar, de forma intencional e continuada, todos os recursos disponíveis para integrar aprendizagens complexas em ambientes de elevada exigência. Esta condição inicial, revelou-se um fator potenciador do meu crescimento, ao exigir resiliência, capacidade de adaptação e abertura à aprendizagem contínua. Ao longo dos EC procurei sempre refletir quais

eram as minhas dificuldades para ganhar mais e melhores competências para que no futuro a minha prática seja melhorada e baseada naquilo que é a melhor evidência.

A investigação em enfermagem constitui o alicerce essencial para a evolução da profissão. Ao fundamentar a prática clínica na evidência mais recente, a investigação assegura a otimização dos resultados em saúde e a segurança do utente, permitindo que as intervenções de enfermagem sejam não só eficazes, mas também éticas e humanizadas. Posto isto, pretende-se que a realização da *scoping review* sobre práticas de enfermagem forense em contexto de serviços de saúde para a prestação de cuidados a vítimas de violência constituiu um contributo relevante para o aprofundamento do conhecimento científico nesta área.

A consecução deste relatório final configurou-se como um percurso de elevada exigência, que demandou uma rigorosa capacidade de organização e síntese. Este esforço foi fundamental para objetivar, de forma clara e estruturada, a pluralidade das atividades realizadas e a consolidação das competências desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico. A conformidade com as orientações académicas exigiu não só um domínio técnico-científico, mas também uma gestão estratégica do tempo perante a densidade dos desafios encontrados. Como resultado do empenho e da resiliência demonstrados ao longo de todo o percurso académico, as limitações encontradas foram convertidas em oportunidades de aprendizagem. Esta postura permitiu a elaboração de um relatório final robusto e devidamente fundamentado, evidenciando a plena consecução dos objetivos delineados, tanto no domínio da prática clínica especializada como na vertente da investigação e no desenvolvimento das competências do EEMC-PSC.

Em suma, este percurso formativo representou uma etapa singular de maturação pessoal e profissional, permitindo a consolidação de competências especializadas. Estas competências constituem agora o alicerce de uma práxis de enfermagem pautada pela reflexão crítica e pela evidência científica, direcionando o exercício clínico para patamares de excelência no cuidado à PSC.

Referências Bibliográficas

- Barreira, I. (2018). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstreams/31426b00-9499-48d1-bdd3-891789f394af/download>
- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, A. (2009) *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics*. (2ª edição). Springer Publishing Company.
- Branco J. (2021). Sépsis. Em Coimbra, N. (Cords.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 213-224). Lidel.
- Carneiro, J. (2020). Prefácios. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 13-14). Lidel.
- Chaica, V., Pontífice-Sousa, P. & Marques, R. (2020). Abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenação por membrana extracorporal: Scoping review. *Enfermeria Global*, 59, 522-533. <https://doi.org/10.6018/eglobal.395701>
- Chang V., Owens, R. & LaBuzetta, J. (2020). Impact of Sleep Deprivation in the Neurological Intensive Care Unit: A Narrative Review. *Neurocrit Care*, 32, 596–608. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00795-4>
- Costa, F. (2020). *Triagem de Manchester: intervenção dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2499>
- Costa, P. (2021). Abordagem Sistematizada do doente crítico. Em Coimbra, N. (Cords.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 53-59). Lidel.
- Cruz, R., Correia, N., Silva, R & Teixeira, B. (2020). Sono em Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Coords.) *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 117-121). Lidel.

- DellaVolpe, J. (2023). Introduction to ECMO Fundamentals. In *The ECMO book*. (pp.58-67). Elsevier Health Sciences.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 029/2012. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. <https://normas.dgs.minsaude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Ermida, F. (2018). *Via Verde Coronária no Coração de Portugal* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8400/1/6148_13173.pdf
- Ferro, M. D. (2024). *Intervenção do Enfermeiro na prevenção e controlo de infeção por Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA), no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/51298>
- Gandra, S. & Pinho, J. (2020). Medicina de catástrofe- a importância da Formação das Equipas de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 321-326). Lidel.
- Gomes, A. (2014). *Enfermagem forense (Vol. 1)*. Lidel.
- Gomes, J., Tinoco, C., Almeida, C., Ribeiro, L., & Queirós, C. (2023). Intervenções de enfermagem no serviço de urgência: Perspetivas dos enfermeiros. *Referência*, 6(2), 1-8, <https://doi.org/10.12707/RVI23.36.29896>
- Lopes, M. (2021). Modelos de Triagem em Situações de Catástrofe. Em Coimbra, N. (Cords.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 351-357). Lidel
- Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. Em Coimbra, N. (Cords.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3-12). Lidel.
- Marcelino, T., & Marques, R. (2024). A Inteligência Emocional na Liderança em Enfermagem. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coord), *Enfermagem Avançada* (pp. 253-256). Lidel.

- Marques, A. (2021). *Equipa de emergência médica intra-hospitalar: um projeto de criação e implementação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2591/1/Adriana_Marques.pdf
- Marques, S. & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. Em Coimbra, N. (Cords.), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 25-30). Lidel.
- Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F. & Morais, M. (2014). A tomada ética-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, 113-129. <https://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstreams/ea99715d-ec2b-4a98-beba-4e37b458ae6d/download>
- Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Cuidados de enfermagem forense: uma análise dos conhecimentos e práticas de enfermeiros portugueses. *Millenium*, 2(9), 149-160, <https://doi.org/10.29352/mill029e.25287>
- Moura, (2025). *A comunicação como pilar do cuidado à pessoa em situação crítica* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Ciência UCP <http://hdl.handle.net/10400.14/53802>
- Nunes, R. A. (2024). *Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em Serviços de Urgência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=148931&codigo=Oxn_mfbnB
- Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 361/2015. (2015, Junho 26). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República nº 123/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Circular Normativa N° CI-CD/2021/2*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22319/ci-cd-2021-2-orienta%C3%A7%C3%B5es-relativas-%C3%A0-aplica%C3%A7%C3%A3o-de-medidas-de-compensa%C3%A7.pdf>
- Paço, S. (2021). *Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/40041>
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Pereira, R. (2020). Prevenção e Controlo de Infeção. Em J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 321-326). Lidel
- Pinho, J. (2020). O Doente e a Família na Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 312-320). Lidel.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 161/96. (1996, Setembro 4). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Portugal, Despacho n.º 9639/2018. (2018, Outubro 15). *Saúde*. Diário da República, 2 (198), pp. 27533. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166#>
- Portugal, Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Acedido em https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Portugal, Lei 156/2015. (Setembro, 2016). *Código Deontológico do Enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde. (2002, Março 6). *Despacho Normativo nº11/2002*. Diário da República nº 55/2002. Acedido em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420#>

- Portugal, Ministério da Saúde. (2014). *Despacho nº10319/2014*. Diário da República, N.º 153/2014. Acedido em: <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015, Maio 27). *Despacho nº 5613/2015*. Diário da República nº102/2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Portugal, Regulamento nº 140/2019. (2019, Fevereiro 6). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2(26), pp. 4744 – 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195#>
- Portugal, Regulamento nº 429/2018. (2018, Julho 16). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Diário da República, 2(135), pp. 19359 – 19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617#>
- Rocha, E. (2020). Indicadores de Qualidade em Unidades de Cuidados Intensivos: Contributos para uma Otimização da Prática. Em J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 26-32). Lidel
- Rua, F. (2020). Cuidados Intensivos: do Passado ao Futuro. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 4-6). Lidel.
- Sá, F. L. F. (2020). *A Comunicação Terapêutica com a Família da Pessoa em Situação Crítica: Intervenção Especializada em Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/62348>
- Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”*. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>
- Silva, D. & Emídio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. In Nelson, C. *Enfermagem de Urgência e Emergência*. (pp. 423- 426). Lidel

Teixeira, A. & Vieira, F. (2020). O Perfil do Enfermeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos. In J. Pinho (Coord.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 21-24). Lidel.

Teixeira, I. (2022). *Abordagem ética na tomada de decisões na limitação do esforço terapêutico e diagnóstico nas Unidades de Cuidados Intensivos - Revisão Sistemática*. [Dissertação de Mestrado]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/12910>

PARTE II - Componente de Investigação

Resumo

Introdução: A Enfermagem tem vindo a evoluir face às exigências crescentes da sociedade, destacando-se a necessidade de atuação na interface entre a saúde e a justiça, particularmente em situações de violência. Neste contexto, a Enfermagem Forense assume um papel relevante, nomeadamente na identificação, colheita e preservação de vestígios e documentação de casos, contribuindo para a preservação de cadeia de custódia e para o processo judicial.

Objetivo: Identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as práticas de enfermagem forense no contexto de serviços de saúde, na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência, incluindo intervenções, procedimentos e orientações que sustentam a atuação dos enfermeiros nestas situações.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Incluíram-se estudos com pessoas adultas vítimas de violência em contexto dos diversos serviços de saúde. As bases científicas utilizadas foram: *PubMed*, *CINAHL*, *Web of Science*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e Google Académico.

Resultados: Foram incluídos nove artigos compreendidos entre 2000 e 2025. A maioria estudos qualitativos e revisões narrativas da literatura. Os dados extraídos foram objeto de uma síntese narrativa e estruturados numa tabela, facultando uma análise comparativa que evidenciou os domínios da prática forense, nomeadamente: avaliação clínica da pessoa vítima de violência; documentação e registos clínicos; recolha e preservação de vestígios forenses; prestação de cuidados e apoio à pessoa; encaminhamento da vítima; formação e desenvolvimento profissional; e implementação de protocolos.

Conclusão: A evidência sugere que a atuação dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa vítima de violência desempenha um papel insubstituível e fundamental, contudo os artigos incluídos sublinham a importância de um investimento nesta área através realização de formação especializada e da criação de protocolos e recursos institucionais.

Palavras-chave: Enfermagem Forense; Enfermeiro Forense; Práticas Clínicas; Protocolos; Guidelines

Abstract

Introduction: Nursing has been evolving in response to the growing demands of society, highlighting the need for action at the interface between health and justice, particularly in situations of violence. In this context, Forensic Nursing plays a relevant role, namely in the identification, collection, and preservation of evidence and case documentation, contributing to the maintenance of the chain of custody and to the judicial process.

Objective: To identify and map the available scientific evidence on forensic nursing practices in healthcare settings, in the provision of care to victims of violence, including interventions, procedures, and guidelines that support nurses' actions in these situations.

Methodology: A scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology. Studies involving adult victims of violence in various healthcare settings were included. The databases used were: PubMed, CINAHL, Web of Science, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and Google Scholar.

Results: Nine articles published between 2000 and 2025 were included. Most were qualitative studies and narrative literature reviews. The extracted data were synthesized narratively and organized into a table, allowing for comparative analysis that highlighted the domains of forensic practice, namely: clinical assessment of the victim; documentation and clinical records; collection and preservation of forensic evidence; provision of care and support; referral of the victim; training and professional development; and implementation of protocols.

Conclusion: The evidence suggests that nurses play an essential and irreplaceable role in providing care to victims of violence; however, the included studies emphasize the urgent need for investment in this area through specialized training and the development of protocols and institutional resources.

Keywords: Nurse Forensic; Sexual assault nurse examiner; SANE nurse; Clinical Protocols; Practice Guidelines; Recommendation; Standard

Introdução

A Enfermagem tem sido alvo de profundas transformações, impulsionadas pelo progresso científico e tecnológico, bem como pelas mudanças sociais e pelas novas necessidades da população. Com o aumento da criminalidade e a crescente complexidade dos casos de violência, emergiu a necessidade de existir profissionais de saúde capacitados para atuar na interface entre a saúde e a justiça (Dumarde et al., 2022). Ao longo dos últimos anos, os enfermeiros têm obtido um destaque significativo devido à sua posição privilegiada na prestação de cuidados de saúde às vítimas de violência, à sua capacidade de identificar sinais de abuso e trauma, e ao seu contributo fundamental na recolha e preservação de provas (Gomes, 2014).

Na década de 1980, assistiu-se ao desenvolvimento da Enfermagem Forense (EF), tendo esta tido a sua origem nos Estados Unidos da América. Em 1992, setenta enfermeiros reuniram-se para uma primeira convenção nacional, com o intuito de desenvolver e consolidar este papel especializado na Enfermagem, culminando na criação da *International Association of Forensic Nurses* (IAFN). O movimento para a criação da IAFN foi diretamente impulsionado pelo trabalho pioneiro da Enfermeira Norte-Americana Virginia Lynch.

Lynch & Duval (2010) definem Enfermagem Forense como a aplicação dos aspetos forenses da saúde, aliada à formação biopsicossocial e espiritual do enfermeiro, na investigação científica e no tratamento de vítimas e agressores, criminalidade e acidentes traumáticos, bem como de situações de morte. A EF incorpora um corpo específico de conhecimento, reforçando a capacidade de pensamento crítico e de qualificação profissional para a prática forense, em diversos ambientes de cuidados de saúde, de tribunal, de comunidade e de investigação forense.

O exercício da EF exige profissionais com capacidade para integrar e aplicar conhecimentos específicos na prática clínica, sendo o Enfermeiro Forense o elemento central deste processo. Este profissional adota uma abordagem especializada, implementando planos de cuidados que são pautados pelas exigências do sistema judicial e pela natureza do ato criminoso. A sua intervenção engloba a avaliação de múltiplos fatores, nomeadamente: a classificação legal do delito (intencional ou não intencional); o impacto do crime na vítima, no agressor, nos seus familiares e na comunidade; a presença de patologia psiquiátrica associada

a vítimas e agressores; e a identificação dos recursos e serviços de reabilitação disponíveis para as partes envolvidas (Lynch, 2014).

A EF atua na prestação de cuidados a pessoas envolvidas em situações de violência, sejam elas vítimas, suspeitos, agressores ou testemunhas. O Enfermeiro Forense é responsável por documentar, proteger e preservar os vestígios, bem como fornecer serviços de consultoria forense aos clientes e às entidades interdisciplinares da área da saúde e relacionadas com o sistema judicial. As competências de gestão e liderança do Enfermeiro demonstram-se cruciais, uma vez que este se encontra capacitado para desempenhar funções essenciais que incluem ser um cientista de Enfermagem Forense, um investigador, um formador, um administrador e um consultor (Lynch & Duvall, 2010; Lynch, 2014).

O impacto da atuação do Enfermeiro Forense na saúde pública e no sistema de justiça torna imperativo que a sua prática seja fundamentada em evidência científica sólida e atualizada, tornando-se fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados aos intervenientes em situações de violência e para garantir a validade da cadeia de custódia (Gomes, 2014).

Apesar do reconhecimento crescente do papel do enfermeiro na interface entre os sistemas de saúde e de justiça, a literatura evidencia que o ambiente do serviço de urgência ou no pré-hospitalar, marcado pela elevada pressão, escassez de recursos, prioridades clínicas concorrentes e limitações formativas, pode dificultar a aplicação consistente de boas práticas forenses. A ausência de uma síntese sistematizada da evidência disponível sobre como a literatura descreve esta prática e os fatores que a condicionam constitui uma lacuna de conhecimento, justificando a necessidade de mapear e analisar a produção científica existente através de uma *scoping review*. Este estudo tem como objetivo identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as práticas de enfermagem forense no contexto de serviços de saúde, na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência, incluindo intervenções, procedimentos e orientações que sustentam a atuação dos enfermeiros nestas situações.

De acordo com as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI), pelas quais são regidas a presente *scoping review*, a formulação explícita de uma questão de investigação é fundamental para orientar o processo de pesquisa, seleção e análise da evidência (Aromataris et al., 2024). Deste modo, foi definido como questão principal: “Que práticas da enfermagem forense são exigidas no contexto de serviços de saúde para a prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência?”.

1. Métodos

A revisão proposta será conduzida de acordo com a estrutura metodológica desenvolvida pelo JBI para *scoping reviews* e seguiu as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A presente *scoping review* encontra-se registada na *Open Science Framework* (<https://osf.io/3k74z>).

A formulação da questão de investigação foi estruturada com base na estratégia PCC (*Population, Concept, Context*), a qual permite delimitar de forma clara o âmbito do estudo e orientar o processo de busca e seleção da evidência.

População

Foram elegíveis todos os estudos que incluam pessoas adultas vítimas de violência. Deste modo, entende-se por pessoas vítimas de violência os indivíduos que tenham sofrido ou estejam em risco de sofrer danos de natureza física, psicológica ou emocional resultantes de situações de violência interpessoal, nomeadamente violência física, sexual ou psicológica, e que recorrem aos serviços de saúde para avaliação, tratamento ou acompanhamento (*World Health Organization*, 2002).

Conceito

Foram incluídos todos estudos que refiram protocolos, orientações, *guidelines* e normas correspondentes às práticas de enfermagem forense no cuidado à pessoa vítima de violência. Entendem-se por práticas profissionais o conjunto de ações, procedimentos e intervenções realizadas pelos profissionais no exercício da sua atividade, fundamentadas em conhecimento científico, princípios éticos e normas orientadoras da profissão (Brandão et al., 2019). Apesar de todos estes instrumentos contribuírem para a organização, qualidade e segurança dos cuidados prestados, apresentam objetivos e níveis de aplicação distintos. Os protocolos têm como objetivo a uniformização dos cuidados, uma vez que descrevem de forma estruturada as intervenções a implementar de acordo com uma situação clínica concreta, como por exemplo o Protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses no serviço de urgência (Grol et al., 2013; Gonçalves et al., 2024). As *guidelines* correspondem a orientações clínicas baseadas na melhor evidência científica disponível que visam fundamentar a tomada de decisão, como por exemplo as *guidelines* desenvolvidas pela *International Association of Forensic Nurses* (IAFN)

dos modelos *Sexual Assault Nurse Examiner* (SANE) e *Sexual Assault Forensic Examiner* (SAFE). As normas assumem um caráter regulador e institucional, que estabelecem princípios, critérios e requisitos para a prática profissional e, frequentemente redigidas por entidades profissionais, nomeadamente Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista nº429/2018 e Estatuto da Vítima- Lei nº130/2015 (*World Health Organization*, 2014).

Contexto

Foram incluídos estudos que decorreram em serviços de saúde, tais como unidades hospitalares, serviços de urgência, serviços pré-hospitalares e cuidados de saúde primários.

Tipo de fontes

Foram elegíveis para análise todos os estudos primários, do tipo quantitativo ou qualitativo, bem como revisões sistemáticas. Relativamente aos estudos quantitativos, estes incluirão estudos experimentais, como ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos quase-experimentais e estudos observacionais prospectivos e retrospectivos. Os estudos qualitativos elegíveis são os que utilizam dados qualitativos, como estudos fenomenológicos, teoria fundamentada (*grounded theory*) e desenhos etnográficos. Em relação às Revisões sistemáticas, incluíram-se revisões com ou sem meta-análise ou meta-síntese, revisões sistemáticas abrangentes ou revisões de métodos mistos também serão consideradas.

Foram incluídos apenas estudos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, e não foi definida uma restrição de limite temporal.

Estratégia de pesquisa

De acordo com as recomendações do JBI, a estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas. Primeiramente, foi efetuada uma pesquisa exploratória inicial nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e CINAHL, e desta forma analisar os títulos e resumos dos estudos pertinentes, com o objetivo de identificar descritores controlados e palavras-chave relevantes para a temática em questão.

A segunda etapa consistiu na execução de uma pesquisa estruturada em diversas bases de dados, nomeadamente *PubMed*, *CINAHL*, *Web of Science*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e Google Académico. A estratégia de

busca, composta por descritores controlados (*MeSH*) e palavras-chave relacionados com os elementos da mnemónica PCC, foi inicialmente desenvolvida e testada, sendo posteriormente ajustada e replicada nas restantes bases para respeitar as especificidades e linguagens de indexação de cada uma (**Apêndice 2**). Na combinação dos termos, recorreram-se aos operadores booleanos AND e OR para maximizar a recuperação de literatura relevante.

Por fim, na terceira etapa foi executada uma análise das listas de referências dos estudos incluídos, visando a identificação de literatura adicional relevante para a presente *scoping review*.

Seleção de estudos

Após o término da pesquisa, todos os artigos obtidos nas distintas bases de dados foram extraídos para o aplicativo *Rayyan*. Esta ferramenta de triagem automatizada, desenvolvida pelo *Qatar Computing Research Institute*, foi selecionada por permitir a otimização do processo de triagem e garantir o rigor metodológico, tendo-se vindo a destacar na literatura pela sua eficácia em comparação com as outras plataformas de apoio a revisões (Valizadeh et al., 2022). No *Rayyan*, procedeu-se à remoção sistemática de artigos duplicados, seguida de triagem e seleção dos estudos através da análise de títulos e resumos, em conformidade com a questão de investigação definida. O processo de seleção foi realizado de forma independente por dois revisores, com o objetivo de aumentar a fiabilidade do processo de seleção e reduzir o risco de viés. Não se verificaram discordâncias entre os revisores, não tendo sido necessário recorrer a um terceiro elemento para tomada de decisão.

Findo o processo de triagem através da análise de títulos e resumos dos artigos, foram eliminados os artigos sem acesso a *full-text* e selecionados os estudos tendo em conta os critérios para serem incluídos na revisão. Por fim, os resultados foram agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa para dar resposta à questão de investigação.

Extração dos dados

A extração de dados foi realizada de forma sistemática, após a seleção final dos estudos incluídos, recorrendo a um instrumento previamente definido pelos revisores. Foram extraídas informações relativas ao ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivo, população e especificidades clínicas, contexto de aplicação, resultados e principais conclusões. Adicionalmente, foram recolhidos dados relativos ao tipo de instrumento identificado (práticas,

protocolos, orientações, *guidelines* ou normas), bem como as intervenções de enfermagem forense descritas na prestação de cuidados à pessoa vítima de violência, incluindo procedimentos, recomendações e estratégias de atuação. Os estudos excluídos após leitura integral foram registrados, sendo igualmente descritos os respectivos motivos de exclusão.

2. Resultados

A pesquisa realizada resultou na identificação de 663 artigos, sendo que destes, 183 foram removidos por se encontrarem duplicados e, posteriormente, foram analisados 480 artigos através da leitura do título e resumo. Transitaram para a fase seguinte 28 artigos, dos quais 10 foram excluídos por não apresentarem texto completo. Foram selecionados 18 artigos e avaliados pelos critérios de inclusão, entre os quais se excluíram 5 pelo conceito, ou seja, não abordaram protocolos, normas ou orientações para a prática da enfermagem forense relativa à prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência, e 4 artigos encontravam-se fora do contexto de serviços de saúde ou não especificavam de forma clara o local de aplicação das práticas ou orientações descritas, não sendo possível confirmar a sua implementação em serviços de saúde. Por conseguinte, incluíram-se 9 artigos que respondiam à questão de pesquisa, tendo em conta os critérios de inclusão. De seguida, na Figura 1, encontra-se a síntese dos resultados da pesquisa e seleção de artigos.

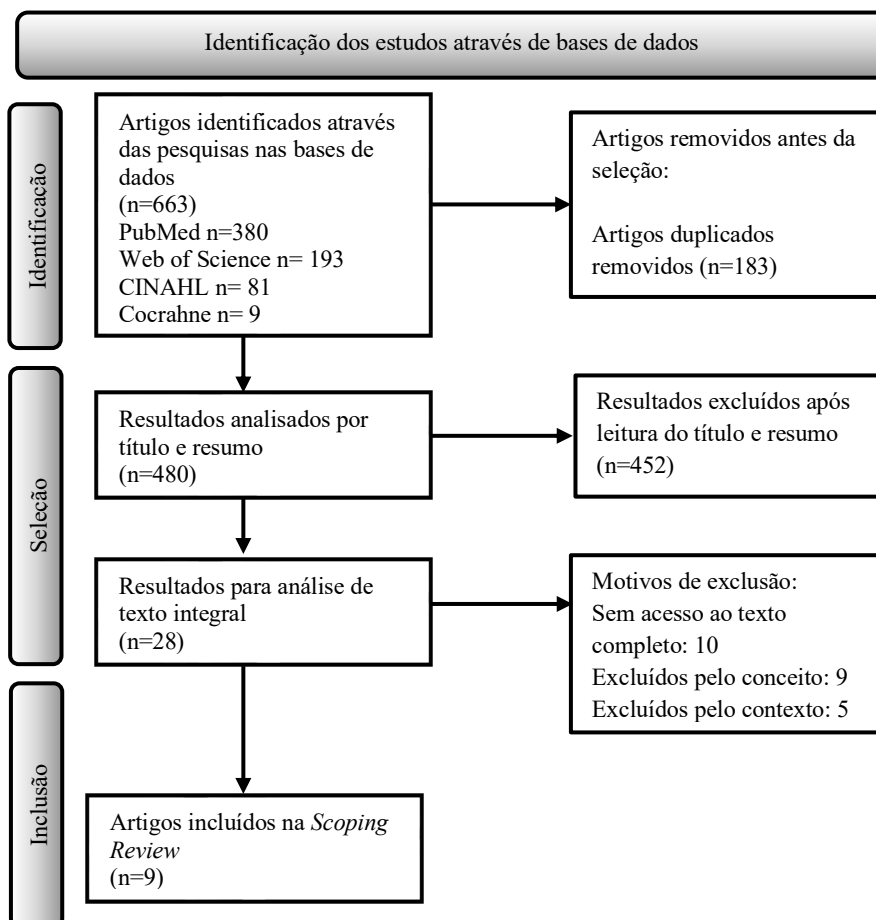


Figura 1- Fluxograma do PRISMA – ScR 2020 (Page et al., 2021)

2.1. Características dos estudos incluídos

Relativamente à data de publicação dos artigos, estes encontram-se entre 2000 e 2025, e são provenientes de cinco países diferentes, sendo desenvolvidos predominantemente nos EUA (ENA & IAFN, 2017; Houmes et al., 2003; Derhammer et al., 2000; Yang et al., 2025), seguindo-se de estudos desenvolvidos no Brasil (Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025), Porto Rico (Méndez et al., 2013), Reino Unido (Peel, 2016) e China (Taylor, 2002).

Quanto ao tipo de estudo, identificaram-se diferentes tipos de evidência, incluindo estudos qualitativos, um estudo quantitativo, estudos descritivos, revisões narrativas da literatura, *scoping review*, documentos de orientação (*position statements*) e estudos de desenvolvimento de protocolos, refletindo a diversidade de abordagens utilizadas na literatura para abordar a prática de enfermagem forense no cuidado a pessoas vítimas de violência.

Em relação ao contexto de realização dos estudos, verificou-se que todos foram desenvolvidos em contextos de prestação de cuidados de saúde, maioritariamente em serviços de urgência ou emergência e apenas um em pré-hospitalar (Yang et al., 2025). Estes contextos surgem frequentemente descritos na literatura como locais privilegiados para a identificação e abordagem de pessoas vítimas de violência, uma vez que constituem, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto destas pessoas com o sistema de saúde (Rosado et al, 2025).

De seguida, apresenta-se na Tabela 1 uma síntese das características dos estudos incluídos.

Tabela 1- Características dos estudos incluídos

Autor(es), Ano e País de Publicação	Métodos e Objetivos	População em estudo	Contexto	Resultados/Contributos para a questão da <i>Scoping Review</i>
<i>Emergency Nurses Association & International Association of Forensic Nurses</i> , 2017 Estados Unidos da América	Artigo de tomada de posição. -Apresentar recomendações para o cuidado de adultos e adolescentes vítimas de agressão sexual em contexto de emergência.	Adultos e adolescentes vítimas de violência sexual	Serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar que as vítimas disponham de um ambiente privado e protegido desde o momento da admissão no serviço de emergência; - Implementar uma prática clínica fundamentada nos princípios do cuidado informado pelo trauma (<i>Trauma-Informed Care</i>); - Providenciar medicação profilática para IST e contraceção de emergência, seguindo normas internacionais; - Colheita de provas e documentação de lesões por enfermeiros com formação específica, garantindo o cumprimento dos protocolos

				jurisdicionais e a integridade da cadeia de custódia; - Coordenação multidisciplinar para garantir que a vítima tenha acompanhamento após a alta, minimizando o trauma a longo prazo.
Peel, M. 2016 Reino Unido	Revisão narrativa da literatura. -Descrever os princípios da enfermagem forense e orientar a prática dos enfermeiros de urgência na recolha e preservação de vestígios em situações de violência.	Vítimas de violência	Serviço de emergência	-Evidencia o papel dos enfermeiros de emergência na identificação, recolha e preservação de vestígios forenses em vítimas de violência, destacando a recolha e preservação de vestuário e objetos da vítima; utilização de kits de recolha precoce de vestígios; colheita de amostras biológicas (enxaguamento bucal, urina); preservação de produtos higiénicos e materiais utilizados nos cuidados; etiquetagem adequada e manutenção da cadeia de custódia; registo de dados do kit (lote e validade); prestação de cuidados com respeito pela dignidade da vítima.
Houmes et al. 2003 Estados Unidos da América	Revisão narrativa da literatura -Descrever o processo de implementação de um programa SANE num serviço de urgência	Vítimas de agressão sexual	Serviço de urgência	- Os exames forenses de agressão sexual devem atingir os seguintes objetivos: o tratamento e a documentação de lesões, o diagnóstico e a prevenção da gravidez, o tratamento e a profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis, a intervenção em crise e o aconselhamento, e a colheita adequada de evidência médico-legal. - A implementação de programas SANE otimiza a garantia de qualidade e a custo-eficiência dos serviços de urgência, promovendo uma resposta articulada (médica, psicológica e forense) adaptável a diferentes contextos hospitalares.
Taylor, W. 2002 Hong Kong	Revisão narrativa da literatura -Avaliar o contributo do modelo SANE na integridade da cadeia de custódia e no suporte à vítima de agressão sexual.	Vítimas de agressão sexual	Serviço de urgência	- Realização de exame forense; recolha sistemática de vestígios utilizando protocolos padronizados; preservação de evidência e manutenção da cadeia de custódia; documentação rigorosa das lesões; prestação de cuidados clínicos especializados; atuação de enfermeiros com formação específica (SANE) na melhoria da qualidade da evidência e dos cuidados prestados
Citolin et al., 2024 Brasil	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.	21 enfermeiros que atuam no atendimento a	Serviço de emergência	- Realização do exame físico com consentimento e na presença de dois profissionais; articulação com o instituto médico-legal para colheita de vestígios; administração de tratamentos

	-Analisar a atuação dos enfermeiros no reconhecimento, identificação e preservação de vestígios	peessoas vítimas de violência		profiláticos; encaminhamento para serviços especializados (psicologia, serviço social, ginecologia). - Ações do enfermeiro forense: atendimento às vítimas, proporcionando confidencialidade e segurança; entrevista e exame físico; auxílio na correta identificação; colheita e preservação de vestígios forenses.
Méndez et al., 2013 Porto Rico	Estudo descritivo (desenvolvimento de protocolo) -Desenvolver um protocolo para a gestão de vítimas de violência sexual e desenvolver padrões de cuidados para examinadores de agressão sexual e definir políticas e procedimentos para a implementação e avaliação de um programa SANE.	Adultos e adolescentes vítimas de violência sexual	Serviço de emergência	- Implementação de um protocolo que se centra numa abordagem multidisciplinar; cuidados centrados na vítima; notificação às autoridades; utilização de equipamentos e materiais específicos para exame forense; consideração do tempo na recolha de vestígios; documentação clínica e forense padronizada; documentação fotográfica; preparação para contexto legal (testemunho em tribunal); realização de exames forenses específicos (colheitas biológicas, avaliação de lesões, utilização de luz alternativa e colposcopia).
Derhammer et al., 2000 Estados Unidos da América	Estudo quantitativo, quase-experimental. -Descrever a utilização de uma abordagem interdisciplinar baseada no modelo SANE na prestação de cuidados a vítimas de agressão sexual	Vítimas de agressão sexual	Serviço de urgência	- Avaliação clínica da vítima; recolha e preservação de evidência forense; documentação rigorosa das lesões; prestação de apoio emocional; encaminhamento para serviços de apoio; colaboração interdisciplinar com profissionais de saúde, polícia e sistema judicial;
Rosado et al., 2025 Brasil	<i>Scoping Review</i> -Mapear as práticas forenses desempenhadas por enfermeiros em unidades de urgência e emergência no atendimento a vítimas de violência.	Pessoas em situação de violência	Serviço de urgência e emergência	- Recursos utilizados na identificação da violência: acolhimento, anamnese, exame físico, observação de sinais subjetivos, protocolos institucionais, ambiente seguro e isolado; -Intervenções: planear o cuidado, escuta ativa, colheita e preservação de evidências, orientação para procedimentos profiláticos, atendimento prioritário, acompanhamento social e psicológico, notificação, documentação, educação;

				- Encaminhamento das pessoas em situação de violência; - Denúncia e notificação dos casos de violência
Yang et al., 2025 Estados Unidos da América	Artigo de tomada de posição. -Orientar instituições e profissionais de serviços de emergência médica na gestão centrada na pessoa vítima de agressão sexual	Vítimas de agressão sexual	Serviço de emergência médica pré-hospitalar	- Recomenda a adoção de cuidados informados pelo trauma; avaliação de lesões físicas graves associadas à agressão sexual; conhecimento de orientações forenses gerais e regulamentação específica aplicável ao contexto pré-hospitalar; articulação com organizações de SANE; transporte preferencial para unidades com recursos forenses; documentação completa, precisa e culturalmente competente; preservação de vestígios e formação em recolha de evidência no contexto pré-hospitalar.

Da análise dos estudos emergiram diversas práticas de enfermagem forense, que podem ser organizadas em diferentes áreas de intervenção, evidenciando a complexidade e abrangência do papel do enfermeiro na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência. A sistematização destas intervenções foi organizada nos seguintes eixos de atuação: Avaliação clínica da pessoa vítima de violência; Documentação e registos clínicos; Recolha e preservação de vestígios forenses; Prestação de cuidados e apoio à pessoa vítima de violência; Encaminhamento da vítima; Formação e desenvolvimento profissional; e Implementação de protocolos.

Avaliação clínica da pessoa vítima de violência

A avaliação clínica da pessoa vítima de violência constitui uma das práticas centrais da enfermagem forense, sendo amplamente destacada em vários estudos incluídos. Destaca-se a necessidade de promover um ambiente privado e seguro e integrar uma abordagem centrada na pessoa, nomeadamente através da utilização do cuidado informado pelo trauma, promovendo a segurança, o respeito e a confidencialidade durante o processo de avaliação clínica da pessoa (Méndez et al., 2013; ENA & IAFN, 2017; Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

Esta avaliação clínica fundamenta-se na articulação entre uma anamnese detalhada e um exame físico sistemático, integrando a vertente assistencial com o rigor pericial necessário à prática forense. O processo inicia-se com a condução de uma entrevista forense e a recolha do historial de saúde, centrando-se na etiologia e cronologia das lesões, onde o enfermeiro deve manter uma observação vigilante sobre sinais subjetivos, incluindo o estado emocional da

vítima e a dinâmica estabelecida com os seus acompanhantes (Taylor, 2002; Rosado et al., 2025). No que concerne ao exame físico, é preconizada uma inspeção céfalo-caudal exaustiva, priorizando-se o rastreio de lesões de elevada gravidade ou com risco de vida iminente (Yang et al., 2025). Complementarmente, e sempre que o estado clínico o permita, procede-se a uma inspeção genital detalhada, recorrendo frequentemente a instrumentação especializada para maximizar a eficácia diagnóstica. Neste contexto, destaca-se a utilização do colposcópio, essencial para a identificação de microtraumatismos e lacerações nas mucosas impercetíveis a olho nu, e o uso da Lâmpada de *Wood*, cuja luz ultravioleta permite detetar a presença de fluidos biológicos, como sémen ou saliva (Derhammer et al., 2000; Houmes et al., 2003; Peel, 2016).

Documentação e registos clínicos

A documentação clínica constitui uma prática fundamental da enfermagem forense, sendo amplamente reconhecida como um elemento essencial para a qualidade dos cuidados e para a sua relevância em contexto legal. Os estudos incluídos destacam a importância de registos detalhados, objetivos e precisos das lesões, bem como da informação recolhida durante a avaliação da pessoa vítima de violência, devendo ser utilizada a linguagem própria da pessoa e o registo fotográfico das lesões (Derhammer, 2000; Taylor, 2002; Houmes et al., 2003; Peel, 2016; ENA & IAFN, 2017).

A documentação deve ser realizada de forma sistemática e de acordo com protocolos e orientações institucionais, garantindo a sua consistência e validade enquanto potencial evidência em processos judiciais (Méndez, 2013). A literatura evidencia ainda que a qualidade da documentação está diretamente associada à formação e experiência dos profissionais, sendo que enfermeiros com formação específica, nomeadamente no âmbito dos programas SANE, apresentam maior rigor e precisão nos registos realizados (Taylor, 2002). Para além da sua relevância legal, a documentação clínica desempenha um papel crucial na continuidade dos cuidados, permitindo a comunicação eficaz entre profissionais e a adequada monitorização da situação da pessoa vítima de violência (Rosado, 2025; Yang et al., 2025).

Recolha e preservação de vestígios forenses

A recolha e preservação de vestígios forenses assume um papel preponderante na interface entre os cuidados de saúde e o sistema de justiça, sendo a preservação adequada dos vestígios e a manutenção da cadeia de custódia fundamentais para garantir a integridade e validade da prova em contexto judicial (ENA & IAFN, 2017).

Os estudos incluídos evidenciam que esta prática envolve a utilização de procedimentos específicos e padronizados, nomeadamente através da aplicação de kits de evidência forense e do cumprimento rigoroso de protocolos institucionais e legais (Derhammer, 2000; Taylor, 2002; Houmes et al., 2003).

Neste contexto, o processo de colheita abrange uma pluralidade de amostras biológicas (sangue, fluidos seminais, saliva, urina, entre outros) e de evidências materiais (vestuário, fragmentos de vidro, projéteis ou resíduos de pólvora) (Rosado et al., 2025). Para mitigar o risco de degradação ou perda destes elementos, os protocolos exigem a implementação imediata de medidas preventivas junto da vítima, nomeadamente restrição de higiene pessoal (não tomar banho ou lavar as mãos), alimentação, tabagismo ou troca de vestuário antes da realização do exame pericial (Taylor, 2002; Peel, 2016; Yang et al., 2025).

No que concerne ao manuseamento de evidências, o vestuário deve ser obrigatoriamente acondicionado em sacos de papel, evitando o uso de plástico para evitar a retenção de humidade e a consequente degradação do material orgânico e do ADN. Em situações que exijam o corte de roupas, os profissionais devem adotar uma técnica de preservação das provas que consiste em cortar ao redor de orifícios de entrada e evitando a manipulação de nós. Esta precaução estende-se também à proteção de resíduos de disparo em ferimentos por arma de fogo, através da colocação de sacos de papel nas mãos da pessoa, garantindo que estas permanecem secas e sem contaminação (Peel, 2016; Yang et al., 2025).

Prestação de cuidados e apoio à vítima

A prestação de cuidados clínicos e o apoio à pessoa vítima de violência integram intervenções dirigidas à estabilização clínica, tratamento de lesões e promoção do bem-estar físico e psicológico (Derhammer et al., 2000; Peel, 2016; Citolin et al., 2024). Os estudos incluídos evidenciam a necessidade de prestação de cuidados imediatos, adequados e baseados em evidência, incluindo a avaliação e tratamento de lesões traumáticas, bem como a administração de profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis e contraceção de emergência, quando aplicável (Houmes et al., 2003; ENA & IAFN, 2017; Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025).

Os estudos salientam ainda o papel do enfermeiro no acolhimento da vítima, na escuta ativa e no suporte emocional, contribuindo para a construção de uma relação terapêutica de confiança (Derhammer et al., 2000). Adicionalmente, a articulação entre cuidados clínicos e necessidades psicossociais é fundamental para uma abordagem holística da pessoa vítima de

violência, assegurando a continuidade dos cuidados e o encaminhamento adequado (Méndez, 2013).

Encaminhamento da vítima

O encaminhamento da pessoa vítima de violência assegura a continuidade dos cuidados e a resposta adequada às necessidades clínicas, psicológicas, sociais e legais. Deste modo, os estudos incluídos evidenciam o papel do enfermeiro na referência da vítima para serviços especializados, nomeadamente para serviços que prestam apoio psicológico, apoio social, acompanhamento médico diferenciado e acompanhamento das entidades legais (Derhammer, 2000; Rosado et al., 2025).

A articulação com equipas multidisciplinares e com redes de apoio comunitário é descrita como fundamental para garantir uma abordagem integrada e centrada na pessoa, promovendo a recuperação e reduzindo o impacto da violência a curto e longo prazo. Para além disso, os estudos destacam a importância de informar a vítima sobre as opções disponíveis, respeitando a sua autonomia e promovendo a tomada de decisão informada (Méndez, 2013; ENA & IAFN, 2017).

A existência de protocolos institucionais e de fluxogramas de referência bem definidos contribui para a eficácia deste processo, facilitando o acesso a cuidados especializados e assegurando a continuidade do acompanhamento. Em contexto pré-hospitalar, a vítima deve ser encaminhada para hospitais que tenham programas de avaliação forense (como é o caso do SANE) ou centros de trauma, se existirem lesões de alta gravidade (Yang et al., 2025).

Formação e desenvolvimento profissional

A literatura destaca a necessidade de formação contínua em áreas específicas, como a avaliação da vítima, a recolha e preservação de vestígios, a documentação clínica e o enquadramento legal associado às situações de violência. A ausência de formação adequada pode comprometer a identificação de casos de violência, a qualidade da evidência recolhida e a segurança dos cuidados prestados. Neste contexto, a formação especializada, nomeadamente através de programas como os SANE, é apontada como uma estratégia eficaz para melhorar a competência técnica e a qualidade da intervenção dos profissionais (Taylor, 2002; ENA & IAFN, 2017; Citolin et al., 2025; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

Méndez (2013), destaca a importância na participação em atividades de formação contínua e investigação, promovendo a atualização de conhecimentos e a melhoria das práticas.

Implementação de protocolos

A existência de protocolos e orientações baseados em evidência, definem de forma clara os procedimentos a adotar, bem como os papéis e responsabilidades dos profissionais envolvidos (Méndez, 2013; ENA & IAFN, 2017). A utilização de protocolos institucionais permite assegurar a consistência da prática, reduzir a variabilidade na prestação de cuidados e promover a segurança da pessoa vítima de violência. Adicionalmente, destaca-se a relevância da implementação de modelos organizacionais estruturados, como os programas SANE, que têm demonstrado melhorias na qualidade dos cuidados, na documentação clínica e na recolha de evidência forense (ENA & IAFN, 2017; Derhammer, 2000). Os estudos referem ainda a necessidade de articulação entre diferentes serviços e níveis de cuidados, bem como a ação dos recursos disponíveis às exigências da prática forense (Yang et al., 2025).

3. Discussão

Os resultados decorrentes da presente *scoping review* evidenciam que a prática de enfermagem forense no contexto dos serviços de saúde assume uma natureza complexa e multidimensional, refletindo uma abordagem centrada na pessoa vítima de violência, nomeadamente a nível da avaliação, documentação, recolha de vestígios, prestação de cuidados e encaminhamento, reforçando o papel fundamental do enfermeiro na interface entre o sistema de saúde e o sistema legal.

Os serviços de urgência assumem-se, frequentemente, como o primeiro local de contacto das pessoas vítimas de violência com as unidades de saúde, facto evidenciado em cinco dos estudos incluídos (Houmes et al., 2003; Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

Importa salientar que, embora a questão de investigação tenha sido construída com o intuito de abranger os diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, os estudos incluídos incidiram predominantemente sobre os contextos de serviço de urgência e pré-hospitalar. Esta predominância evidencia uma tendência, que pode ser explicada pela natureza aguda das situações de violência, que frequentemente exigem intervenções imediatas. Contudo, esta constatação pode-se apresentar como uma limitação no cuidado à pessoa vítima de violência e torna-se pertinente o desenvolvimento de investigação desta área de atuação noutros contextos de saúde. Particularmente, a nível dos cuidados de saúde primários pois estes caracterizam-se como um meio de proximidade com a população, permitindo uma maior continuidade de cuidados e o estabelecimento de relações terapêuticas mais próximas e de longa duração com a população, o que pode facilitar a identificação de situações de violência, muitas vezes ocultas (Aljomaie et al., 2022).

O enfermeiro constitui-se, frequentemente, como o primeiro profissional a estabelecer contacto com a vítima. Nesta fase, a avaliação clínica da pessoa vítima de violência revela-se como uma prática fundamental da enfermagem forense, essencial para a identificação da situação de violência, definição do plano de cuidados e recolha e conservação de vestígios forenses (Derhammer et al., 2000; Houmes et al., 2003; Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025). A primeira etapa deste processo corresponde à abordagem inicial da vítima, que inclui a realização de uma avaliação sistemática, nomeadamente através de um exame físico completo

com orientação céfalo-caudal, a identificação de antecedentes pessoais e a recolha da história clínica e de outra documentação relevante (Gomes, 2014). A literatura evidencia que, embora no contexto pré-hospitalar a avaliação deva ser muito breve e focada prioritariamente no despiste de lesões com risco de vida (como sinais de estrangulamento), no ambiente hospitalar esta prática traduz-se numa anamnese exaustiva e na observação atenta de sinais subjetivos e comportamentais da vítima (Taylor, 2002; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

Relativamente à avaliação clínica da pessoa vítima de violência, torna-se fundamental a adoção de uma abordagem baseada no cuidado informado pelo trauma (*Trauma-Informed Care*), que consiste numa abordagem baseada na evidência, centrada na pessoa que visa garantir a segurança emocional e psicológica da vítima e prevenir a revitimização durante a prestação de cuidados (ENA & IAFN, 2017; Yang et al., 2025). Esta abordagem reconhece a influência das experiências traumáticas nos comportamentos e respostas da pessoa, orientando a atuação dos profissionais para uma prática baseada na empatia, no respeito, na escuta ativa, integrando estratégias como a validação da experiência da vítima e o respeito pela sua autonomia. A possibilidade de presença de uma pessoa de apoio e a utilização de linguagem adequada às preferências da vítima constituem igualmente práticas relevantes (Reeves, 2015).

Segundo a DGS (2016), o exame físico deve ser realizado de forma sistemática e rigorosa, garantindo sempre um espaço nutrido de privacidade, conforto e segurança para a vítima. Este procedimento deve ser previamente preparado, assegurando a disponibilidade de todo o material necessário de modo a evitar interrupções. Recomenda-se a presença de dois profissionais de saúde durante o exame, de forma a promover o bem-estar da vítima e assegurar a qualidade e segurança do procedimento. Sempre que possível, pode ser permitida a presença de uma pessoa de confiança da vítima, desde que não comprometa a realização do exame.

Durante o exame, deve ser assegurado um posicionamento adequado e confortável, minimizando a exposição corporal, e realizada uma inspeção visual cuidadosa das áreas afetadas. O exame deve ser conduzido de forma sequencial, evitando repetições desnecessárias, e pode incluir a realização de fotodocumentação e a recolha de vestígios biológicos, garantindo o cumprimento das normas de preservação da evidência (DGS, 2016). No que diz respeito à recolha de vestígios físicos e biológicos presentes na roupa e/ou no corpo da vítima (sêmen, saliva, sangue, células epiteliais, cabelos, pelos ou outros materiais), o profissional de saúde deve assegurar a sua adequada recolha, preservação, armazenamento e transporte, de acordo com os procedimentos estabelecidos (Houmes et al., 2003; Rosado et al., 2025; Yang et al.,

2025). Estes vestígios assumem particular relevância em contexto judicial, uma vez que constituem prova do contacto físico entre a vítima e o alegado agressor.

Após a recolha, o profissional deve preencher o Formulário de Registo Clínico de Violência e o Formulário de Cadeia de Custódia, assegurando a rastreabilidade dos vestígios e a validação dos achados para efeitos legais. Os materiais recolhidos devem ser mantidos em segurança nos serviços de saúde até à sua solicitação pelas autoridades competentes (DGS, 2016). Apesar da importância destas práticas, Citolin et al. (2024), alerta que em diversos serviços de urgência, não existem materiais adequados nem protocolos que orientem o enfermeiro para a recolha dos vestígios forenses. Em muitas instituições, esta função acaba por ser delegada inteiramente para equipas especializadas do Instituto de Medicina Legal.

A preservação de vestígios forenses exige o acondicionamento adequado dos materiais, devendo o vestuário da vítima e lençóis que a mesma tenha contactado, colocados em sacos de papel. Quando necessário, o corte de roupas deve ser realizado com cuidado, preservando áreas relevantes como perfurações, manchas ou rasgões, e evitando danificar provas importantes. No âmbito das técnicas de recolha de vestígios, podem ser utilizados instrumentos como a lâmpada de *Wood* para deteção de fluidos biológicos, bem como o azul de toluidina para identificação de lesões microscópicas (Houmes et al., 2003; Peel, 2016; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025). Relativamente aos cuidados com a vítima, esta deve ser informada a não realizar determinadas atividades, tais como tomar banho, lavar as mãos, escovar os dentes ou ingerir alimentos, até à realização do exame forense. Em situações específicas, como ferimentos por arma de fogo, podem ser adotadas medidas adicionais para preservar vestígios, como a proteção das mãos utilizando um saco de papel (Gomes, 2014; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

A documentação e os registos em enfermagem forense emergem como um elemento estruturante da prática, não só a nível dos cuidados para a pessoa vítima de violência como também a proteção dos seus direitos legais e humanos, podendo servir como uma prova legal e auxiliar na reconstrução e investigação de acidentes ou crimes (Houmes et al., 2003; Gomes, 2014). Os registos devem espelhar a informação objetiva recolhida e os comentários da vítima e não devem incluir opiniões ou observações pessoais, refletindo o percurso da pessoa desde o início da abordagem até ao momento da alta. Devem ainda, refletir o estado físico e emocional da vítima, os cuidados prestados, os resultados das intervenções realizadas e aspetos importantes referentes à recolha e preservação de vestígios forenses (Gomes, 2014). As lesões que a vítima apresenta, constituem-se como uma fundamental evidência forense, devendo ser

documentadas antes de serem intervencionadas, caso não ponham em risco a vida da pessoa vítima de violência (Peel, 2016).

A documentação fotográfica revela-se como um procedimento de grande importância, pois permite o registo visual das lesões ou da ausência das mesmas. Derhammer et al. (2000) refere que para a avaliação genital, a utilização de um colposcópio com capacidade fotográfica ou de vídeo é considerada a melhor técnica de documentação.

No âmbito do presente estudo, verificou-se uma lacuna significativa no domínio da formação e capacitação para a prática de enfermagem forense, sendo esta uma problemática corroborada transversalmente por diversos estudos analisados (Derhammer et al., 2000; Taylor, 2002; Houmes et al., 2003; Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025). A evidência demonstra inequivocamente que profissionais com formação especializada em enfermagem forense exibem uma eficácia significativamente superior na execução do exame físico, na colheita rigorosa de vestígios e na preservação da cadeia de custódia. Tal limitação pode culminar em omissões que comprometem a integridade do exame forense e a subsequente diminuição da qualidade das provas médico-legais (Citolin et al., 2024; Rosado et al., 2025; Yang et al., 2025).

Com o objetivo de colmatar as limitações acima descritas, Derhammer et al. (2000), Houmes et al. (2003), Taylor (2002), Méndez et al., 2013 e Yang et al. (2025), defendem que os programas SANE configuram-se como modelos de atendimento especializado que integram cuidados médicos, psicológicos e forenses de elevada diferenciação. A literatura sublinha que o sucesso deste modelo reside na capacitação dos enfermeiros, através da formação teórica e prática em áreas específicas da Enfermagem Forense. A eficácia deste programa é potenciada pela sua integração em Equipas de Resposta a Agressões Sexuais (SART), promovendo uma articulação multidisciplinar entre a saúde, as forças de segurança e o sistema judicial. Esta abordagem coordenada revela benefícios multidimensionais a nível clínico, psicológico, pericial e judicial.

Segundo Kelishami et al. (2020), a presença de profissionais especializados atua como um elemento catalisador para a segurança da pessoa vítima de violência e para a eficiência do sistema judicial, uma vez que a precisão na documentação e a preservação rigorosa da cadeia de custódia elevam a fidedignidade da prova pericial. Não obstante, Gomes (2014) refere que o enfermeiro forense deve capacitar-se para interligar o campo da saúde com a área judicial e para oferecer informação relativa à saúde dos indivíduos.

Para além das lacunas ao nível da formação, emergem igualmente barreiras de natureza estrutural e organizacional que comprometem a implementação eficaz da prática de enfermagem forense. A ausência ou desatualização de protocolos institucionais constitui um dos principais entraves, uma vez que a inexistência de orientações padronizadas, como fluxogramas ou normas técnicas, dificulta a atuação dos profissionais e contribui para a variabilidade na prática clínica. Esta falta de sistematização pode comprometer a qualidade da recolha de vestígios, da documentação e da prestação de cuidados, colocando em causa a validade da evidência em contexto judicial (Houmes et al., 2003; Rosado et al., 2025).

As condições físicas dos serviços, particularmente em contextos de urgência, nem sempre permitem assegurar a privacidade e o ambiente seguro necessários para a abordagem da pessoa vítima de violência, podendo favorecer situações de desconforto, exposição e eventual revitimização. Acresce ainda a insuficiência de recursos materiais e infraestruturas adequadas, nomeadamente a ausência de kits forenses e de espaços apropriados para o armazenamento seguro de evidências, o que limita a capacidade dos profissionais para garantir a integridade dos vestígios recolhidos (Houmes et al., 2003; Rosado et al., 2025).

Neste contexto, o encaminhamento da vítima constitui uma etapa essencial para assegurar a continuidade de cuidados e a resposta adequada às necessidades da pessoa vítima de violência, desde modo, não se perde o contacto com a pessoa ou com o problema, mas sim promove-se uma intervenção complementar de outras áreas disciplinares (DGS, 2016). No que diz respeito ao contexto pré-hospitalar, Yang et al. (2025) conclui que a vítima deve ser encaminhada para hospitais que tenham programas de avaliação forense (como é o caso do SANE) ou centros de trauma, se existirem lesões de alta gravidade. A implementação de diretrizes institucionais e de fluxos de referência devidamente estruturados otimiza a eficácia da intervenção, promovendo a celeridade no acesso a cuidados diferenciados.

A fragilidade ou inexistência de diretrizes institucionais configura-se como um dos principais obstáculos para a prática da enfermagem forense, uma vez que compromete a orientação dos profissionais e favorece a variabilidade na atuação clínica. A ausência de protocolos estruturados dificulta a padronização de procedimentos, aumentando o risco de erros na recolha, preservação e documentação de vestígios, o que pode comprometer a integridade da evidência em contexto judicial. Contribuindo assim, para a diminuição da qualidade dos cuidados e apoio da vítima nos seus diversos contextos, sejam eles, legais, sociais ou psicológicos (Méndez et al., 2013; WHO, 2013; Rosado et al., 2025).

A evidência analisada reitera que a eficácia da assistência à pessoa vítima de violência não pode depender de orientações pontuais ou experiência prévia, mas sim de uma estrutura protocolar robusta e baseada em evidência. A implementação de protocolos e de fluxogramas funciona como um mecanismo de garantia da integridade da prova e de salvaguarda da continuidade de cuidados. Mais do que meros instrumentos normativos, estes protocolos constituem o alicerce para uma prática multidisciplinar coesa, permitindo que padronização de procedimentos, reduzindo a variabilidade clínica e assegurando uma resposta institucional ética, segura e cientificamente fundamentada (Derhammer et al., 2000; Houmes et al., 2003; ENA & IAFN, 2017; Rosado et al., 2025).

A presente *scoping review* apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação e resultados, nomeadamente o facto de ser uma temática recentemente desenvolvida, a restrição da pesquisa a determinadas bases de dados e o número de estudos incluídos podem limitar a generalização dos resultados. Verificou-se ainda uma predominância de estudos realizados em contextos de pré-hospitalar e serviço de urgência, o que restringe a compreensão da prática de enfermagem forense noutros níveis de cuidados, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários. Acresce ainda a possibilidade de viés na extração e interpretação dos dados, apesar dos esforços realizados pelos revisores para garantir rigor e sistematização ao longo do processo.

Face aos resultados obtidos, torna-se evidente a necessidade de desenvolvimento de investigação futura que explore a prática de enfermagem forense em diferentes contextos de cuidados de saúde, que atualmente são pouco representados na literatura. Importa igualmente aprofundar o impacto da formação específica em enfermagem forense na qualidade dos cuidados prestados, bem como avaliar a eficácia da implementação de protocolos institucionais na padronização da prática. Adicionalmente, futuros estudos deverão considerar a perspetiva dos profissionais de saúde e das pessoas vítimas de violência, de forma a compreender as suas experiências e necessidades, contribuindo para a melhoria contínua da intervenção e para o desenvolvimento desta área.

Contudo, a melhoria da prática de enfermagem forense não depende exclusivamente da capacitação individual dos profissionais, mas também da criação de condições organizacionais que sustentem a sua atuação. Torna-se, assim, fundamental o investimento na implementação de protocolos institucionais baseados em evidência, na adequação das infraestruturas e na disponibilização de recursos materiais, de forma a assegurar uma resposta estruturada, consistente e de qualidade às pessoas vítimas de violência.

Conclusão

A presente *scoping review* permitiu identificar e mapear a evidência científica disponível sobre as práticas de enfermagem forense no contexto dos serviços de saúde na prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência. Os resultados evidenciam que a prática de enfermagem forense desempenha um papel central e insubstituível na resposta inicial às vítimas de violência. O facto dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de emergência, se encontrarem na linha da frente no cuidado às vítimas, confere-lhes uma oportunidade única para identificar atempadamente sinais de violência, prestar os primeiros cuidados e iniciar a devida recolha e preservação de vestígios forenses, que são frequentemente determinantes para o sucesso de investigações criminais e processos judiciais.

Em relação às implicações para a prática, estes resultados sugerem a necessidade de maior investimento no domínio da Enfermagem Forense tanto a nível académico como a nível institucional, com a realização de formação em serviço, a criação de normas e procedimentos clínicos e a disponibilização de recursos materiais. Neste sentido, pretende-se a criação de equipas de enfermagem forenses inspiradas no modelo SANE para colmatar as limitações sentidas pelos enfermeiros dos serviços de emergência e garantir os direitos médico-legais das pessoas vítimas de violência. A criação de equipas multidisciplinares dedicadas nas unidades de saúde (primárias, hospitalares ou comunitárias) poderá se tornar numa mais-valia pois permite a convergência de saberes distintos para uma resposta centrada na pessoa, de acordo com as suas necessidades diferenciadas.

Assim sendo, e tendo por base as limitações apresentadas, sugiro a realização de mais estudos na área de Enfermagem Forense relativos a outros contextos de saúde e que demonstrem a realidade nacional, com dados mais generalizados para a população portuguesa.

Para concluir, a relevância da enfermagem forense transcende à realização de procedimentos relativos à colheita de vestígios ou ao tratamento de lesões, posicionando-se como um compromisso ético inalienável perante a dignidade humana. Ao integrar o saber pericial na essência do cuidar, o enfermeiro forense cria um ambiente de confiança e de proximidade, o que contribui para a salvaguarda da preservação e recolha de vestígios e consequentemente facilitar a aplicação da justiça de forma célere e adequada para a proteção da pessoa vítima de violência.

Referências Bibliográficas

- Aljomaie, H., Hollingdrake, O., Cruz, A. & Currie, J. (2022). A scoping review of the healthcare provided by nurses to people experiencing domestic violence in primary health care settings. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 1-11, <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100068>
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B & Jordan Z. (Eds.). (2014). JBI Manual for Evidence Synthesis. *Joanna Briggs Institute*. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, G. & Lopes, R. (2019). Teorias de Enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 604-608, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Citolin, M., Vargas, M., Santos, D., Hilleshein, A., Brasil, G. & Ramos, F. (2024). Atendimento às vítimas de violência no serviço de emergência na perspectiva da enfermagem forense. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 32, 1-10, [10.1590/1518-8345.6780.4138](https://doi.org/10.1590/1518-8345.6780.4138)
- Coelho. M., Cunha, M. & Libário, R. (2016). Impacto da formação em Ciências Forenses. *Revista Servir*, 59(1), 27-33. <https://doi.org/10.48492/servir021.21361>
- Derhammer, F., Lucente, V., Reed, J. & Young, M. (2000). Using a SANE Interdisciplinary Approach to Care of Sexual Assault Victims. *Journal on Quality Improvement*, 26(8), 488-496, [10.1016/s1070-3241\(00\)26041-0](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(00)26041-0).
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Violência Interpessoal- Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, (2º edição), 1-268, <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-GBV-19-04-GUIDELINE-2017-prt-Referencial-Tecnico-Violencia-Interpessoal-Abordagem-Diagnostico-e-Intervencao-nos-Servicos-de-Saude.pdf>
- Dumarde, L., Bonela L., Guimarães S., Carvalho R., Iecker Junior R., & Delecrode T. (2022). Enfermagem forense em urgência e emergência: uma nova perspectiva de abordagem. *Global Academic Nursing Journal*. 3(3), <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200296>

- ENA & IAFN (2017). Adult and Adolescent Sexual Assault Patients in the emergency Care Settings. *Journal of Forensic Nursing*. 13(2), 91-93, <https://www.forensicnurses.org/wp-content/uploads/2025/01/AA-SA-patients-in-ED-joint.pdf>
- Ghofrani Kelishami, F., Manoochehri, H., Mohtashami, J. & Kiani, M. (2020). Consequences of Presence of Forensic Nurses in Health Care System. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3), 195-201, 10.4103/ijnmr.IJNMR_119_19
- Gomes, A. (Coord.). (2014). *Enfermagem Forense* (Vol. 1). Lidel
- Gonçalves, L., M., Dixe, M. A., & Mendonça, S. M. (2024). Validação do protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1-7, <https://doi.org/10.12707/RVI23.119.33125>
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. (2013). Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care. *Wiley-Blackwell*, (2ª edição), 10.1002/9781118525975
- Houmes, B. V., Fagan, M. M., & Quintana, M. (2003). Establishing a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 25(1), 111-121. [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(03\)00159-8/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(03)00159-8/abstract)
- Institute of Medicine. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. National Academies Press. [10.17226/13058](https://doi.org/10.17226/13058)
- Lynch, V. (2014). A ciência da Enfermagem Forense: Novas estratégias. Em Gomes, A. (Coord.). *Enfermagem Forense* (Vol. 1, pp- 53- 60). Lidel.
- Lynch, V. A., & Duval, J. (Eds.). (2010). *Forensic Nursing Science* (2ª ed.). Missouri: Elsevier Mosby
- Machado, B., Araújo, I. & Figueiredo, M. C. (2019). Enfermagem forense: o que é lecionado na licenciatura de enfermagem em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (22), 43-50, <https://doi.org/10.12707/RIV19028>
- Méndez, R., Kulbok, P. & Matos, A. (2013). Development of the Commonwealth of Puerto Rico National Protocol for the Management of Victims os Sexual Violence:

- Adults/Adolescents. *Journal of Forensic Nursing*, 9(2), 120-126
10.1097/JFN.0b013e31827a1e30.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9, <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. *The Journal of Emergency nurse*. 24(7), 20-26, [10.7748/en.2016.e1618](https://doi.org/10.7748/en.2016.e1618)
- Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 698–709, 10.3109/01612840.2015.1025319
- Rosado, M., Oliveira, T., Soares, J., Barbosa, K., Almeida, F., Souto, R. & Santos, J. (2025). Práticas forenses realizadas por enfermeiros em urgência e emergência a pessoas em situação de violência: revisão de escopo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46, 1-19, <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240350.pt>
- Tabanejad, Z., Abbas, E. & Marjan, B. (2025). A systematic literature review on the role of the forensic nursing. *Journal of Education and Health Promotion*, 14(1), 10.4103/jehp.jehp_1869_23
- Taylor, W. K. (2002). Collecting evidence for sexual assault: the role of the sexual assault nurse examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78(1), 91-94, [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(02\)00051-6](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(02)00051-6)
- Valizadeh, A., Moassefi, M., Nakhostin-Ansari, A., Asi, H., Torbati, M., Aghajani, R., Ghorbani, Z & Faghani, S. (2022). Abstract screening using the automated tool Rayyan: results of effectiveness in three diagnostic test accuracy systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 22(160), 1-15, <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01631-8>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. https://www.sparkblue.org/system/files/2022-03/WHO_2002%20World%20Report%20on%20Violence%20and%20Health.pdf

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7685869e-cd94-4a24-aaaa-4245f89482b7/content>

World Health Organization. (2014). *Handbook for guideline development*. (2ª edição), <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809b813f-fcfe-451e-b242-d914d580c111/content>

Yang, D., Friend, L., Fritz, C., Konik, Z., Paydar-Darian, Middleton, M., Cunningham, C. & Breyre, A. (2025). EMS Care of Survivors of Sexual Assault – A Position Statement and Resource Document of NAEMSP. *Prehospital Emergency Care*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/10903127.2025.2579074>

APÊNDICES

Apêndice I- Poster elaborado em contexto de cuidados intensivos



2.ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMC-EPSC)
Unidade Curricular de Estágio com relatório final em contexto de Cuidados Intensivos
Ana Fonseca (pv29748); Daniela Ferreira (pv29674); Diogo Oliveira (pv29744); Inês Azenha(pv29745)

“Cuidar sem Despertares: o desafio de promover o sono da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos”

Introdução

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) constitui um ambiente de elevada complexidade, onde o foco na sobrevivência exige uma vigilância tecnológica constante e uma resposta imediata à instabilidade hemodinâmica.

No entanto, esta dedicação à estabilidade fisiológica colide frequentemente com uma necessidade humana fundamental: o Sono.

Metodologia

- 1). Observação da prática clínica
- 2). Elaboração de pesquisa científica sobre a temática;
- 3). Partilha e Discussão através de Exposição interativa da temática com a equipa.

Resultados

Os estudos demonstraram que o sono de pessoas internadas em contexto de UCI encontra-se frequentemente comprometido. Estas, demonstram padrões de sono fragmentados, com redução do sono profundo e da perda do ritmo circadiano normal. As alterações perturbadoras do padrão de sono estão sobretudo associadas ao ruído ambiental constante (alarmes de monitorização e ventilação), à iluminação artificial contínua, à necessidade constante de intervenções clínicas e ao uso de fármacos sedativos e hipnóticos.

Discussão dos Resultados

A implementação de intervenções não farmacológicas e a modificação de comportamentos da equipa são pilares essenciais para mitigar estas barreiras ambientais. Estratégias como:

- Redução do ruído noturno** (diminuir alarmes não prioritários, conversas em tom alto junto ao doente, encerramento adequado de portas e janelas (se existirem), colocação de tampões).
- Gestão da luminosidade**, promovendo a redução de luz durante a noite e exposição à luz natural durante o dia, embora já seja muito utilizado a colocação de máscaras oculares;
- Promoção de períodos de “tempo calmo”** (quiet time);
- Ajuste da temperatura ambiente** de acordo com o conforto do doente;
- Agrupar cuidados e procedimentos** sempre que clinicamente possível;
- Evitar intervenções não urgentes durante o período noturno;

Conclusão

As intervenções não farmacológicas destacam-se como a abordagem mais eficaz, reforçando o papel do enfermeiro como gestor do ambiente terapêutico. Recomenda-se a implementação de protocolos de “Higiene do Sono” e a realização de estudos futuros que avaliem o impacto clínico destas estratégias.

Referencias Bibliográficas



Apêndice II - Estratégia de pesquisa

Pesquisa realizada a 16 de fevereiro de 2026

BASES DE DADOS	FÓRMULA DE PESQUISA	RESULTADOS
<i>PubMed</i>	<i>("Forensic Nursing"[MeSH] OR "forensic nursing" OR "forensic nurse*" OR "forensic nurse examiner*" OR "nurse examiner*" OR "sexual assault nurse examiner*" OR "SANE nurse*") AND (("Clinical Protocols"[MeSH] OR "Practice Guidelines as Topic"[MeSH] OR "Guideline"[Publication Type] OR protocol* OR guideline* OR "practice guideline*" OR recommendation* OR standard* OR framework))</i>	380
<i>Cinahl</i>	<i>XB (forensic nursing OR forensic nurse OR forensic nurses OR forensic nurse examiner OR forensic nurses examiners OR nurse examiner OR nurses examiners OR sexual assault nurse examiner OR sexual assault nurses examiners OR SANE nurse OR SANES nurses) AND XB (protocol OR protocols OR standard OR standards OR guideline OR guidelines OR recommendation OR recommendations OR clinical protocols OR practice guidelines OR framework)</i>	81
<i>Web of Science</i>	<i>forensic nurs* OR SANE OR nurse examiner* or sexual assault nurse examiner* AND clinical protocol* or practice guideline* or recommendation*</i>	193
<i>Cochrane</i>	<i>TI (forensic nursing or forensic nurse or forensic nurse practitioner) OR TI (SANE or sexual assault nurse examiner) AND AB (protocols or guidelines or procedures or best practice guideline)</i>	9
<i>Google Scholar</i>	<i>forensic nursing" OR "sexual assault nurse examiner" AND "clinical protocol" OR "practice guideline" OR "clinical guideline"</i>	297

ANEXOS

Anexo I- Declaração de Integridade Científica – Uso de Inteligência Artificial



Declaração de Integridade Científica – Uso de Inteligência Artificial

Eu, Ana Filipa Duarte Fonseca (nome), autor(a) do trabalho Práticas de Enfermagem Forense em contexto de serviços de saúde para a prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência (título), declaro que utilizei a ferramenta de inteligência artificial ChatGPT 5.4 (nome e versão) para reformulação linguística e melhoria da clareza textual (descrição sucinta da finalidade).

Declaro que utilizei a ferramenta de inteligência artificial acima indicada exclusivamente para os fins descritos. Confirmo que analisei criticamente todos os resultados gerados e assumo plena responsabilidade pela integridade científica deste trabalho.



Assinatura: _____

Anexo II- Certificado de Formação em ECMO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE COIMBRA

Serviço de Medicina Intensiva (SMI) — Núcleo de Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que a mestranda Ana Fonseca, a realizar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, participou na formação interna promovida pelo Núcleo de Formação do Serviço de Medicina Intensiva da ULS Coimbra, realizada no dia 21 de janeiro de 2026.

A formação teve início às 08h00 e termo às 12h00, tendo sido abordados os seguintes temas:

- Cuidados de enfermagem no doente submetido a terapia ECMO;
- Preparação do material, manutenção do CEC, despiste e resolução de complicações, monitorização e vigilância do doente em ECMO;
- Registos no aplicativo *PatientCare*.

Coimbra, 28 de janeiro de 2026

Assinado por: Renata Alexandra Cruz Constantino
Num. de Identificação: BI11952807
Data: 28-01-2026 12:55:35 +00:00



(Responsável pelo Núcleo de Formação SMI)