



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

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

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 7^a. edição

Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal

Edene Melodie Mota

Outubro 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal

Edene Melodie Mota

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

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 7^a. edição

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Madalena Cunha e Professor Doutor Eduardo Santos

Outubro, 2021

Agradecimentos

Expresso os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que permitiram a concretização deste trabalho:

- À Professora Doutora Madalena Cunha e ao Professor Doutor Eduardo Santos, pela sábia orientação deste trabalho, compreensão, disponibilidade e constantes incentivos;
- Aos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica, Frederico Simões do Serviço de Urgência pólo A e António José Ferreira do Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra pela dedicada e produtiva tutoria aquando dos desafiantes ensinamentos clínicos;
- À Ordem do Enfermeiros, pela sua colaboração na divulgação desta investigação;
- A todos os profissionais de Enfermagem, que amavelmente participaram neste estudo;
- À família, que apesar da minha ausência, foi compreensiva, apoiante e me deu alento nos momentos de maior desânimo;
- Aos amigos, que sempre me apoiaram e acreditaram nas minhas capacidades.

Resumo

Introdução: Com vista a uma abordagem da Enfermagem médico-cirúrgica mais qualificada regem-se cuidados consolidados na evidência científica e na partilha de conhecimentos visando uma máxima eficiência através do desenvolvimento de capacidades éticas, humanas, técnicas e científicas adquiríveis na realização de estágios em contexto de urgência e cuidados intensivos.

Objetivo: Espelhar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Métodos: Este trabalho foi estruturado em duas partes: Parte I, onde foi realizado o mapeamento das competências comuns e específicas de enfermagem médico-cirúrgica, adquiridas nos estágios supramencionados bem como as atividades desenvolvidas para cada uma em cada contexto; e Parte II onde procedeu-se à explanação, em formato de artigo, do estudo primário – Cuidados Enfermagem Forense em Portugal – com o objetivo avaliar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros portugueses sobre enfermagem forense.

Resultados: Os estágios realizados nos diversos contextos permitiram-me desenvolver diversas competências de enfermagem médico-cirúrgica de forma a consolidar e complementar os conhecimentos desenvolvidos anteriormente ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Foram diversos os projetos desenvolvidos e diversas as áreas (gestão de cuidados, da gestão da qualidade, na prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados e na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica). Por sua vez, esta investigação permitiu-me igualmente desenvolver capacidades até nunca então adquiridas. Este estudo assume-se com o desejo de interligar a formação, a prática clínica e a investigação. As competências especializadas ou de mestria do enfermeiro em médico-cirúrgica têm por pilar uma praxis sustentada na evidência científica, no conhecimento e na meditação sobre a ação, sendo o contexto forense, por vezes, menosprezado na profissão de enfermagem. Além disso, a prestação de cuidados forenses tem uma implicação legal que visa proteger a vítima - domínio comum a qualquer vertente da Enfermagem. Os Direitos Humanos aplicam-se a qualquer cidadão e é dever do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, proporcionar proteção à Pessoa. A recolha de dados teve por base o Questionário Geral Enfermagem Forense (QGEF) de Cunha & Libório (Libório, 2012) com parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu nº. 10/ SUB/ 2021 e da Ordem dos Enfermeiros cuja colaboração na divulgação decorreu de 6/05/2021 a 31/05/2021.

Conclusão: A aquisição de novas competências, sejam comuns ou específicas, foi notória com repercussão imediata na prestação de cuidados no quotidiano. Averiguou-se com este estudo que existe um défice de experts forenses colocando em risco procedimentos que necessariamente requerem ser minuciosos e, por consequência, direitos médico-legais da vítima. A melhoria da prestação de cuidados de enfermagem forense às vítimas, agressores ou suspeitos poderá atingir-se com a adoção de conteúdos forenses nos programas curriculares académicos, treino e a formação de equipas especializadas.

Palavras-chave: Enfermeiro; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência; Conhecimento; Enfermagem forense; Práticas.

Abstract

Introduction: With the purpose of a more qualified nursing approach to critically ill patients, care is based on scientific evidence and knowledge sharing, aiming at maximum efficiency through the development of ethical, human, technical and scientific skills acquired during practical training in emergency and intensive care settings.

Objective: To describe the process of acquisition and development of skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Critical Care.

Methods: This study was structured in two parts: Part I, where we mapped the common and specific skills of medical-surgical nursing acquired in the practical training mentioned above as well as the activities developed for each one in each context; and Part II where we explained, in the form of an article, the primary study - Forensic Nursing Care in Portugal - with the purpose of assessing the practices and knowledge of Portuguese nurses about forensic nursing.

Results: The practical trainings carried out in different contexts allowed me to develop several medical-surgical nursing skills in order to consolidate and complement the knowledge previously developed throughout the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing. Several projects were developed and several areas (care management, quality management, prevention and control of infection associated with care, and care provided to critically ill patients). In turn, this research also allowed me to develop skills that I had never acquired before. This study is undertaken with the desire to link training, clinical practice, and research. The specialized or mastery skills of the medical-surgical nurse are based on a praxis supported by scientific evidence, knowledge and meditation on action, and the forensic context is sometimes underestimated in the nursing profession. In addition, the provision of forensic care has a legal implication in order to protect the victim - a domain common to any aspect of Nursing. Human Rights apply to any citizen, and it is the duty of the nurse, as a health professional, to provide protection to the Person. Data were collected using the General Forensic Nursing Questionnaire of Cunha & Libório (Libório, 2012) with the approval of the Ethics Committee of the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu No. 10/ SUB/ 2021 and the Ordem dos Enfermeiros, whose collaboration in the dissemination took place between 5/6/2021 and 5/31/2021.

Conclusion: The acquisition of new competencies, whether common or specific, was remarkable and had an immediate impact on the provision of daily care. This study showed that there is a deficit of forensic experts, putting at risk procedures that necessarily require thoroughness and, consequently, the medico-legal rights of the victim. The improvement in the provision of forensic nursing care to victims, aggressors or suspects can be achieved with the

adoption of forensic content in academic curricula, training and the formation of specialized teams.

Keywords: Nurse; Medical-Surgical Nursing; Intensive Care; Emergency Department; Knowledge; Forensic Nursing; Practices.

Sumário

Pág.

Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução.....	17
Parte I – Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	21
1. Competências comuns	23
1.1. Domínio da gestão da qualidade.....	23
1.2. Domínio da gestão dos cuidados	25
2. Competências Específicas	31
2.1. Domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	31
2.2. Domínio da prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde perante a pessoa em situação crítica.....	36
Parte II – Investigação	39
Introdução	47
Enquadramento Teórico	49
1. Métodos	51
2. Resultados	55
3. Discussão	63
Conclusões da Investigação – Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal	65
Agradecimentos	67
Referências Bibliográficas da Investigação – Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal	69
Conclusão do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	71
Referências Bibliográficas do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos	73
Anexos	77
Anexo I – Proposta de procedimento de perícias de toxicologia forense – fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	79
Anexo II – Cartaz da proposta de procedimento de perícias de toxicologia forense.....	115
Anexo III – Proposta de norma de procedimento de preservação de vestígios forenses....	117
Anexo IV – Proposta de norma de procedimento de serviço de prevenção de infeção associada ao catéter venoso central.....	129
Anexo V – Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2 ..	149
Anexo VI – Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE	169

Anexo VII – Apresentação da formação de serviço sobre propostas de normas de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2 e CPE	189
Anexo VIII – Cartaz de proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2	195
Anexo IX – Cartaz de proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE	197
Anexo X – Questionário aos Enfermeiros do SU-HUC	199
Anexo XI – Resultados do inquérito efetuado à equipa de enfermagem do SU-HUC.....	205
Anexo XII – Instrumento de colheita de dados para a investigação <i>Cuidados de Enfermagem Forenses em Portugal</i>	211
Anexo XIII – Autorização dos autores para aplicação dos questionários QGEF e QCPEF.	249
Anexo XIV – Parecer científico dos professores orientadores	251
Anexo XV – Parecer da Comissão de Ética da ESSV	253
Anexo XVI – Aprovação do Presidente da Comissão Técnico Científica da ESSV	259
Anexo XVII – Parecer da colaboração da Ordem dos Enfermeiros	261
Anexo XVIII – Percentagens de respostas corretas e incorretas do QCPEF	263
Anexo XIX – Percentagens de práticas executadas e não executadas do QPEF.....	265
Anexo XX – Apresentação dos resultados preliminares no II Congresso Internacional de Evidências em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	267

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Consistência interna das subescalas e do global do QCPEF e do QPEF (Alfa Cronbach: α)	50
Tabela 2 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra	53
Tabela 3 - Características da prestação de serviço e da formação da amostra	54
Tabela 4 - Classificação dos conhecimentos e das práticas de enfermagem forense	56
Tabela 5 - Resultado dos testes das hipóteses	58

Lista de Abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE – Avaliação sistematizada do doente de trauma (A: via aérea; B: ventilação; C: circulação; D: disfunção neurológica; E: exposição)

ADC – Área dedicada COVID

AO – Assistente operacional

BO – Bloco operatório

cc/h – centímetro cúbico por hora

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CPE - *Enterobacteriaceae* produtoras de Carbapenemases

Cpm – Ciclos por minuto

CVC – Catéter venoso central

Cvp – Catéter venoso periférico

ECD – Exames complementares de diagnóstico

ECG – Eletrocardiograma

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorpórea

EOT – Entubação orotraqueal

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

IACS - Infecções Associados aos Cuidados de Saúde

IQ – Indicador de qualidade

L - Litro

ML – Máscara laríngea

mg - miligrama

mL - mililitro

OE – Ordem dos Enfermeiros

SARS-CoV-2 - síndrome respiratória aguda grave de Coronavírus 2

SAV – Suporte avançado de vida

SCCT – Serviço de Cirurgia Cardiorácica

SE – Sala de emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de urgência

SU-HUC – Serviço de Urgência polo A do CHUC

TAS – Taxa de álcool no sangue

TDC – Transporte do doente crítico

VMER – Viatura médica de emergência e reanimação

VMI – Ventilação mecânica invasiva

UPCIRA – Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos

UTC – Unidade de Transplantação Cardíaca

°C – graus Celcius

Introdução

O presente documento configura o Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos conducente ao grau de Mestre de Enfermagem Médico Cirúrgica, realizado na Escola Superior Saúde de Viseu, sétima edição. Esta unidade curricular contempla um estágio realizado em contexto de urgência, no Serviço de Urgência pólo A (SU-HUC) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), serviço onde me encontro a desempenhar funções e o estágio em contexto de cuidados intensivos efetuado na Unidade de Transplantação Cardíaca (UTC) do Serviço de Cirurgia Cardiorácica (SCCT) do CHUC. Por fim, ainda integra a componente de investigação - Cuidados de Enfermagem Forenses em Portugal – que consiste num estudo primário realizado a nível nacional em colaboração com a Ordem dos Enfermeiros (OE) cuja coordenação/ orientação pedagógica e científica da Professor Doutora Madalena Cunha e do Professor Doutor Eduardo Santos.

O Grau de Mestre e/ou Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica possui uma vasta abrangência. As necessidades de cuidados de enfermagem especializados compreendem diversas áreas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção (Regulamento nº. 429/2018 2018).

O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro desta área desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Regulamento nº. 429/2018 2018). É do seu dever o desenvolvimento de competências consolidadas na evidência científica e na partilha de conhecimentos, com recurso ao pensamento crítico-reflexivo, no sentido de uma prestação de cuidados de máxima eficiência através do desenvolvimento de capacidades éticas, humanas, técnicas e científicas.

Pode-se afirmar que os serviços de urgências (SU) tornam-se ideais campos de estágio pois, nas últimas décadas, assistimos ao desenvolvimento de estruturas de resposta a situações de urgência com elevada diversidade e heterogeneidade de meios, quer físicos quer humanos, sendo um processo contínuo, centrado no cidadão e sustentável para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Ordem dos Enfermeiros, 2012). O SU tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por sua vez, os cuidados intensivos tornam-se igualmente fundamentais neste processo de maturação por possuírem um papel preponderante na prevenção, diagnóstico e

tratamento de situações de doença aguda grave na pessoa com falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). Este papel realça-se atualmente com o aumento significativo do número de camas neste último ano face às necessidades nacionais causadas pela pandemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus-2 (SARS-CoV-2) (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A praxis nestes contextos oferece novas e inúmeras oportunidades de aprendizagem uma vez que o enfermeiro se confronta com situações de elevada complexidade, que lhe exigem capacidade para mobilizar múltiplos conhecimentos e habilidades específicos e minuciosas.

O ensino clínico com início a um de março de 2021 e término a quatorze de maio de 2021 – contexto de urgência - e de dezassete de maio a dezasseis de julho de 2021 – contexto de cuidados intensivos - com totalidade de 216 horas cada, das quais 180 foram presenciais e 36 de orientação tutorial.

A prática baseada na evidência e o desenvolvimento de competências no avanço da investigação devem ser pilares do quotidiano do Enfermeiro Mestre/Especialista. Consideradas a investigação e a ciência como um só e, por sua vez a enfermagem ciência, esta última possui um corpo de conhecimentos próprios cuja delimitação é a própria investigação, sendo possível desenvolver, aperfeiçoar e aumentar conhecimentos em Enfermagem obtendo ganhos para o utente, para o profissional e para a disciplina (Pinho, 2020). Deste modo, surge no presente documento o estudo realizado sobre os Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal com a colaboração da OE.

Este relatório tem por objetivos geral espelhar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-cirúrgica e pretende, como objetivos específicos caracterizar as competências inerentes ao Especialista/ Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvidas, elaborar uma apreciação crítica das atividades realizadas (aprendizagens, competências e dificuldades) e testemunhar o contributo no avanço da evidência científica em Enfermagem. A sua elaboração teve por base o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu, bem como os objetivos delineados nos projetos de aprendizagem e as atividades/ estratégias desenvolvidas para a sua concretização.

A metodologia adotada para a elaboração deste relatório baseia-se numa análise retrospectiva e reflexiva, suportada pelas experiências vivenciadas, momentos de discussão informais, consulta de fundamentação teórica e pesquisa bibliográfica que considerei pertinente a fim de melhor fundamentar a reflexão e os conteúdos apresentados. Quando à

investigação, esta será apresentada sob os critérios de elaboração/ formatação de um artigo de investigação.

Este documento inicia-se com apresentação das competências comuns e específicas adquiridas nos estágios bem como as atividades realizadas sendo a segunda parte alusiva à componente de investigação realizada.

Parte I – Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

O desenvolvimento de competências deve ser percebido como um processo dinâmico e contínuo que ocorre através da reflexão das experiências adquiridas e competências desenvolvidas ao longo deste processo. Sendo o estágio em contexto de urgência realizado no serviço onde exerço funções, optei por elevar o nível de exigência e procurei novas e diferentes oportunidades de desenvolvimento para futura repercussão profissional. Por sua vez, o de contexto de cuidados intensivos, realizado na UTC do SCCT do CHUC, teve por ambição o desenvolvimento de competências não realizadas anteriormente ou por aperfeiçoar e a aquisição de saberes que até então não possuía.

O SU-HUC é considerado como nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, com o acrescento de centro de trauma, competindo-lhe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave.

Realizar o estágio no serviço onde desempenho funções foi desafiante pela necessidade de inovação, mas também pela inexistência de novas realidades e métodos de trabalho que poderia usufruir se fosse para outro local não esquecendo os constrangimentos éticos envolventes. Porém, procurei antes de iniciar esta etapa, refletir sobre quais eram as minhas dificuldades mas também qual poderia ser o meu contributo para o serviço. Quis marcar a diferença e que este não fosse apenas um momento de passagem.

A percepção de necessitar de mais “bagagem” para a prestação de cuidados especializados era nítida. Contudo, tive igualmente consciência que as dificuldades se centravam na competência de gestão, papel fundamental no especialista. Assim, em consonância com o tutor de estágio, optámos por centralizar este momento de aprendizagem na capacidade de gestão setorial, visando a otimização dos recursos postos em causa pela elevada afluência de doentes ou particularidades arquitetónicas e na sala de emergência (SE), pela gravidade dos doentes.

Por sua vez, o SCCT tem por objetivo o diagnóstico e tratamento, eventualmente cirúrgico, da cavidade torácica seja do foro cardíaco e/ou pulmonar, inclusive tratamento de patologias pleurais, da parede torácica, mediastínica e do diafragma (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

Por forma a maximizar as competências pretendidas e completar as adquiridas no estágio anterior, esta etapa foi organizada de modo a integrar e ter perceção da dinâmica dos diversos setores (tais como bloco operatório (BO), a unidade de cuidados intensivos, intermédios e maioritariamente na UTC).

Apresento de seguida as atividades desenvolvidas, baseadas nos projetos de aprendizagem e relatórios individuais de estágio elaborados em cada estágio. Organizado em competências comuns, nomeadamente na gestão da qualidade e dos cuidados e competências específicas da área de médico-cirúrgica, no cuidar da pessoa em situação crítica e na intervenção da prevenção do controlo de infeção associados aos cuidados de saúde (IACS).

1. Competências comuns

A importância dos cuidados de Enfermagem tem hoje maior ênfase pela exigência técnica e científica e pela realidade da prestação de cuidados requerida, tornando a diferenciação e especialização uma necessidade da profissão de modo a consolidar e uniformizar procedimentos em vigor e conferindo objectividade e transparência aos mesmos. A atribuição do título de Especialista de Enfermagem acompanha estas exigências, todas as especialidades partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De seguida apresentam-se as competências comuns adquiridas e as actividades desenvolvidas ao longo dos estágios.

1.1. Domínio da gestão da qualidade

No que concerne a monitorização da qualidade de serviço possui uma particular sensibilidade. Seja com vista à melhoria contínua da boa prática ou à gestão de um ambiente seguro, o Enfermeiro Mestre/ Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica possui o dever de dinamizar e proporcionar estratégias institucionais com vista da melhoria dos cuidados.

Objetivando o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e a otimização dos cuidados, a investigação assume grande importância. A prática baseada na evidência deve ser alicerce do Enfermeiro apesar da existência de obstáculos para a sua concretização (Pinho, 2020).

A área de enfermagem forense despertou-me interesse e curiosidade aquando das aulas teóricas deste curso. A sua importância é de tal forma menosprezada que senti a obrigatoriedade de investigar esta área de forma a criar estratégias que permitissem a salvaguarda do enfermeiro prestador de cuidados e da vítima, com base na excelência e na evidência, tanto a nível dos cuidados de saúde, mas também da preservação de vestígios e por sua vez proteção legal da Pessoa.

O SU-HUC sendo centro de trauma e tendo pareceria com o Instituto Nacional de Medicina Legal, este recebe diariamente inúmeras vítimas passíveis de cuidados de

enfermagem forense. A inexistência de protocolos e de formações sobre este tipo de cuidados, bem como sobre as colheitas para doseamento de álcool ou psicotrópicos leva a não conformidades da prática, potenciais problemas legais para o doente pela quebra da cadeia de custódia, mas igualmente com implicações judiciais para o prestador de cuidados que pode ser acusado de cumplicidade em caso de má prática.

Neste sentido, surge a realização de uma proposta de procedimento relativas às colheitas para doseamento de substâncias psicotrópicas e alcoolémia (Anexo I - proposta de procedimento de perícias de toxicologia forense – fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas) e o respetivo cartaz (Anexo II - Cartaz da proposta de procedimento de perícias de toxicologia forense). Foi igualmente realizada uma proposta de norma de procedimento de preservação de vestígios forenses (Anexo III - Proposta de norma de procedimento de preservação de vestígios forenses).

Por fim a culminar as competências desenvolvidas no domínio da gestão da qualidade no estágio em contexto de urgência, quis aproveitar a oportunidade de estagiar no serviço onde desempenho funções e pôr em prática a minha capacidade de gestão e os conhecimentos adquiridos. Através de uma crítica reflexiva e construtiva, elaborei uma série de sugestões dirigidas à chefia com o intuito de melhorar a prestação de cuidados e a qualidade dos serviços prestados.

Em contexto de cuidados intensivos, objetivou-se no domínio da gestão da qualidade a melhoria das práticas de enfermagem. Em colaboração com outra estudante do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica foi realizada uma proposta de norma de procedimentos de prevenção de infeção associada ao cateter venoso central (CVC) (Anexo IV – Proposta de norma de procedimento de prevenção de infeção associada ao cateter venoso central). Neste constam as recomendações para colocação, manutenção, manuseamento e remoção do CVC e os feixes de intervenção associados.

Em colaboração com o SCCT e a tutoria, foram elaboradas propostas de norma de procedimento de rastreio de SARS-CoV-2 (Anexo V - Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2) e das *Enterobacteriaceae* produtoras de Carbapenemases (CPE) (Anexo VI - Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE) baseadas nas indicações da Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (UPCIRA) do CHUC. A primeira tem por objetivos uniformizar procedimentos relativos à estratégia local de testagem, definir orientações de prevenção e controlo de infeções a cumprir perante a necessidade de transportar caso suspeito ou confirmado, definir materiais e equipamentos que devem existir na área de isolamento destinada à colocação de caso suspeito e definir as orientações a cumprir perante

a deteção de um caso positivo numa unidade de internamento. A segunda norma visa identificar precocemente doentes colonizados/ infetados por CPE, implementar medidas de prevenção e controlo de transmissão e uniformizar procedimentos relativos à estratégia local de testes.

Neste âmbito, realizei uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SCCT de forma a homogeneizar a estratégia de rastreio de SARS-CoV-2 e de CPE no SCCT (Anexo VII – Apresentação de formação de serviço sobre Propostas de normas de procedimento de serviço de rastreios de SARS-CoV-2 e CPE). Elaborei um cartaz para cada norma (Anexo VIII - Cartaz de Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2 - e Anexo IX - Cartaz de Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE), afixados pelas diversas unidades do SCCT com o intuito de visar maior número de enfermeiros e conseguir uniformizar procedimentos.

A Direção-Geral da Saúde recomendou aos hospitais o desenvolvimento de estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas através da realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação (Despacho nº. 1400-A/2015 2015). A acreditação do SCCT, efetivada em 2020 pelo Ministério da Saúde, trouxe-me curiosidade sobre a gestão da qualidade em enfermagem e a organização do mesmo com o intuito de, no futuro, trazer novas ideias para o meu contexto profissional, mas também perceber como posso marcar a diferença nos cuidados que presto diariamente. Durante o estágio na UTC realizei auditorias aos registos de enfermagem em *SClínico* e aos inquéritos de satisfação dos utentes e cuidadores por forma a perceber a dinâmica do processo de melhoria.

1.2. Domínio da gestão dos cuidados

Os indicadores de qualidade (IQ) em saúde são instrumentos que reconhecem a presença de um fenómeno, a sua intensidade e relevância permitindo através da sua monitorização identificar problemas ou situações de melhoria potencial em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Os IQ demonstram que existe uma elevada afluência aos SU e dificuldade na resposta em tempo útil às necessidades dos doentes. Em 2019, verificaram-se 40271 episódios não urgentes no SU-HUC (Serviço Nacional de Saúde, 2021), o que demonstra também uma resposta inadequada dos cuidados de saúde primários e indevido uso do mesmo pela população.

Desempenhar funções de coordenação no serviço de urgência é um desafio diário. Do enfermeiro coordenador é esperado que saiba gerir a sua equipa e outros recursos perante um maior fluxo de doentes, que supervisione com grande capacidade o elevado nível de conhecimento e desempenho da sua equipa perante urgências/emergências que surgem no dia-a-dia. O enfermeiro Mestre/ Especialista tem igualmente um papel preponderante na melhoria destes IQ através da gestão dos meios materiais e humanos e dos doentes através do recurso à mobilização de elementos para setores em situação de crise (ou catástrofe) consoante as competências dos elementos e adaptando-se às necessidades do setor em causa. De acordo com o Despacho nº. 13019/2014 (2014), Está preconizado que:

- Pelo menos 50% dos enfermeiros do SU devem contemplar competências específicas da Especialidade em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica;
- A formação dos enfermeiros do SU deve contemplar obrigatoriamente formação em Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Em todos os SU deve existir um sistema de triagem.

Posto isto, tomei a liberdade de criar uma base de dados com fim a caracterizar a equipa de enfermagem do SU-HUC tendo por base: a formação académica; a qualificação e a experiência profissional. Na esperança de contribuir na gestão do serviço, disponibilizei esta ferramenta à chefia de modo que possa identificar quais os profissionais mais diferenciados e quais os que necessitam de algum tipo de formação. Esta ferramenta poderá ser aplicada periodicamente. Baseada num questionário (Anexo X – Questionário aos enfermeiros do SU-HUC) e divulgada pela chefia do serviço durante uma semana, pude aferir a alta qualificação da equipa constituída por um total de 163 enfermeiros (Anexo XI – Resultados do inquérito efetuado à equipa de enfermagem do SU-HUC):

- 63 São especialistas (49 em Enfermagem Médico Cirúrgica, nove em Saúde Mental e Psiquiátrica, três em Reabilitação, três em Comunitária e um em Saúde Materna e Obstétrica);
- 24 Estão na carreira de Especialista;
- 32 Possuem Mestrado (23 em Enfermagem Médico Cirúrgica, quatro em Gestão de Unidades de Saúde, três em Saúde Mental e Psiquiátrica, um em Ciências de Enfermagem, um Supervisão Clínica, um em Medicina Veterinária);
- Um Doutoramento em Ciências de Enfermagem;

- 92 Possuem Pós-Graduação (61 em Urgência e Emergência, 21 em Gestão e administração em saúde, cinco em Tratamento de feridas, quatro em Higiene e Segurança no trabalho, dois em Cuidados paliativos, dois em Supervisão clínica, entre outros);
- 148 Possuem SAV;
- 144 Formação em Triagem de Manchester;
- 95 Com curso de Transporte em doente crítico.

Responsável em primeira linha pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, o coordenador de enfermagem é também promotor do desenvolvimento profissional da sua equipa, através da supervisão das atividades desenvolvidas, motivando e auxiliando-a nas atividades diárias, garantindo o cumprimento de normas e protocolos instituídos e identificando necessidades de formação. Elemento destacado para articular as situações diárias que carecem de resposta pronta e eficaz com a equipa médica, outras entidades ou serviços da instituição, ajuda no processo de tomada de decisão com competência relacional, ética e de forma efetiva. Possui papel ativo na gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais (AO) consoante as vicissitudes do serviço. Além disso, controla a manutenção dos equipamentos médicos e hospitalares, necessários para manter a operacionalidade do serviço. Possui a seu cargo a Área Dedicada COVID (ADC) e a Unidade de Cuidados Intermédios Médicos e é fundamental na articulação entre o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e SE.

Elemento de referência na prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, executa cuidados técnicos de alta complexidade, demonstra conhecimentos e habilidades em SAV e trauma permitindo ser o pilar da equipa em caso de necessidade de auxílio ou de dúvida. Elemento-chave e conhecedor dos planos e princípios de atuação em situações de catástrofe, integra a equipa pluridisciplinar na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção. Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe atua concebendo, planeando e gerindo a resposta de forma pronta e sistematizada.

A experiência de coordenação durante três turnos trouxe-me bases para futuras necessidades de gestão de cuidados. Verifiquei no âmbito da coordenação, mas também quando responsável nos setores de SE, área médica e área cirúrgica que o Enfermeiro Especialista/ Mestre é muito mais do que poço de conhecimentos na prestação de cuidados do doente em situação crítica. A capacidade de gestão de recursos não é apenas realizada pelo enfermeiro coordenador. Como responsável de sala ou especialista num setor, este tem o dever de manter uma distribuição equitativa dos doentes consoante a experiência

profissional e qualificação da sua equipa. A gestão da equipa de assistentes operacionais ou mesmo dos doentes devido ao atraso na observação médica ou na realização de exames complementares de diagnóstico (ECD) é da sua responsabilidade, para além que a sua disponibilidade em apoiar elementos menos diferenciados deve ser plena.

A minha dificuldade em distinguir o papel de profissional e de estudante de mestrado, principalmente nos dias de maior afluência trouxe-me alguma frustração nos primórdios deste estágio. Aprendi que podia centrar o meu foque na gestão dos doentes na sala. Consoante a sua instabilidade, se tinham alta, se necessitavam de algum tipo de vigilância (pelo seu estado de consciência, por exemplo), se já estavam preparados para algum tipo de intervenção, se tinham ECD em atraso, o motivo e se podia agilizar de alguma forma a sua mais rápida realização e a vigilância dos doentes que permaneciam foram do nosso campo visual por constrangimentos do espaço físico. Foi uma tarefa complexa e ingrata aquando dos dias de maior fluxo e quando o motivo de permanência prolongado do doente saía da esfera de controlo do enfermeiro, esse trabalho não via fruto nem reconhecimento.

Um dos aspetos mais importantes para a segurança do doente, durante o transporte do doente crítico (TDC), é a qualificação técnica da equipa de transporte, relacionada com a formação e a experiência clínica, (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). A sua preparação deve, no mínimo, incluir o SAV e, desejavelmente, algumas especialidades como o suporte avançado de trauma e emergências médicas. Os transportes realizados por equipas especializadas adequadas aos scores de risco estarão mais aptos a estabilizar o doente antes da transferência e a antecipar ou a responder a complicações, resultando em menos eventos adversos e de menor gravidade (Droogh et al., 2015). Este é o papel do enfermeiro coordenador, fundamental na escolha ponderada do enfermeiro que deverá efetuar o transporte, com conseqüente desfalque temporário de um posto devido à inexistência de equipas próprias, diferenciadas e treinadas de transporte no hospital. A equipa de transporte é formada por profissionais que estão no exercício, obrigando sempre à redução da dotação segura. Da mesma forma, nem sempre são selecionados os profissionais com o nível de competências mais adequado às necessidades do doente a transferir nem os que fizeram a primeira abordagem devido à necessidade de enfermeiros diferenciados no serviço. Foi esta capacidade extrema de gerir o equilíbrio entre as necessidades do TDC e as do serviço que tentei assimilar aquando dos turnos de coordenação de enfermagem.

O Enfermeiro procura excelência profissional, assegurando por todos os meios que estão ao seu alcance condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, art.º 109 2015).

Tal como nos serviços de urgência, os SMI devem possuir uma dotação de pelo menos 50% de enfermeiros com competências específicas de especialista (Ordem dos Enfermeiros, Parecer n.º 15 2018). Desempenhar funções de coordenação no SCCT é um desafio diário pela sua dimensão. Organizado por seis setores (enfermaria, bloco operatório, unidade de cuidados intermédios, unidade de cuidados intensivos, unidade de transplantação cardíaca e hospital de dia) e dividido em três especialidades (cardíaca, torácica e cardiologia) a sua coordenação é assegurada por três enfermeiros especialistas, em colaboração com a chefia.

De referência para os mais recentes membros, o coordenador de enfermagem é: destacado para integração de novos elementos na equipa de enfermagem e de AO; acolhe os estudantes de enfermagem (licenciatura ou especialidade/ mestrado) e analisa qual o enfermeiro que reúne as melhores competências consoante os objetivos de cada um. Pilar da equipa em caso de necessidade, de auxílio ou de dúvida, é conhecedor dos planos e princípios de atuação em múltiplas áreas, papel ativo esse que teve possibilidade de verificar.

Importante na gestão de conflitos, acarinha a equipa quando mais necessita visando o equilíbrio entre o seu cansaço e as necessidades dos doentes submetidos a cirurgia através do reconhecimento do seu esforço.

Enfermagem é humanização e prestação de cuidados de excelência. Concretizável através de uma harmoniosa gestão e agilização de todos os recursos (humanos e materiais) de um serviço, tal apenas é possível com uma equipa que funciona em uníssono, com os mesmos objetivos. Assim, todo o coordenador (seja da equipa de enfermagem, seja de setor) deve delegar algumas tarefas a fim de permitir a participação dos diversos intervenientes que os objetivos sejam cumpridos, sem que para isso se deleguem responsabilidades.

2. Competências Específicas

A área da Enfermagem Médico-cirúrgica aglomera uma vasta abrangência cuja prestação de cuidados requer conhecimentos especializados em áreas emergentes, sendo imperativo especificar competências consoante o destinatário e o contexto de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Seguem-se as competências específicas as respetivas actividades desenvolvidas nos estágios em contexto de Urgência e de Cuidados Intensivos nas áreas da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e da prevenção e controlo de IACS.

2.1. Domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

A evolução tecnológica, social e da área da saúde associadas à produção de novas evidências, exige uma constante atualização de conhecimentos e um aprimorar de competências visando a prestação de cuidados de enfermagem de forma segura e de qualidade. A área da saúde cria cada vez mais necessidades tendo a resposta da tecnologia através de novos equipamentos e serviços potenciado a promoção da saúde, prevenção e combate de doenças e possibilitado um aumento da esperança média de vida.

Como referido anteriormente, face ao facto de realizar o estágio no serviço onde desempenho funções, centralizei a prática dos cuidados à pessoa em situação em contexto de emergência. Assim, foi sempre mandatária a avaliação e abordagem sistemática do doente através da metodologia sistematizada *ABCDE*, identificando prontamente focos de instabilidade ou sinais de deterioração clínicos. A dedicação exclusiva a um doente permitiu uma visão completa das suas necessidades oferecendo uma resposta de forma pronta, antecipada e minuciosa, visando focos de instabilidade através da aquisição estratégias de trabalho em contextos adversos e permitindo a formulação de diagnósticos de enfermagem. Existiram sempre momentos de reflexão conjuntamente com a tutoria no início, no final de cada turno bem como aquando das avaliações das práticas clínicas instituídas (não esquecendo as realizadas individualmente).

Foram diversas as oportunidades de aprendizagem neste estágio enfatizadas pela centralidade deste hospital. Assim, surgiu a oportunidade de assistir à revascularização

coronária de um doente. Acompanhei uma Via Verde Coronária desde a sua admissão no SU até ao internamento. Este doente foi admitido na Sala de Emergência em choque cardiogénico. Acompanhado pela Viatura Médica de Emergência e de Reanimação (VMER) do Hospital Geral com dor torácica no início da tarde após esforço, mas sem queixas recorrentes nos dias anteriores. No transporte com os bombeiros, paragem cardiorrespiratória em ritmo desfibrilhável antes do *rendez-vous* com a VMER, manobras de suporte básico de vida com desfibrilhador automático externo (seis minutos com três ciclos sendo um com choque e dois não desfibrilháveis). À chegada da equipa diferenciada, vítima com pulso, mas inconsciente, reativo à estimulação dolorosa profunda e bradipneico. Tentativa de entubação orotraqueal (EOT), no local, sem sucesso (pescoço curto em indivíduo obeso), colocada máscara laríngea (ML). Sedado com propofol na entubação e durante o transporte. Aquando do transporte Eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST antero-lateral. Antecedentes de obesidade. À admissão da SE (descrição segundo metodologia ABCDE):

- A: Não permeável por ML e alteração do estado de consciência. Presença de secreções/ conteúdo alimentar. EOT com tubo orotraqueal nº. 8, 24 de comissura labial. Aspirado conteúdo alimentar em abundante quantidade.

- B: Ventilação ineficaz com ML. Após EOT, à observação, ventilação bilateral. Conectado a prótese ventilatória sob volume controlado. Frequência respiratória (FR):16cpm; Fração inspirada de oxigénio: 100% com Saturação de oxigénio: 99%. Realizada zaragatoa para despiste de SARS-CoV-2.

- C: À chegada pele corada e hidratada. Pressão arterial (PA): 96/62mm.Hg; frequência cardíaca (FC) na ordem 137 bpm, arritmico; Tempo de preenchimento capilar inferior a dois segundos. Possui cateter venoso periférico (cvp) no membro superior esquerdo obturado, colhe sangue para análises. Puncionado segundo cvp calibre 18 no membro superior direito. Administrado 10mg de Metoclopramida, 50mg de Rocurónio, 5mg de Midazolam e 50mg de Propofol. Inicia perfusão de Midazolam (5:1) a 1,5 cc/h. Colocada sonda vesical com saída de 460mL de urina clara. Reavaliação após EOT – PA: 102/72mm.Hg; FC: 146bpm. Colocada sonda nasogástrica com drenagem de ar, administrado 300mg de Aspirina e 180mg de Ticagrelor.

- D: Escala de Coma de Glasgow 6T, pupilas em midríase após administração da medicação. Reativo à estimulação externa e sem défices aparentes. Glicémia Capilar: 226mg/dL (valor gasimétrico).

- E: temperatura corporal 37°C, despido, sem lesões traumáticas evidentes e realizado espólio.

Após estabilização, escoltei-o até à sala de Hemodinâmica onde em cerca de 40 minutos identificaram a obstrução total da artéria descendente anterior tendo sido colocados dois *stents* através da artéria radial direita. Posteriormente acompanhei o doente, ainda sob ventilação mecânica invasiva (VMI) e sedação até à Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia.

Direito que não deve ser negligenciado é o de não sentir dor! O processo de gestão da dor em contexto de emergência por vezes é posto em segundo plano. A disponibilidade para a prestação de cuidados em exclusividade a um doente permitiu-me ter maior sensibilidade para a questão. Sendo nos doentes de trauma, na realização de cardioversões elétricas ou mesmo no doente submetido a VMI, tentei sempre alertar a equipa médica. Apesar de já ter essa percepção da minha experiência profissional, é raro o recurso à sedo-analgesia aquando da EOT, apenas recorrem à sedação do doente. Esta prática é justificada pela equipa médica pela necessidade de rápido procedimento, pela reduzida permanência do doente na SE e que posteriormente, no SMI seria proporcionado o devido conforto à Pessoa.

O TDC sendo um período de grande instabilidade, pode conduzir a complicações e ao agravamento da situação clínica dos doentes (Pinho, 2020). Existem vários fatores que influenciam o TDC, para além da própria instabilidade do mesmo, nomeadamente as condições do equipamento (viatura, sensibilidade do monitor à trepidação são alguns exemplos), as condições da estrada e meteorológicas. A principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos) no de origem para dar continuidade ao tratamento iniciado (SPCI, 2008). Inclui-se no TDC toda a deslocação do doente necessária para lhe proporcionar os ECD ou cuidados existentes no serviço destino compreendendo o intra ou inter-hospitalar. Todo o doente crítico é sujeito a transporte (excluindo o realizado em meio pré-hospitalar), podendo ou não ser pela necessidade de exames imagiológicos ou de procedimento cirúrgico urgente, este será sempre submetido a transferência para um serviço destino final (como exemplo: SMI, intermédia, angiografia de intervenção, entre outros).

Perante a centralização dos hospitais e sendo o CHUC fim de linha, são inúmeros os transportes inter-hospitalares. A decisão de transferência de um doente é tomada pelo médico, sendo coresponsabilidade do enfermeiro avaliar os benefícios e riscos inerentes ao transporte. O planeamento da transferência é assim efetuado pela equipa médica e de enfermagem com propósito de regresso à área de residência ou mesmo para internamento noutra polo do próprio hospital.

Tive a oportunidade em contexto de estágio de realizar o TDC de um doente feminino vítima de grandes queimaduras (mais de 70% da superfície corporal). Pela sua complexidade

e tendo por base um score superior a sete na escala de risco de transporte, necessitou de acompanhamento médico e de enfermagem em ambulância medicalizada de modo a ser transferida para a Unidade de Queimados do CHUC (bloco de Celas). Pude ter um olhar mais crítico sobre o TDC, obrigando-me ao desenvolvimento de uma capacidade de antecipação de possíveis intercorrências tal como recomenda o manual do TDC da SPCI. Não sendo o primeiro TDC que realizo e possuindo formação neste âmbito quis aproveitar esta oportunidade para reavivar os conhecimentos. A escolha do momento certo, ao seja, após a estabilização do doente, da equipa certa (qualificada) e uma adequada coordenação entre instituições/ serviços permite obsequiar ao doente os recursos disponíveis e dos quais necessita.

A investigação possibilita a adoção da prática autónoma do enfermeiro, contribui para a segurança dos cuidados e para a otimização dos resultados em Enfermagem, assim como para o desenvolvimento profissional. Tomadas de decisão mal informadas ou baseadas no hábito poderão estar na base de erros, sendo prestados cuidados de má qualidade, inúteis, ineficazes ou, até, com efeito deletério (Pinho, 2020).

Como referido anteriormente, o avanço tecnológico potencia a promoção, prevenção e melhoria dos cuidados de saúde o que exige uma constante atualização de conhecimentos e um aprimorar de competências objetivando uma prestação de cuidados de enfermagem de forma segura e de qualidade.

Os SMI são espelho desta complexidade, verificando-se nestas unidades os mais recentes dispositivos, técnicas e protocolos a serem aplicados. Foi neste âmbito que quis centralizar este estágio, visando a destreza no manuseio de equipamentos e protocolos sempre com base na mais recente evidência.

Neste sentido, tive a oportunidade de desenvolver alguma autonomia na otimização de fármacos vasoativos e outras perfusões contínuas, aplicar os modos ventilatórios mais utilizados e seus parâmetros, identificar as alterações decorrentes da compreensão dos dados obtidos pela gasometria: consoante as necessidades e a capacidade do doente é escolhido o modo ventilatório, determinando como o primeiro e o ventilador irão interagir durante o suporte. Existem modalidades em que o dispositivo assume por completo o controlo da respiração – seja por volume ou por pressão – por incapacidade do doente em iniciar um ciclo ventilatório (ou quando tal lhe é deletério). Outras permitem a sua interação existindo uma assistência por parte do ventilador. Deste modo, na Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada o ventilador combina ciclos controlados, em frequência pré-estabelecida, com ciclos espontâneos assistidos com o auxílio da pressão de suporte. À medida que se progride

com o desmame ventilatório, o doente passa a ventilação com pressão de suporte, ou seja, recebe uma pressão positiva durante a fase inspiratória, sendo a FR espontânea, sem a necessidade de ajuste pelo operador (excetuando ventilação de resgate). Por fim, o modo de Pressão Contínua nas vias aéreas é considerado espontâneo (e não um verdadeiro modo ventilatório), sendo que tanto a inspiração como a expiração ocorrem contra uma resistência constante (pré-determinada no ventilador), mantendo-se pressão nos pulmões aquando do final da expiração (Machado et al., 2018).

Tive oportunidade igualmente de prestar cuidados ao doente submetido a hemodiafiltração venovenosa contínua. Esta técnica proporciona um aumento da eficácia dialítica pela sua diferença relativamente à hemodiálise convencional. A velocidade de circulação do dialisante é inferior e à baixa velocidade de bomba de sangue soma-se uma diluição infundida continuamente num compartimento externo ao filtro proporcionando gradiente de concentração e aumentando a depuração das pequenas moléculas por difusão (Torres, 2012).

A pandemia por SARS-CoV-2 levou à popularidade das técnicas de Circulação Extracorpórea (CEC) e com esta, a minha curiosidade em compreender e observar o seu mecanismo. A CEC tem por objetivo reproduzir a função do coração e/ou pulmão (venoarterial – coração e pulmão e venovenoso quando apenas substitui o pulmão). O sangue do sistema venoso sistémico é desviado permanentemente do corpo para o circuito da CEC, uma bomba conduz o sangue através do oxigenador e o devolve ao doente através de uma cânula arterial (Lima & Cuervo, 2019). Durante o estágio tive oportunidade de verificar os diversos momentos em que no SCCT recorrem a esta técnica, seja no BO em cirúrgica cardiotorácica de tórax aberto, seja na Unidade de Cuidados Intensivos ou UTC por descompensação cardíaca e necessidade de substituição da mesma. Esta oportunidade trouxe-me um desenvolvimento teórico e prático quanto à perceção dos recursos necessários para cirurgias cardíacas de tórax aberto ou aquando falência orgânica, dos cuidados de enfermagem inerentes e dos riscos intrínsecos a estes dispositivos.

O contacto e as aprendizagens acerca do Pacemaker epicárdico (auricular, ventricular ou ambos) foi importante. A alta complexidade deste tipo de doente permitiu-me a aquisição de uma panóplia de conhecimentos e experiência que procurava.

O empoderamento dos indivíduos é sugerido pela Organização Mundial de Saúde desde 1996 através da Carta de Ottawa. Este visa a autonomia dos indivíduos e a responsabilização da pessoa pelo seu estado de saúde. A adesão ao regime terapêutico consiste no comportamento da pessoa em relação à toma de medicamentos, ao cumprimento da dieta, estilos de vida e a qualquer alteração indicada pelo profissional de saúde, sendo o

seu comprimento essencial para o bem-estar do indivíduo (Monterroso, 2015). Aquando o estágio nos diversos setores do SCCT mas principalmente no hospital de dia pode realizar ensinamentos de modo a proporcionar futuros ganhos em saúde à Pessoa, pois todo o doente que necessita de tratamento e/ou cuidados cardiotorácicos necessita de adaptar-se a novos estilos de vida, seja quanto à restrição da ingestão hídrica da pessoa com insuficiência cardíaca, seja no isolamento de proteção da pessoa imunodeprimida por transplante cardíaco.

2.2. Domínio da prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde perante a pessoa em situação crítica

Face aos constantes e crescentes desafios que se colocam no setor da Saúde, é imperativa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Pinho et al., 2020). A reduzida incidência de IACS é considerada IQ. Adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, estas podem afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Dificultam o tratamento dos doentes e são reconhecidas como importante causa de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (Direção Geral da Saúde, 2017).

No atual contexto de pandemia, importa que as instituições de saúde tomem medidas em proporcionalidade para participar no esforço comum na contenção da mesma. Testemunhamos a capacidade de virulência e do impacto que simples gestos têm na propagação do SARS-CoV-2. Algo que todos os profissionais de saúde já tinham consciência, relativamente às IACS ou infeções por microrganismos multirresistentes, mas que ganhou uma importante envergadura na nossa vida e na sociedade.

A criação de um ambiente seguro para todos os envolvidos é uma constante, com maior ênfase nos dias que correm. Este ambiente seguro é desde logo potenciado em contexto de urgência pela chamada CODU ou na pré-triagem através da colheita de informação pertinente que será transmitida à equipa de modo a providenciar os recursos necessários com a ativação da equipa da ADC, *box* de isolamento de proteção do doente em caso de neutrofilia ou ainda isolamento de contacto de um doente com alguma suspeita de outro tipo de doença infecciosa.

Mais uma vez realço o papel do coordenador na reorganização da equipa aquando da ativação da ADC mas também o do enfermeiro especialista/ mestre ou responsável de setor de modo a gerir a sala para evitar o mínimo de contactos com quem necessita de isolamento,

dedicar apenas um enfermeiro sempre que possível, mas também providenciar o máximo de distanciamento (idealmente dois metros) entre cada doente na sala.

Constava nos meus objetivos assistir a uma reunião dos elos de ligação do SU com a UPCIRA. Infelizmente tal não foi possível pela existência de outros estudantes a realizar estágio nesta unidade.

Aquando do turno de coordenação no SCCT, tive a oportunidade de verificar o papel ativo do enfermeiro especialista (o enfermeiro coordenador é elo de ligação com a UPCIRA) na gestão deste risco. Por exemplo, perante o surgimento de novos casos de pessoas infetadas com CPE, o elo de ligação tem um papel preponderante na reorganização do serviço de modo a otimizar os recursos e diminuir a incidência de casos. Para tal, conjuntamente com a UPCIRA, redefine circuitos sujos e limpos, agenda higienização geral do SMI mensalmente (sempre que possível) e reforça as boas práticas de controlo de infeção junto da equipa de enfermagem, médica e de AO de modo a prevenir perpetuação de cadeias de infeção.

A prevenção de infeções cruzadas passa maioritariamente pelo respeito pelos gestos de barreira: higienização adequada das mãos, dos espaços e materiais, uso de equipamentos de proteção individual quando recomendado, rastreio rigoroso dos doentes periodicamente e manuseamento adequado dos equipamentos e dispositivos médicos.

Assim, enquadra-se neste domínio a realização da proposta de norma de procedimentos de prevenção de infeção associada ao CVC, de rastreio de SARS-CoV-2 e de CPE anteriormente abordadas.

Parte II – Investigação

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FORENSE EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE DOS
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS**

**FORENSIC NURSING CARE IN PORTUGAL: AN ANALYSIS OF KNOWLEDGE
AND PRACTICE**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FORENSE EN PORTUGAL: UN ANÁLISIS DE LOS
CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA**

RESUMO

Introdução: Os casos de violência e trauma estão em constante crescimento em Portugal. A capacitação em conhecimentos das equipas de enfermagem é fulcral para a concretização de boas práticas no âmbito forense de modo a proporcionar à pessoa, seja ela vítima, suspeita ou agressora os devidos cuidados de saúde, médico-legais e em prol da segurança jurídica do enfermeiro.

Objetivos: Avaliar as práticas e os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre enfermagem forense.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional de matriz transversal realizado com os enfermeiros portugueses. A recolha de dados teve por base o Questionário Geral Enfermagem Forense (QGEF) de Cunha & Libório (Libório, 2012). O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu nº. 10/ SUB/ 2021 e da Ordem dos Enfermeiros cuja a colaboração na divulgação decorreu de 6/05/2021 a 31/05/2021.

Resultados: Foram incluídos 403 enfermeiros, representando 0.55% do universo do corpo de enfermagem inscrito na OE de Portugal, maioritariamente do género feminino (81,1%) e com uma idade média de 41,18 anos ($\pm 9,71$). Estes consideram que possuem baixos conhecimentos ainda que executem práticas adequadas no domínio da enfermagem forense. A formação disponível é insuficiente ainda que a considerem muito importante (90,6%). Apurou-se que a frequência de formação e a existência de protocolos são impactantes no nível de conhecimentos e na qualidade das práticas forenses ($p < 0,05$).

Conclusões: Os serviços de saúde carecem de experts forenses e a sua inexistência põe em risco procedimentos rigorosos, a cadeia de custódia e por consequência direitos médico-legais da vítima. A adoção de programas curriculares académicos com inclusão de conteúdos forenses, o treino e a formação de equipas poderão melhorar os cuidados de enfermagem forenses prestados à comunidade.

Palavras-Chave: Enfermagem Forense; Conhecimento; Estudo Observacional.

ABSTRACT

Introduction: Cases of violence and trauma are constantly increasing in Portugal. The knowledge empowerment of the nursing teams is essential for the implementation of good practices in the forensic area so as to provide the person, whether victim, suspect or aggressor, with the necessary health, medico-legal and legal care, as well as the legal safety of nurses.

Objectives: To assess the practices and knowledge of Portuguese nurses about forensic nursing.

Methods: Quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study carried out with Portuguese nurses. Data were collected using the General Forensic Nursing Questionnaire by Cunha & Libório (Libório, 2012). The study obtained a favorable approval by the Ethics Committee of the Polytechnic Institute of Viseu, no. 10/SUB/ 2021, and by the Ordem dos Enfermeiros, whose collaboration in the disclosure took place between May 6, 2021, and May 31, 2021.

Results: 403 nurses were included, representing 0.55% of the universe of nurses registered in the Ordem dos Enfermeiros. Most of them were female (81.1%) and had a mean age of 41.18 years (± 9.71). They consider that they have low knowledge even though they perform adequate practices in the field of forensic nursing. The available training is insufficient even though they consider it very important (90.6%). It was found that the frequency of training and the existence of protocols have an impact on the level of knowledge and quality of forensic practices ($p < 0.05$).

Conclusions: Health services lack forensic experts, and their absence jeopardizes rigorous procedures, the chain of custody and consequently the medico-legal rights of the victim. The adoption of academic curricula that include forensic content, training and team building may improve the forensic nursing care provided to the community.

Keywords: Forensic Nursing; Knowledge; Observational Study.

RESUMEN

Introducción: Los casos de violencia y traumatismo aumentan constantemente en Portugal. La potenciación de los conocimientos de los equipos de enfermería es esencial para la implementación de buenas prácticas en el área forense, con el fin de proporcionar a la persona, ya sea víctima, sospechosa o agresora, los cuidados sanitarios, médico-legales y jurídicos necesarios, así como la seguridad jurídica de las enfermeras.

Objetivos: Evaluar las prácticas y los conocimientos de las enfermeras portuguesas sobre la enfermería forense.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional de matriz transversal realizado con los enfermeros portugueses. Los datos se recogieron mediante el Cuestionario General de Enfermería Forense de Cunha & Libório (Libório, 2012). El estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética del Instituto Politécnico de Viseu nº 10/ SUB/ 2021 y de la Orden de los Enfermeros cuya colaboración en la divulgación tuvo lugar entre el 6/05/2021 y el 31/05/2021.

Resultados: Se incluyeron 403 enfermeros, que representaban el 0,55% del universo de enfermeros registrados en la Orden de los Enfermeros. La mayoría eran mujeres (81,1%) y tenían una edad media de 41,18 años ($\pm 9,71$). Consideran que tienen pocos conocimientos, aunque realizan prácticas adecuadas en el ámbito de la enfermería forense. La formación disponible es insuficiente, aunque la consideran muy importante (90,6%). Se comprobó que la frecuencia de la formación y la existencia de protocolos influyen en el nivel de conocimientos y la calidad de las prácticas forenses ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los servicios de salud carecen de expertos forenses y su ausencia pone en riesgo los procedimientos rigurosos, la cadena de custodia y, en consecuencia, los derechos médico-legales de la víctima. La adopción de planes de estudios académicos, que incluyan contenidos forenses, formación y creación de equipos puede mejorar los cuidados de enfermería forense prestados a la comunidad.

Palabras Clave: Enfermería Forense; Conocimiento; Estudio Observacional.

Introdução

Os Enfermeiros são dos primeiros profissionais de saúde a contactar com o crime violento e o trauma e o seu principal objetivo consiste na assistência à vítima priorizando cuidados de saúde, mas também na identificação, segurança e preservação dos vestígios (Ferreira, 2018).

Existe uma multiplicidade de casos que necessitam de cuidado redobrado na manipulação de vestígios de forma a não quebrar a cadeia de custódia. Os casos de violência doméstica, vítimas por armas de fogo e agressões são os mais comuns, mas os cuidados às vítimas de acidente de viação e de trabalho, por exemplo, também requerem uma abordagem específica de forma que processos de peritagem não possam ser adulterados (Gomes, 2016).

Com o confinamento imposto pela situação pandémica da *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), verificou-se uma diminuição do número de acidentes de viação. Em 2020, ocorreram 26 501 acidentes, comparativamente aos números tendencialmente crescentes desde 2012 até 2019, com a ocorrência de 35 704 acidentes em 2019 (Pordata, 2021). Porém, este mesmo isolamento social levou igualmente a um desvio comportamental dos homens, potenciando situações de violência doméstica. Registou-se um aumento de 60% nas chamadas de emergência de mulheres vítimas ou ameaçadas de violência doméstica por parte dos parceiros, em comparação com período homólogo de 2019 (Organização Mundial de Saúde, 2020).

A valorização do papel do enfermeiro neste âmbito ainda está muito aquém. O papel do enfermeiro forense é determinante na prestação de cuidados à pessoa, família sujeitos a estes tipos de cenário, na promoção e proteção da saúde, mas igualmente no processo de investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Se a primeira abordagem à vítima ou ao agressor consiste numa prestação de cuidados de enfermagem promotora de vida, redução de lesões físicas, psicológica e da dor, também devem estar associados cuidados médico-legais que respeitem a colheita, preservação e documentação de vestígios passíveis de futura investigação jurídica (Cruz, 2017).

Pela panóplia de casos forenses que surgem no quotidiano da prática de enfermagem, pela primeira abordagem ser assegurada frequentemente por estes profissionais e pela inevitabilidade de interferência na cadeia de custódia na própria prestação de cuidados, urge identificar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros portugueses na execução de procedimentos forenses. Deste modo, esta investigação tem como objetivo avaliar as práticas e os conhecimentos do Enfermeiros Portugueses sobre Enfermagem Forense. Para esse

efeito definimos como questões de investigação: ***Qual o nível de conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre enfermagem forense? Quais as práticas forenses dos enfermeiros portugueses?***

Enquadramento Teórico

Considerado um problema de saúde pública, o crime violento e os traumas associados requerem uma atuação dinâmica da equipa multidisciplinar, envolvendo igualmente profissionais de saúde (Gomes, 2016).

Situações de trauma, de asfixia e intoxicação, de violência interfamiliar, de violência coletiva, de psiquiatria e detenção, e investigações de morte constituem algumas das situações forenses com que o Enfermeiro do serviço de urgência se pode deparar (Ferreira, 2018). Para além destas situações é de ressaltar que só em 2019 ocorreram em Portugal 89 crimes de homicídio voluntário consumado, 16 872 crimes de condução de veículo com uma taxa de álcool no sangue (TAS) superior a 1,2g/L, sendo que 182 portugueses perderam a vida com uma TAS superior a 0.5g/L, foram identificadas 33 472 vítimas de violência doméstica e 26 573 agentes ou suspeitos de crimes de violência doméstica (Pordata, 2021).

Com vista a uma primeira abordagem de cuidados de saúde à vítima de violência, privilegiam-se a assistência pré-hospitalar e os serviços de urgência. Nestes serviços, os enfermeiros têm um papel fundamental neste tipo de vítima cuja necessidade de cuidados diferenciados é inerte. Os enfermeiros constituem o grupo profissional mais prevalente, possuem uma diferenciação de conhecimentos, têm presença 24 horas e são os primeiros profissionais no atendimento à pessoa, nomeadamente através do gabinete de triagem (Donaldson, 2020).

O enfermeiro tem papel de assistência à vítima promovendo cuidados de saúde. Porém, também é seu dever proceder à preservação dos vestígios que, *à posteriori* poderão ser alvo de prova pericial em Tribunal como relevância médico legal (Berishaj et al., 2020; Cruz, 2017). Consideram-se vestígio qualquer material útil para relacionar um certo crime com um presumível suspeito da prática do mesmo, com uma arma ou um lugar (Ferreira, 2018). Estes, considerados prova física, podem ser considerados inviáveis em caso de erro de interpretação, de recolha ou caso não sejam encontrados. O *Princípio de Locard* deve orientar a colheita e preservação forense - no local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntária ou involuntariamente vestígios do local onde se praticou o ato criminoso (Cruz, 2017). De modo que qualquer prova seja considerada plausível em termos jurídicos, devem existir garantias da não manipulação por parte de terceiros. Esta prática é denominada de “Cadeia de custódia” refere-se à “criação de um registo permanente de documentação do nome e função de cada pessoa responsável pela

preservação da evidência forense em cada etapa de sua colheita, armazenamento e transporte para avaliação” (Cruz, 2017, pp. 38). Nesse sentido e perante uma vítima de violência ou trauma, o Enfermeiro tem um papel ativo e fulcral tanto na preservação da vida podendo a recolha e manutenção de potenciais indícios judiciais correrem riscos de serem descorados, levando a uma quebra da cadeia de custódia e conseqüentemente à perda de evidências forenses necessárias para a investigação. Deste modo, o Enfermeiro intervém na identificação de lesões ou vestígios, na preservação dos últimos e na garantia de cumprimento da cadeia de custódia não esquecendo do seu papel na articulação com as autoridades e a medicina legal.

1. Métodos

O estudo quantitativo, descritivo-correlacional de matriz transversal foi realizado com Enfermeiros inscritos na Ordem do Enfermeiros (OE) que exercem funções em Portugal Continental e Arquipélagos. Dados mais recentes fornecidos pela OE, informam que população alvo é constituída por 73912 Enfermeiros (Ordem do Enfermeiros, 2018). Foram excluídos enfermeiros que exercem funções no estrangeiro e aposentados. A amostra, não probabilística por conveniência, contou com 403 Enfermeiros representando apenas 0,55% % da população que constitui o corpo de enfermagem inscrito na OE de Portugal, denotando uma baixa adesão ao estudo.

A recolha de dados realizada entre os dias 6 a 31 de maio de 2021, teve por base um instrumento de colheita de dados constituído por três questionários:

- 1) Questionário Geral Enfermagem Forense (QGEF) de Cunha & Libório (Libório, 2012), que integrou questões sociodemográficas, académicas, profissionais e formativas no âmbito da Enfermagem Forense;
- 2) Questionário sobre Conhecimentos e Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF), que possui 74 perguntas dicotómicas que avaliam os conhecimentos sobre conceitos, situações e vestígios forenses, comunicação e documentação das evidências e cuidados na preservação de vestígios. A cada item com resposta correta é atribuída uma cotação de um ponto (se errada, zero pontos), tendo um score global de 74 pontos. Quanto maior o score global melhor o nível de conhecimentos (Coelho et al., 2016);
- 3) Questionário sobre as práticas de enfermagem forense, baseado no mesmo questionário e constituído por 25 questões com o objetivo de averiguar se os enfermeiros executam ou não uma determinada prática.

Para o estudo da consistência interna das escalas e respetivas subescalas utilizadas no presente estudo utilizámos o coeficiente Alpha de Cronbach (α). Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que a maioria dos autores (Marôco, 2007), refere que são aceitáveis resultados iguais ou superiores a 0,70. Os resultados demonstram que nas subescalas do QCPEF obtivemos valores de α muito baixos ($\alpha < 0,7$) e, na maioria delas, inferiores aos encontrados por Libório (2012). No global do questionário observamos um valor, que embora inferior ao referenciado por Libório (2012), é superior ao limite atrás mencionado. Estes resultados levaram-nos a optar por não considerar as

subescalas e realizar as análises estatísticas, apenas, para o global do questionário. Para o questionário das práticas sobre enfermagens forense obtivemos um valor bastante elevado ($\alpha= 0,96$) pelo que se justifica o cálculo de um score global (Tabela 1).

Tabela 1 – Consistência interna das subescalas e do global do QCPEF e do questionário sobre práticas de enfermagem forense.

Questionários de Conhecimentos sobre Práticas Enfermagem Forense	<i>Alpha de Cronbach</i> (α) (No presente estudo)	<i>Alpha de Cronbach</i> (α) (Libório, 2012)
Questionários sobre Práticas de Enfermagem Forense		
Subescala 1 - Conceito de Enfermagem Forense	0.350	0.566
Subescala 2 - Situações Forenses	0.388	0.752
Subescala 3 - Vestígios Forenses	0.663	0.816
Subescala 4 - Comunicação e Documentação	0.506	0.600
Subescala 5 - Cuidados de Enfermagem Gerais	0.464	0.573
Subescala 6 - Preservação de Vestígios	0.581	0.533
Global do QCPEF	0.730	0.807
Questionário sobre práticas sobre enfermagem forense	0.957	---

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Politécnico de Viseu (n.º10/SUB/2021). Os questionários foram elaborados através da plataforma Google Forms e divulgados via OE. Todos os participantes foram voluntários e informados dos seus direitos e do objetivo do estudo tendo assinado consentimento livre.

Os dados foram explorados através de estatística descritiva recorrendo a frequências absolutas e percentuais e a medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão). Este estudo possui um erro amostral de 4,9% e um grau de confiança de 95%. Também foi aplicada estatística inferencial, nomeadamente o teste *U* de Mann-Whitney e de *Kruskal-Wallis* (na presença de dados contínuos) e do teste Qui-quadrado (χ^2) ou equivalente teste de Fisher (na presença de dados dicotómicos ou ordinais). Para correlacionar duas variáveis contínuas utilizámos o coeficiente de correlação de *Spearman*. Para definirmos os grupos/ pontos de corte de classificação dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense e da execução destas mesmas práticas, seguimos os métodos propostos por Pestana e Gageiro (2014), para definição de grupos extremos, e atendendo que ambas as variáveis apresentaram distribuição não normal (teste de Kolmogorov-Smirnov, $p<0,001$), utilizámos a fórmula: *mediana* \pm *0.25 x amplitude inter-quartil*. Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Marôco (2007). Em todos os testes, fixámos o valor 0,05 como limite de significância, ou seja,

rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5% ($p < 0,05$). Para realizar o tratamento estatístico utilizamos o *software IBM Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), na versão 26.0.

2. Resultados

A amostra contou com 403 Enfermeiros Portugueses, maioritariamente do género feminino (81,1%; n=327) e com uma média de idade de 41,18 anos ($\pm 9,71$). Possui Mestrado/Especialidade 44,9% (n=181) enquanto que 61,5% (n=248) estão na carreira de Enfermeiro, a maioria trabalha na região Centro de Portugal (72,5%; n= 292), possuem uma média de 17,82 anos de experiência profissional ($\pm 9,96$) e 10,33 anos de experiência no atual serviço onde exercem funções ($\pm 8,76$), sendo que a generalidade não trabalha em contexto de urgência (65,3%; n=263) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e profissionais da amostra.

Variáveis	n	%
Género		
Feminino	327	81,1
Masculino	76	18,9
Grupo etário		
< 30	46	11,4
30 – 39	149	37,0
40 – 49	116	28,8
50 – 59	76	18,8
≥ 60	16	4,0
$\bar{x} = 41,18$ Md = 40,0 s = 9,71 X _{min} = 23 X _{máx} = 64 p < 0,001		
Habilitações académicas		
Bacharelato	4	1,0
Licenciatura	161	40,0
Pós-graduação	55	13,6
Mestrado / Especialidade	181	44,9
Doutoramento	2	0,5
Trabalha em serviço de urgência		
Não	263	65,3
Sim	140	34,7
Região portuguesa onde trabalha		
Portugal Continental	395	98
Norte	57	14,1
Centro	292	72,5
Sul	46	11,4
Madeira	3	0,7
Açores	5	1,2
Categoria profissional		
Enfermeiro	248	61,5
Enfermeiro Especialista	138	34,2
Enfermeiro Gestor	17	4,2
Tempo de experiência profissional (anos)		
< 10	92	22,8
10 – 19	146	36,2
20 – 29	101	25,1
30 – 39	56	13,9
≥ 40	8	2,0
$\bar{x} = 17,82$ Md = 17,0 s = 9,96 X _{min} = 0 X _{máx} = 44 p < 0,001		
Tempo de exercício de funções no serviço (anos)		
< 10	215	53,3

10 – 19				116		28,8
20 – 29				60		14,9
30 – 39				10		2,5
≥ 40				2		0,5
$\bar{x} = 10,33$	$Md = 8,0$	$s = 8,76$	$x_{min} = 0$	$x_{máx} = 40$		$p < 0,001$

A análise das características da prestação de serviço e da formação, revela que (45,7%; n=184) dos inquiridos afirmam contactar raramente com casos forenses e que as situações clínicas mais frequentes são as relacionadas com traumatismo (73%; n=294), acidentes de viação (66,0%; n=266) seguido das lesões por armas de fogo ou brancas (52,1%; n=210). A existência de protocolos institucionais relacionados com intervenção forense, apenas é confirmada por 7,7% (n=31) o confirma. Os Enfermeiros consideram a formação na área forense de importante a muito importante (90,6%; n=365) e 90,3% (n=364) gostaria de frequentar este tipo de formação, sendo que apenas 9,7% (n=39) adquiriam formação em serviço com uma média de 6,78h ($\pm 9,0$) e que 69,5% (n=280) não assistiram a formações extrainstitucionais por: desconhecimento da sua existência (59,3%; n=166), pouca oferta formativa (29,6%; n=83), desinteresse (7,5%; n=21) ou falta de tempo (3,6%; n=10). Os enfermeiros que frequentaram formação extrainstitucional neste âmbito, tiveram uma média de 35,66h ($\pm 87,32$) sendo que a maioria, 39,8% (n=49) a obteve em ações de formação. A maioria dos inquiridos considera de importante a muito importante a existência do enfermeiro forense em Portugal (93,5%; n=377), e classifica a sua intervenção igualmente como tal (94,1%; n=379). De realçar que classificam o seu nível de conhecimento nesta temática inexistente a pouco apropriado (65,7%; n=265). Quanto à existência de material específico para a abordagem de casos forenses, 63% (n=254) afirma não existir no seu serviço e 7,7% (n=31), possuem sacos de papel, material para abordagem à pessoa vítima de violação sexual, câmara fotográfica, entre outros (Tabela 3).

Tabela 3 – Características da prestação de serviço e da formação da amostra.

Variáveis	n	%
Situações clínicas com as quais teve contacto no serviço		
Lesões por Armas de Fogo ou Brancas	210	52,1
Violência Conjugal	202	50,1
Violência contra Idosos	145	36,0
Violência contra Crianças	58	14,4
Negligência e má prática clínica	165	40,9
Acidentes de Viação	266	66,0
Homicídio ou Suicídio	165	40,9
Traumatismo	294	73,0
Morte Violenta	89	22,1
Agressão Sexual	97	24,1
Colheita e preservação de vestígios	75	18,6
Frequência da prestação de cuidados a pessoas vítimas de violência		
Muitas vezes	30	7,4
Algumas vezes	136	33,7
Raramente	184	45,7
Nunca	53	13,2

No serviço existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais		
Não	227	56,3
Sim	31	7,7
Não sabe	145	36,0
Importância de incluir formação sobre enfermagem forense no plano de formação em serviço		
Nada importante	1	0,2
Pouco importante	25	6,2
Indiferente	12	3,0
Importante	195	48,4
Muito importante	170	42,2
No âmbito da prestação de cuidados, no serviço, foi realizada formação sobre ciências forenses		
Não	364	90,3
Sim	39	9,7
Tempo de formação sobre ciências forenses realizada no serviço (horas)		
< 4	12	30,8
4 – 8	15	38,4
9 – 13	9	23,1
≥ 14	3	7,7
$\bar{x} = 6,78$ $Md = 4,0$ $s = 9,0$ $x_{min} = 1$ $x_{máx} = 50$ $p < 0,001$		
Frequência de formação na área de enfermagem forense		
Sim	123	30,5
Não	280	69,5
Tipo de formação frequentada		
Conferências	38	30,9
Jornadas	38	30,9
Ações de formação	49	39,8
Workshop	22	17,9
Outros	40	32,5
Tempo de formação sobre ciências forenses (horas)		
< 10	51	41,5
10 – 19	23	18,7
20 – 29	16	13,0
≥ 30	20	16,3
Não respondeu	13	10,6
$\bar{x} = 35,66$ $Md = 10,0$ $s = 87,32$ $x_{min} = 1$ $x_{máx} = 600$ $p < 0,001$		
Motivo da não frequência de formação na área de enfermagem forense		
Pouca oferta formativa na área	83	29,6
Falta de tempo	10	3,6
Não teve conhecimento de formação na área	166	59,3
Não tem interesse pela área	21	7,5
Gostaria de frequentar formação na área de enfermagem forense		
Sim	364	90,3
Não	39	9,7
Importância da existência do enfermeiro forense em Portugal		
Nada importante	1	0,2
Pouco importante	8	2,0
Indiferente	17	4,2
Importante	196	48,6
Muito importante	181	44,9
Importância da intervenção do enfermeiro forense		
Nada importante	1	0,2
Pouco importante	4	1,0
Indiferente	19	4,7
Importante	197	48,9
Muito importante	182	45,2
Classificação do conhecimento próprio sobre práticas de enfermagem forense		
Inexistente	92	22,8
Pouco apropriado	173	42,9
Razoável	92	22,8
Apropriado	33	8,2

Muito apropriado	13	3,2
Existência no serviço de material específico para prestação de cuidados de enfermagem forense		
Não	254	63,0
Sim	31	7,7
Não sabe	118	29,3

A análise da classificação dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense e da execução destas mesmas práticas, patenteia que as pontuações que variaram entre 46 e 74 pontos, sendo o valor médio $65,95 \pm 4,71$ pontos. Metade dos profissionais obteve pontuações iguais ou superiores a 67,0 pontos. Observou-se que 40,2% dos enfermeiros foram classificados no grupo extremo designado por “nível insuficiente” de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense, seguidos de 30,5% que foram incluídos no “nível razoável” e dos restantes 29,3% que obtiveram pontuações que posicionaram os conhecimentos evidenciados no “nível excelente”.

Os resultados dos scores para as práticas de enfermagem forense variaram entre 0 e 25 pontos, tendo como valor médio $14,03 \pm 8,35$ pontos. Contactou-se que 40,7% dos enfermeiros executam práticas de enfermagem forense, de forma muito adequada, seguindo-se 35,5% que integraram o grupo extremo inferior, isto é, evidenciaram execução menos adequada das práticas de enfermagem forense. (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação dos conhecimentos e das práticas de enfermagem forense.

Variáveis	n	%
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense		
Nível insuficiente ($\leq 65,75$ pontos)	162	40,2
Nível razoável (entre 65,75 e 68,25 pontos)	123	30,5
Nível excelente ($\geq 68,25$ pontos)	118	29,3
$\bar{x} = 65,95$ Md = 67,0 s = 4,71 xmin = 46 xmax = 74 p < 0,001		
Práticas de enfermagem forense		
Pouco adequadas ($\leq 10,0$ pontos)	143	35,5
Razoavelmente adequadas (10,0 a 18,0 pontos)	96	23,8
Muito adequadas ($\geq 18,0$ pontos)	164	40,7
$\bar{x} = 14,03$ Md = 14,0 s = 8,35 xmin = 0 xmax = 25 p < 0,001		

O cálculo dos quartis para os resultados do QCPEF, mostra que as 25% de questões com maior percentagem de respostas corretas no QCPEF, ou seja, cujo resultado é superior ou igual ao Quantil 3, são: nº 41, nº 47, nº 23, nº 25, nº 66, nº 21, nº 12, nº 29, e nº 30. Segundo o autor original do instrumento, estas questões relacionam-se com “Cuidados de Enfermagem Gerais”, “Vestígios Forenses” e “Situações Forenses” (Libório, 2012). Ao invés de as 25% de

questões com menor percentagem de respostas corretas, ao seja cujo cálculo é inferior ou igual ao quartil 1, são: nº 63, nº 57, nº 62, nº 7, nº 71, nº 1, nº 69, nº 56, nº 4, nº 70, nº 46, nº 9, nº 5, nº 16, nº 43, nº 3, nº 73, nº 36 e nº 52 sendo que a maioria se relaciona com a “Preservação de Vestígios” e os “Conceitos de Enfermagem Forense” (Libório, 2012).

Quanto ao QPEF, averiguamos que as 25% de questões com maior percentagem de práticas executadas são: nº 7, nº 8, nº 6, nº 5, nº 14, nº 19 e nº 16 (igual ou superior ao quartil 3). As com maior percentual de exequibilidade são a nº7 (*Considera que a identificação de casos suspeitos de maus tratos/negligência ocorre com o envolvimento de outros elementos da equipa multidisciplinar?*), com 90.6% ($n=365$) e a nº.8 (*Regista com rigor os locais de punções venosas, drenagens e outros procedimentos invasivos?*), com 86.1% ($n=347$). Contrariamente, as 25% de questões com menor exequibilidade são: nº 15, nº 18, nº 1, nº 17, nº 10, nº 22 e nº 4. As práticas menos aplicadas na prática dos enfermeiros são a nº4 (*Procede à recolha de vestígios materiais (tais como vidros, tintas, entre outros) de acordo com os devidos procedimentos médico-legais?*) com 36,7% ($n=148$) e a nº 22 (*Fotografa as lesões físicas ou outros vestígios com consentimento da vítima, identificando-os com régua no campo fotográfico?*), 39,7% ($n=160$). Os inquiridos justificam estas não práticas com a falta de conhecimentos, informação, formação, protocolos, recursos, tempo ou pela não aplicabilidade no contexto de serviço onde se inserem/ inexperiência com casos forenses.

Por fim, analisámos a relação entre as práticas de enfermagem forense e o nível de conhecimento, e outras variáveis (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação das práticas de enfermagem forense com as diversas variáveis.

Variáveis	Práticas de enfermagem forense			p ^(a)
	r _s			
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense	0,01			0,914
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p ^(b)
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense				
Género feminino	199,59	65,87	67,0	0,388
Género masculino	212,36	66,28	67,0	
Práticas de enfermagem forense				
Género feminino	195,30	13,55	14,0	0,016*
Género masculino	230,84	16,12	18,0	
		Idade		
		r _s		p ^(a)
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense		-0,01		0,969
Práticas de enfermagem forense		-0,04		0,382
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	p ^(c)
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense				
Bacharelato / Licenciatura	188,09	65,43	66,0	0,128
Pós-graduação / Mestrado / Especialidade	207,11	66,20	66,0	
Doutoramento	213,00	66,34	67,0	
Práticas de enfermagem forense				0,848

Bacharelato / Licenciatura	202,22	13,99	14,0	
Pós-graduação / Mestrado / Especialidade	209,74	14,65	16,0	
Doutoramento	199,47	13,89	14,0	
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	$p^{(b)}$
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense				
Não exerce funções no SU	187,32	65,50	66,0	0,001*
Exerce funções no SU	229,59	66,79	68,0	
Práticas de enfermagem forense				
Não exerce funções no SU	183,23	12,53	11,0	<0,001*
Exerce funções no SU	237,25	16,86	17,0	
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	$p^{(b)}$
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense				
Não existe protocolo no serviço	126,63	66,55	67,0	0,094
Existe protocolo no serviço	150,50	67,65	68,0	
Práticas de enfermagem forense				
Não existe protocolo no serviço	125,29	13,11	13,00	0,014*
Existe protocolo no serviço	160,35	17,35	19,00	
	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	$p^{(b)}$
Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense				
Frequentou formação na área de enfermagem forense	253,32	67,70	68,00	<0,001*
Não frequentou formação na área de enfermagem forense	179,46	65,18	66,00	
Práticas de enfermagem forense				
Frequentou formação na área de enfermagem forense	223,30	15,74	17,0	0,015*
Não frequentou formação na área de enfermagem forense	192,64	13,29	13,0	

Notas: ^(a) Teste da significância do coeficiente de correlação de *Spearman*
^(b) Teste U de Mann-Whitney
^(c) Teste de *Kruskal-Wallis*
* Estatisticamente significativo

A correlação entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre enfermagem forense e as suas práticas é muito fraca e não é estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Por outras palavras, não existe evidência de que o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre enfermagem forense esteja relacionado com as suas práticas nesta área.

A hipótese das características sociodemográficas (género, habilitações académicas e idade) dos enfermeiros portugueses influenciarem o nível de conhecimentos e as práticas de Enfermagem Forense confirma-se com a existência de diferença estatisticamente significativa nas práticas de enfermagem forense ($p = 0,016$) e a comparação dos valores das medidas de tendência central revela que os enfermeiros do género masculino tendem a efetuar mais as práticas de enfermagem forense. As correlações com a idade dos enfermeiros são muito baixas e não significativas ($p > 0,05$) e a comparação do nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense e das práticas de enfermagem nesta área revelou a não existência de relação ($p > 0,05$). Nesse sentido a hipótese é, parcialmente, confirmada.

Ao analisar-se se a área de exercício profissional dos Enfermeiros tem impacto nos conhecimentos e nas práticas de Enfermagem Forense verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$ e $p < 0,001$, respetivamente). Assim, os enfermeiros

que exercem funções em SU tendem a evidenciar maior nível de conhecimentos e a ter melhores práticas de enfermagem forense.

Adicionalmente apurou-se que os enfermeiros que exercem funções em serviços onde existem protocolos no domínio da área forense tendem a evidenciar melhores práticas de enfermagem forense ($p=0,014$).

Por fim, verificou-se que os enfermeiros que frequentaram formação na área de enfermagem forense tendem a evidenciar maior nível de conhecimentos e a ter melhores práticas ($p<0,001$ e $p=0,015$, respetivamente).

3. Discussão

Os profissionais de saúde em contexto de urgência ou de cuidados de situações agudas são mais propensos na identificação de situações forenses/legais o que se traduz em ansiedade e insegurança quando existe falta de conhecimentos e de formação na área (Rahmqvist et al., 2019).

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por mulheres adultas com uma experiência profissional média de 18 anos, o que é consistente com os dados de vários estudos sobre o tema (Donaldson, 2020; Cruz, 2017). A maioria afirma que raramente contactou com vítimas forenses (45,7%), o que é concordante com os dados de Ferreira (2018). A inexperiência e déficite de conhecimento sobre estes tipos de cuidados contribui para um aumento da ansiedade das equipas de Enfermagem relativamente às suas funções e responsabilidades, para além de que pode ser interpretado pela vítima como desinteresse, insensibilidade e indiferença favorecendo vivências traumáticas e potenciando o seu sofrimento, (Donaldson, 2020).

No presente estudo 69,5% dos inquiridos afirmam não possuírem formação específica no domínio da Enfermagem forense e 9,7% obtiveram-na em serviço, e estes dados são corroborados por vários estudos (Ferreira, 2018; Cruz, 2017; Gomes, 2016). Contudo, o mesmo não se verifica a nível pré-hospitalar, pois segundo Susano (2019), 78,8% dos enfermeiros afirmam ter tido formação em serviço ou extrainstitucional. A justificação para estes resultados pode relacionar-se com o facto de este tema não constar nos planos curriculares dos cursos de Licenciatura em Enfermagem em Portugal e porque esta área de formação não é considerada relevante em contexto de alguns serviços (Coelho et al., 2016).

Os enfermeiros autoavaliaram os seus conhecimentos nesta área como inexistente a pouco apropriada (65,7%) ao contrário dos enfermeiros que exercem funções no pré-hospitalar (41,5%). Estas circunstâncias justificam a necessidade dos inquiridos realizarem formação na área (90,3%) e a importância que lhe atribuem (93,5% importante a muito importante). É de salientar que a nível internacional, o interesse que é dado a esta área pela Enfermagem é igualmente significativa, por exemplo, na Nova Zelândia 84% dos inquiridos considera igualmente importante ter conhecimentos sobre o tema em apreço (Donaldson, 2020). Sugere-se assim, o desenvolvimento de programas/ formações académicas e institucionais de modo a otimizar os cuidados forenses prestados, proteger as vítimas e a salvaguardar juridicamente os Enfermeiros.

A existência de protocolos institucionais para abordagem de casos forenses no quotidiano dos enfermeiros ocorre em apenas 7,7%. Todavia, nem todos os estudos existentes a nível institucional ou regional estão em consonância com estes dados. Na região centro, Cruz (2017) afirma que 12,6% dos inquiridos confirmam a existência de protocolos, Susano (2019) apontou 31,3% a nível pré-hospitalar e, por fim, Ferreira (2018) 40,8%. É de referir que a existência de protocolos forenses é fundamental para a prestação de cuidados, mas o seu conhecimento, divulgação e treino são igualmente importantes para uma correta praxis.

A concretização das práticas forenses pelos inquiridos deste estudo acontece com adequabilidade variável, pois 35,5% dos inquiridos têm práticas menos adequadas, o que é corroborado por vários estudos (Donaldson, 2020; Susano, 2019; Cruz, 2017).

Discutidos os principais resultados, importa referir que este estudo possui algumas limitações. O tamanho da amostra, apesar de ser elevado e se ter procurado incluir o maior número possível de participantes, não é representativa da população em estudo. Existe um erro amostral de 4,9% e constitui apenas 0,55% da população. Uma possível justificação poderá prender-se com o reduzido limite temporal de colheita de dados do estudo que foi prejudicado devido à agilização dos processos de autorização dos diversos intervenientes. O tempo médio de preenchimento do questionário também pode ter sido um fator dificultador. Contudo, este foi o primeiro estudo a debruçar-se sobre o tema aplicado a nível nacional. Por fim, o facto de existirem poucos estudos a nível internacional e nacional leva a que existam poucos instrumentos/escala para medir o fenómeno e por outro lado que as mesmas estejam validadas, dificultando a comparação de resultados. Não obstante, este estudo sugere essa necessidade e mesmo para a criação de uma escala validada de modo a permitir a realização de estudos longitudinais, que por exemplo permita ser utilizada aquando da realização de formações e aplicação de protocolos. O reconhecimento da entidade reguladora de Enfermagem constitui um primeiro passo neste processo, sendo que a recente possibilidade de validação e reconhecimento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense será favorável para o desenvolvimento da prática e da investigação neste domínio (OE, 2021).

Conclusões da Investigação – Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal

Os cuidados de saúde de urgência são primordiais no socorro à pessoa doente, porém é igualmente importante que estes cuidados estejam em consonância com as boas práticas forenses por forma a não quebrar cadeias de custódia e a não colocar em risco os direitos das vítimas.

O presente estudo permitiu inferir que 40,2% dos enfermeiros possuem o nível de conhecimentos de é baixo / insuficiente, contudo 40,7% executam práticas muito adequadas no domínio da Enfermagem Forense. Constatou-se que não existe relação entre o nível de conhecimentos e as suas práticas e que as características sociodemográficas também não as influenciam. Porém, o exercício de funções em SU, a existência de protocolos e de formação na área predizem um maior nível de conhecimentos e a mais práticas.

Em termos de implicações para a prática clínica, estes resultados sugerem a necessidade de maior investimento no domínio da Enfermagem Forense tanto a nível académico (com a inclusão da disciplina nos planos curriculares) como a nível institucional (com a realização de formações de serviço e a criação de normas de procedimento) não esquecendo a importância da criação de diretrizes a nível nacional baseadas nas mais recentes evidências com objetivando assim a prestação de cuidados de saúde seguros a toda a Pessoa, em prol dos seus direitos médico-legais e na salvaguarda jurídica do Enfermeiro. A criação de equipas multidisciplinares dedicadas nas unidades de saúde (primárias ou hospitalares) poderá traduzir-se numa mais-valia.

Por último, e tendo por base as implicações para a investigação sugerimos a realização de mais estudos nacionais que permitam dados mais generalizados da população portuguesa. A validação de um instrumento comum e posterior utilização poderá melhorar o potencial de comparação dos resultados.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio da Ordem dos Enfermeiros na disseminação do questionário. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

Referências Bibliográficas da Investigação – Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal

Berishaj, K., Boyland, C. M., Reinink, K., & Lynch, V. (2020). Forensic Nurse Hospitalist: The Comprehensive Role of the Forensic Nurse in a Hospital Setting. *Journal of Emergency Nursing*, 46(3), 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.03.002>

Coelho, M., Cunha, M., & Libório, R. (2016). Impacto da formação em ciências forenses. *Servir*, 59(1), 27-33.

Cruz, C. M. P. C. (2017). *Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses* [Dissertação de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Donaldson A. E. (2020). New Zealand emergency nurses knowledge about forensic science and its application to practice. *International emergency nursing*, 53, 100854. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100854>

Ferreira, C. M. E. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório científico do Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5061>

Gomes, C. I. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/81407>

Pordata - Instituto Nacional de Estatística. (2021, maio 07). Acidentes de viação, com vítimas, feridos e mortos: Continente. <https://www.pordata.pt/Portugal/Acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o+com+v%C3%A1timas++feridos+e+mortos+++Continente-326>

Portugal, Regulamento 728/2021 (2021, agosto 5). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense*. Diário da República, 2(151), pp. 173-181. <https://dre.pt/application/conteudo/169107949>

Libório, R. P. G. (2012). *Práticas de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu].

Repositório científico do Politécnico de Viseu.
<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2193>

Marôco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (Edições Sílabo, Lda).

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (6ª edição). Edições Sílabo, Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2018, dezembro 31). Enfermeiros Membros ativos da OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11137/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_especialistas.pdf

Organização Mundial de Saúde (2020, Maio 7). Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. <https://unric.org/pt/covid-19-resposta-urgente-ao-surto-de-violencia-domestica-oms-europa/>

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

Susano, J. P. (2019). *Práticas Forenses em contexto Pré-hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/4712>

Conclusão do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

Considerada ciência, Enfermagem sustenta-se numa *praxis* baseada na evidência científica, sendo a investigação o seu pilar de sustentação de modo a proporcionar qualidade na prestação de cuidados.

O processo de aprendizagem é composto por uma vertente teórica que se complementa com a prática. A aquisição de novos conhecimentos facilmente é assimilável porém, esta apenas ganha credibilidade/ valor com o desenvolvimento de novas competências através de ensinamentos clínicos.

A concretização deste mestrado tornou-se particularmente exigente e desafiante pelo contexto em que ocorreu, acrescido pelo fenómeno de pandemia e consequências aportadas para os contextos práticos. O contexto pandémico que vivemos atualmente obriga-nos a uma capacidade de resiliência inócua, levando-me a realizá-lo no meu próprio serviço.

A minha maior dificuldade residiu em distinguir o meu papel de profissional e de estudante do mestrado, principalmente nos dias de maior afluência, o que me trouxe alguma frustração. Aprendi que o papel do especialista era fundamental não só na prestação de cuidados como na gestão dos doentes e dos recursos do setor.

A minha experiência, a pós-graduação em Urgência e Emergência realizada previamente e o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico levaram-me a outro nível de exigência, optando por novos desafios tendo conseguido adquirir novos conhecimentos e experiências na prestação do doente em situação crítica e na área da gestão.

Apesar destes constrangimentos este estágio teve imenso fruto e posso afirmar que, tanto nas competências comuns como nas específicas inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico Cirúrgica propostas foram alcançadas tendo já tido uma repercussão notória no meu desempenho profissional.

Em contexto de cuidados intensivos tive maior dificuldade na familiarização com os equipamentos e protocolos que até à data nunca tinha contactado. Tal levou-me à procura de novos desafios e ao encontro da aquisição de novos conhecimentos e experiências na prestação de cuidados ao doente em situação crítica, na gestão da qualidade e dos cuidados.

A investigação, berço para avanços tecnológicos, científicos e para a melhoria e qualificação dos Cuidados de Enfermagem, enquanto que a disciplina de Enfermagem Forense está ainda aquém das necessidades da sociedade e dos próprios profissionais.

Esta investigação objetiva a averiguação dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros portugueses, sendo mais um passo para na melhoria da oferta de recursos ao Enfermeiros na prestação de cuidados de excelência. Concluiu-se que a formação, os protocolos têm impacto nas práticas e nos conhecimentos forenses, demonstrando a importância na sua inclusão nos planos curriculares académicos e na existência de diretrizes.

Apesar das dificuldades e limitações encontradas, da multiplicidade de variáveis presentes nos diferentes contextos, assim como as exigências, posso afirmar que este percurso foi produtivo em novos e escrupulosos desafios. Competências comuns e específicas foram alcançadas, com repercussão notória no meu desempenho profissional e pensamento crítico do quotidiano.

Referências Bibliográficas do Relatório Final de Estágio em contexto de Urgência e em contexto de Cuidados Intensivos

- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet?. *Critical care (London, England)*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Lima, G. & Cuervo, M. (2019). Mecanismo da Circulação Extracorpórea e Eventos Neurológicos em Cirurgia Cardíaca. *Revista da sociedade portuguesa de anesthesiologia*, 28(1), 35-42. <file:///C:/Users/motae/Downloads/15832-Texto%20do%20Trabalho-58594-1-10-20190402.pdf>
- Machado, F. D., Eder, G. L., Dullius, C. R. & Baldisserotto, S. (2018). *Ventilação mecânica: como iniciar*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882901/ventilacao-mecanica-como-iniciar.pdf>
- Monterroso, L. E. P. (2015). *Avaliação da Adesão e da gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veriati: Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/24193>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012, Julho 24). *Modelo Integrado de Emergência pré-hospitalar*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, Outubro). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018, julho 2). Parecer nº. 15/2018: - *Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva.*
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Caracterização dos SU na SRC – Conhecer para intervir.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>

Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. 1ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN:978-989-752-419-6

Portugal, Despacho nº. 10319/ 2014. (2011, agosto 11). *Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica*. Diário da República, 2 (153), pp. 20673- 20678.
<https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Portugal, Despacho nº. 1400-A/ 2015. (2015, fevereiro 10). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2 (28), pp. 3882(2)- 3882(10).
<https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

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 peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2 (135), pp. 19359-19370.
<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?filterEnd=2018-07-16&filterStart=2018-07-16&q=429%2F2018&filterAction=TRUE&fq=429%2F2018&perPage=25>

Portugal, Regulamento nº. 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2 (26), pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar de Referência – Cirurgia Cardiotorácica*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-CCT.pdf>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (2017). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Torres, M. A. G. (2012). *O Impacto da Formação dos Enfermeiros de Cuidados Intensivos na Prevenção de Intercorrências Dialíticas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16346>



Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Monitorização dos Serviços de Urgência em Portugal*. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos – recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Susano, J. P. (2019). *Práticas Forenses em contexto Pré-hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/4712>

Anexos

Anexo I – Proposta de procedimento de perícias de toxicologia forense – fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 1/35

OBJETIVOS

- Elucidar a equipa de enfermagem sobre as implicações legais nas colheitas de amostras biológicas para fiscalização rodoviária sob efeito de álcool ou de substâncias psicotrópicas;
- Definir boas práticas nas colheitas de toxicologia forense;
- Uniformizar e sistematizar os registos de enfermagem sobre estas colheitas de modo a terem viabilidade jurídica, salvaguardando o enfermeiro.

SIGLAS

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

OE – Ordem dos Enfermeiros

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SU-HUC – Serviço de Urgência polo A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

TAS – Taxa de alcoolémia no sangue



APLICABILIDADE

Enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência, polo A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (SU-HUC).

JUSTIFICAÇÃO

Em 2019, 182 portugueses perderam a vida na estrada com uma taxa de alcoolémia no sangue (TAS) superior a 0,5g/L (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 2/35

Dependências [SICAD], 2020).

O Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF) detetou em 2019 um aumento 63% na percentagem total de infratores com TAS superior a 0,5g/L, em comparação com o período de 2010 a 2018 (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2020).

Em Portugal, as perícias toxicológicas que mais vezes são solicitadas são relacionadas com a fiscalização da condução rodoviária sob influência do álcool e de substâncias psicotrópicas (Oliveira, et al. 2010).

No Serviço de Urgência polo A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (SU-HUC), em 2019 foram realizadas 206 colheitas toxicológicas para fiscalização rodoviária.



A necessidade de normalização destes procedimentos prende-se a algumas falhas nos procedimentos relativos aos exames periciais de toxicologia forense – fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas (Relatórios de 02/01/2021), bem como à entrada de um número significativo de novos elementos na equipa de enfermagem e há inexistência até à data de nenhuma instrução escrita e validada sobre esta temática no SU-HUC.

ENQUADRAMENTO LEGAL

A realização de exames periciais de toxicologia forense, à data de hoje, encontra-se sistematizado:

- Lei n.º 18/2007 de 17 de Maio (anexo 1) que aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas;
- Portaria n.º 902-B/2007, de 13 de Agosto (anexo 2) sobre Avaliação do estado de influenciado pelo álcool e por substâncias psicotrópicas, Art.º 153 e Art.º 157;
- Código da estrada - aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redação dada

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 3/35

pele Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, alterado pela Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro (anexo 3).

- Parecer 274/2014 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (anexo 4).

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Exame do ar expirado

Os condutores e os peões que intervenham em acidente de trânsito devem, sempre que o seu estado de saúde o permitir, ser submetidos a exame de pesquisa de álcool no ar expirado.

a) A presença de álcool no sangue é indiciada por meio de teste no ar expirado, efetuado em analisador qualitativo.



b) A quantificação da taxa de álcool no sangue é feita por teste no ar expirado, efetuado em analisador quantitativo, ou por análise de sangue

O exame de pesquisa de álcool no ar expirado é realizado por autoridade ou agente de autoridade mediante a utilização de aparelho aprovado para o efeito. A contraprova do exame de ar expirado pode ser solicitada pelo fiscalizado, sendo que esta prevalece sobre a segunda. Além disso, se após três tentativas sucessivas, o examinando não conseguir expelir ar em quantidade suficiente para a realização do teste em analisador quantitativo, ou quando as condições físicas em que se encontra não lhe permitam a realização daquele teste, é realizada análise de sangue.

Colheitas para doseamento de alcoolémia no fiscalizado rodoviário:

A colheita de amostras biológicas para diagnóstico do estado de influência pelo álcool aplica-se:

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 4/35

- aos condutores ou peões envolvidos em acidentes de viação (admitidos, ou não, no serviço de urgência) - Art.º 156º do Decreto-Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro;
- a indivíduos conduzidos ou notificados pelas autoridades fiscalizadoras, no âmbito de operações de fiscalização, para colheita de uma amostra de sangue efetuada em estabelecimento da rede pública de saúde a que o examinando seja conduzido pelo agente de autoridade, o qual, em caso de acidente de viação, pode ser o serviço de saúde em que deu entrada (Oliveira, et al. 2010).

A contraprova referida anteriormente deve ser realizada por um dos seguintes meios, de acordo com a vontade do examinando:

- Novo exame de ar expirado, a efetuar através de aparelho aprovado (aparelho quantitativo).
- Análise de sangue - se o examinando preferir a realização de uma análise de sangue, deve ser conduzido, o mais rapidamente possível, a estabelecimento oficial de saúde, a fim de ser colhida a quantidade de sangue necessária para o efeito.



Colheitas para doseamento de substâncias psicotrópicas no fiscalizado rodoviário:

No caso das substâncias psicotrópicas (e ao contrário do álcool) as entidades fiscalizadoras só realizam os testes de despistagem aos feridos graves ou se existirem indícios de que se encontram sob influência destas substâncias – Art.º 157º Decreto- Lei n.º. 72/2013, de 3 de setembro).

Entende-se por ferido grave aquele que, em consequência de acidente de viação e após atendimento em serviço de urgência hospitalar por situação emergente, careça de cuidados clínicos que obriguem à permanência em observação no serviço de urgência ou em internamento hospitalar (Art.º 157º do Decreto-Lei n.º 72/13, de 3 de setembro).

Substâncias psicotrópicas a avaliar (Art.º 8º da Lei n.º. 18/2007, de 17 de maio):

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 5/35

- canabinóides;
- cocaína e seus metabolitos;
- opiáceos;
- anfetaminas e derivados;
- para os mesmos efeitos, pode ainda ser pesquisada a presença no sangue de qualquer outra substância psicotrópica que tenha influência negativa na capacidade para o exercício da condução.

A deteção de substâncias psicotrópicas inclui um exame prévio de rastreio e, caso o seu resultado seja positivo, um exame de confirmação. O exame de rastreio é efetuado através de testes rápidos a realizar em amostras biológicas de urina (recomenda-se a colheita de 30 ml de urina), saliva, suor ou sangue e serve apenas para indiciar a presença de substâncias psicotrópicas.

Para a realização do exame referido no número anterior, são competentes as entidades fiscalizadoras, os estabelecimentos da rede pública de saúde que constem de lista a divulgar pelas administrações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respetivo Governo Regional e o INMLCF.

Quando o estabelecimento da rede pública de saúde em que o examinando der entrada não dispuser de condições para proceder ao exame de rastreio, deve proceder à colheita de uma amostra de sangue ao examinando e remetê-la à delegação do INMLCF competente, para que proceda à realização daquele exame. O exame de confirmação é realizado numa amostra de sangue, após exame de rastreio com resultado positivo. Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e seja realizado por entidade fiscalizadora, o examinado é conduzido a estabelecimento da rede pública de saúde, a fim de ser submetido à colheita de uma amostra de sangue a remeter para a delegação do INMLCF da área respetiva. Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e seja realizado em estabelecimento da rede pública de saúde, este providencia a colheita e remessa à delegação do INMLCF competente, nos termos e para os efeitos previstos no número anterior.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

PROCEDIMENTO:

O sucesso do processo de fiscalização depende de uma harmoniosa sincronia entre diferentes classes profissionais e instituições que, atuando em cadeia de custódia, permitem garantir a fiabilidade dos resultados analíticos. Todos os procedimentos são a prova de que as evidências se mantiveram intactas, não sofreram adulterações, mudanças, incorretos manuseamentos.



- a) colheita de sangue deverá ocorrer preferencialmente até duas horas após início da fiscalização (Oliveira, et al. 2010).
- b) Para a realização da colheita o agente de autoridade deve entregar no estabelecimento da rede pública de saúde um impresso (ver anexo 5), acompanhado de uma bolsa devidamente selada de modelo aprovado pela ANSR (ver figura 1), contendo o material destinado à recolha e acondicionamento da amostra, constituído por: tubo de colheita com a capacidade de 5-10cc, contendo um anticoagulante e conservante destinado à amostra de sangue e contentor adequado ao acondicionamento do tubo referido na alínea anterior.



Fig. 1 – Kita aprovado pela ANSR para recolha de amostras de sangue para avaliação do estado de influência pelo álcool ou substâncias psicotrópicas em indivíduos vivos.

- c) O flebotomista deve assinar com nome e função na bolsa que trazia o tubo e contentor referido na alínea anterior e nunca na bolsa que irá servir para a expedição da amostra.
- d) No estabelecimento da rede pública de saúde, o médico que atender o examinando deve



<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 7/35

providenciar a obtenção de um volume de sangue venoso suficiente para encher por completo o tubo, recolhido de acordo com os procedimentos habituais, mas sem usar álcool como desinfetante cutâneo (Art.º 7 da Portaria nº. 902-B/2007, de 13 de agosto).

- e) Deve ser garantida a confidencialidade dos dados em todas as operações de colheita, transporte, manuseamento e acondicionamento de amostras biológicas e da informação delas obtida, ficando obrigados pelo dever de sigilo todos os que com eles tenham contacto.
- f) O original do impresso, com carimbo do estabelecimento de saúde, deve ser enviado ao departamento da autoridade fiscalizadora, o duplicado entregue ao examinado e o triplicado é arquivado juntamente com o contentor onde foi colocado a amostra de sangue referida na alínea b) na bolsa de modelo aprovado pela ANSR, fechado nesse mesmo estabelecimento (Art.º 13º Portaria nº. 902-B/2007, de 13 de agosto).
- g) Todos os passos efetuados devem ser registados (identificação do profissional que realizou a colheita; número da bolsa contentora; identificação do médico responsável; hora e data da colheita; se foi usado álcool para desinfecção; se houve consentimento do arguido; identificação dos agentes da autoridade responsáveis; identificação do coordenador a quem foi entregue a amostra, a hora e local de receção e expedição).
- h) Em caso de colheita indisponível (considera-se esta não possível quando, após repetidas tentativas, não se lograr retirar ao examinando uma amostra de sangue em quantidade suficiente) deve ser realizado exame médico para diagnosticar o estado de influência pelo álcool (Art.º 13º Portaria nº. 902-B/2007, de 13 de agosto).
- i) É competência médica (Art.º 12º e 26º da portaria nº. 902-B/2007, de 13 de agosto):
- o Preencher, correta e completamente, o impresso do modelo do anexo I e/ou IV (ver anexo V);
 - o Entregar ao agente de autoridade que requisitou o exame o original preenchido, contendo a sua vinheta de identificação profissional

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:



	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 8/35

- o Entregar o duplicado ao examinado ou, caso não seja possível, ao agente de autoridade que requisitou o exame para que, posteriormente, o entregue ao examinado ou a quem legalmente o represente;
 - o Providenciar para que sejam introduzidos na bolsa referida no número anterior a amostra de sangue, devidamente acondicionada no tubo e contentor respetivos, e o triplicado do impresso preenchido, contendo a sua vinheta de identificação profissional;
 - o Providenciar para que a bolsa selada seja remetida, de imediato, à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., da sua área ou, caso não seja possível, que seja mantida refrigerada até à sua remessa.
- j) O original do impresso, com carimbo do estabelecimento de saúde, deve ser enviado ao departamento da autoridade fiscalizadora, o duplicado entregue ao examinado e o triplicado é arquivado naquele estabelecimento (Art.º 13º Portaria nº. 902-B/2007, de 13 de agosto).
- k) Em dias úteis, das 9h às 16h a bolsa contentora com a colheita e triplicado no seu interior deverão ser entregues em mão pelos agentes da autoridade responsáveis pela fiscalização em causa à secretária do Instituto Medicina Legal de Coimbra, informar Coordenador de Enfermagem de turno. Registrar nome a quem foi entregue, data e hora da expedição.
- l) Nos restantes horários, a bolsa contentora com a colheita e triplicado no seu interior deverão ser entregues em mão pelos agentes da autoridade responsáveis pela fiscalização em causa ao Laboratório Central do CHUC, informar Coordenador de Enfermagem de turno. Registrar nome a quem foi entregue, data e hora da expedição.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O consentimento informado, na sua forma expressa, deve ser utilizado quando este é prestado ativamente (oralmente) no quadro de uma aliança entre o profissional de saúde e a

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 9/35

peessoa em causa. O fiscalizado, para decidir se prefere manter-se no estado de saúde em que se apresenta ou submeter-se a um tratamento ou procedimento, deve ser devidamente esclarecida pelo profissional que a atende.



Quando existe um interesse público verdadeiramente relevante, este deve ser preponderante e o fiscalizado não se pode valer do facto de haver uma pretensa intromissão na esfera privada. O argumento de que a colheita de sangue representa um *acto invasivo* não deverá ser considerado relevante pois o conceito de invasivo é atualmente, e em termos clínicos, muito ténue, sendo comumente aceite pelo cidadão e não traduzindo qualquer dor relevante, prejuízo para a saúde ou qualquer malefício. Em causa, o eventual interesse legítimo e relevante de terceiro lesado. Não deverá ser omisso o direito a saber que a recolha de sangue será para efeitos de eventual responsabilização criminal (Oliveira, et al. 2010).

Caso o fiscalizado recuse a flebotomia para fins de determinação de alcoolémia, o procedimento não deverá prosseguir (certificar de que a pessoa está na posse de todas as suas capacidades para tomada de decisão), exceto se:

- Pessoa detida;
- Acidente de viação em que é o condutor;
- Agressão ou ofensa corporal grave;
- Tribunal decretar mandato judicial para a recolha.

Perante a incapacidade de prestar o consentimento válido e eficaz, seja pelo estado de influência não o permitir, seja pelo facto das lesões traumáticas incapacitarem as capacidades cognitivas do fiscalizado, não podendo no consentimento informado. Nestas circunstâncias e no plano ético, deontológico e jurídico é legítima a presunção do consentimento. No entanto, logo que possível, o paciente deve ser informado acerca das intervenções levadas a cabo e deve ser pedido consentimento para ulteriores cuidados e tratamentos médicos (Oliveira, et al. 2010). Existem lacunas relativas à esta inconstitucionalidade, porém a realização deste procedimento com consentimento à posteriori encontra a sua fundamentação ética não apenas num relevante interesse público de ordem geral, mas também em interesses legítimos de terceiras partes.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 10/35

CONTORNOS ÉTICO-LEGAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O médico ou paramédico que, sem justa causa, se recusar a proceder às diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influenciado pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas é punido por crime de desobediência.

O quadro legal aplicável não atribui ao enfermeiro a responsabilidade pelas colheitas de sangue ou outros produtos biológicos para provas periciais.

Sendo um profissional autónomo quanto às suas decisões e intervenções profissionais a realizar, o enfermeiro, perante uma situação concreta, pode decidir realizar a colheita de sangue ou outro produto biológico para a realização de provas periciais se se encontrar a prestar funções num serviço público de saúde, ao abrigo do dever desta instituição de colaboração com o INMLCF.

Se for o único profissional de saúde disponível para a realização das referidas colheitas, o enfermeiro deve assumir essa intervenção como um dever, no sentido de garantir a administração da justiça, após obtenção do consentimento pela pessoa em causa, sendo que perante a recusa por parte do examinando o enfermeiro está vinculado a abster-se de realizar o procedimento, ainda que sob solicitação ou insistência de autoridade policial (OE, Parecer do Conselho Jurisdicional 274/2014).



A recusa do examinando constitui a prática de um crime de desobediência, incidindo em exclusivo, sob a esfera do examinando, não se aplicando à conduta do enfermeiro.

REGISTOS DE ENFERMAGEM

A cadeia de custódia deverá responder às questões:

- Quem manuseou a evidência?

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 11/35



- Que evidência foi manuseada?
- Quando e porque foi manuseada?
- Onde se encontrava a evidência durante todos os passos?

Todos os procedimentos são a prova de que as evidências se mantiveram intactas, não sofreram adulterações, mudanças, incorretos manuseamentos. Deste modo, os registos de enfermagem deverão responder a estas necessidades de modo a terem relevância jurídica e sem compromisso da cadeia de custódia.

Os registos devem conter os seguintes dados:

- nome do examinado no processo de fiscalização;
- data e hora da colheita para toxicologia forense;
- número do episódio de urgência;
- identificação do enfermeiro que realizou a colheita (nome e número mecanográfico);
- identificação do médico que deu ordem de colheita (nome e número mecanográfico);
- fiscalizado apto para dar o seu consentimento?;
- fiscalizado forneceu o seu consentimento informado?;
- em caso de presença de outra testemunha identifica-la;
- nome e número da cédula profissional do agente da autoridade responsável pela fiscalização;
- tipo de espécimen colhido;
- número da bolsa contentora;
- não uso de álcool na colheita;
- triplicado acompanha a amostra no interior da bolsa;
- triplicado foi preenchido pelo médico;
- transporte:
 - para IMLCF efetivado pelo agente da autoridade das 9h às 16h em dias úteis;
 - nos restantes horários, para laboratório central do CHUC efetivado pelo agente

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 12/35



da autoridade com acompanhamento de AO;

- coordenador de enfermagem responsável de turno;
- hora de expedição da colheita (se pelos agentes da autoridade ou para Coordenação de enfermagem);
- existência de incidentes críticos;

BIBLIOGRAFIA

- Administração Interna da República Portuguesa (2020). Condução sob a Influência de Álcool – Relatório. ANSR. Portugal. Acedido em:
http://www.ansr.pt/Documents/Condu%C3%A7%C3%A3o%20sob%20o%20efeito%20de%20o%C3%81lcool_pag13.pdf
- Decreto-Lei n.º 114/94, (1994, maio 3). Aprovação do Código da Estrada. [Portugal]. Diário da República, 1-A (102), p. 2162 - 2190. Acedido em:
<https://dre.pt/application/conteudo/250659>
- Decreto-Lei n.º 44/2005, (2005, fevereiro 23). Alteração o Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, 1-A (38), p. 1554 - 1625. Acedido em:
<https://dre.pt/application/conteudo/608743>
- Despacho n.º 7537/2000, (2000, abril 7). Regulamento de Fiscalização Rodoviária, 2 (83), p. 6514. Acedido em:
<https://dre.pt/application/conteudo/2606031>

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 13/35

- Lei n.º 18/2007, (2007, maio 17). Aprovação Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, 1 (95), p. 3357 - 3360. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/520799>
- Oliveira, R., J., D., et al. (2010). Procedimentos técnicos, éticos e legais da competência do médico no cumprimento rodoviário sob influência do álcool e substâncias psicotrópicas. Act Med Port 2010 (23): 1059-1082.
- OE (2014). Parecer 274/2014 do Conselho Jurisdicional - Colheita de sangue para determinação do teor de álcool ou de substâncias psicotrópicas. Portugal. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_274_2014_Colheita_Sangue_determinacao_valor_de_alcoolemia.pdf
- Portaria n.º 902-B/2007, (2007, agosto 13). Fixa os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos, o modo como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises laboratoriais, os procedimentos a aplicar na realização das referidas análises e os tipos de exames médicos a efetuar para deteção dos estados de influenciado por álcool ou por substâncias psicotrópicas. Revoga a Portaria n.º 1006/98, de 30 de Novembro, 1 (155), p. 5266-(2) a 5266-(8). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/507612>
- SICAD (2020). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/2017. Portugal. Acedido em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/Infografia_Consumos_RA_Alcool_2019.pdf

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

Anexos

Anexo I - Lei n.º 18/2007 de 17 de Maio: Aprovação do Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas

Diário da República, 1.ª série — N.º 95 — 17 de Maio de 2007

3357

Decreto do Presidente da República n.º 45/2007 de 17 de Maio

O Presidente da República decreta, nos termos do n.º 3 do artigo 28.º da Lei n.º 20/82, de 11 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei Orgânica n.º 2/2007, de 16 de Abril, o seguinte:

É confirmada a promoção ao posto de Major-General do Coronel Tirocinado de Artilharia José Casares da Almeida e Sousa, efectuada por deliberação de 21 de Fevereiro de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 21 de Abril seguinte.

Assinado em 10 de Maio de 2007.

Publica-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Decreto do Presidente da República n.º 46/2007 de 17 de Maio

O Presidente da República decreta, nos termos do n.º 3 do artigo 28.º da Lei n.º 20/82, de 11 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei Orgânica n.º 2/2007, de 16 de Abril, o seguinte:

É confirmada a promoção ao posto de Major-General do Coronel Tirocinado de Infantaria João Manuel Sousa de Carvalho, efectuada por deliberação de 25 de Janeiro de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 23 de Abril seguinte.

Assinado em 10 de Maio de 2007.

Publica-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Decreto do Presidente da República n.º 47/2007 de 17 de Maio

O Presidente da República decreta, nos termos do n.º 3 do artigo 28.º da Lei n.º 20/82, de 11 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei Orgânica n.º 2/2007, de 16 de Abril, o seguinte:

É confirmada a promoção ao posto de Major-General do Coronel Tirocinado de Infantaria Luís Manuel Martins Ribeiro, efectuada por deliberação de 21 de Fevereiro de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 23 de Abril seguinte.

Assinado em 10 de Maio de 2007.

Publica-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Decreto do Presidente da República n.º 48/2007 de 17 de Maio

O Presidente da República decreta, nos termos do n.º 3 do artigo 28.º da Lei n.º 20/82, de 11 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei Orgânica n.º 2/2007, de 16 de Abril, o seguinte:

É confirmada a promoção ao posto de Major-General do Coronel Tirocinado de Infantaria Manuel Domingos Figueira Correia, efectuada por deliberação de 20

de Março de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 23 de Abril seguinte.

Assinado em 10 de Maio de 2007.

Publica-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Decreto do Presidente da República n.º 49/2007 de 17 de Maio

O Presidente da República decreta, nos termos do n.º 3 do artigo 28.º da Lei n.º 20/82, de 11 de Dezembro, na redacção que lhe foi dada pela Lei Orgânica n.º 2/2007, de 16 de Abril, o seguinte:

É confirmada a nomeação para o cargo de Comandante Operacional do SAREL do Terceiro-Comandante Artur Neves Pinheiro Monteiro, efectuada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 23 de Abril de 2007.

Assinado em 10 de Maio de 2007.

Publica-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 18/2007 de 17 de Maio

Aprova o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Regulamento

É aprovada o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas, anexo à presente lei e que dele faz parte integrante.

Artigo 2.º

Normas revogadas



É revogado o Decreto Regulamentar n.º 24/96, de 30 de Outubro.

Artigo 3.º

Esphorização

Salvo disposição em contrário no Regulamento anexo, a regulamentação necessária à boa execução do presente regime jurídico é aprovada por portaria conjunta dos membros do Governo responsável pela administração interna, justiça e saúde, no prazo de 90 dias.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

 <p>CHUC CENTRO HÍSPANO-UBALDIANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS</p>	<p>PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas</p>	
Serviço de Urgência A		Página 15/35

3358

Artigo 4.º
Estudo em vigor
A presente lei entra em vigor 90 dias após a sua publicação.
Aprovada em 15 de Março de 2007.
O Presidente da Assembleia da República, *António Gouveia*.
Promulgada em 7 de Maio de 2007.
Prestigioso: O Presidente da República, ANÍBAL CAVADO SILVA.
Referendada em 4 de Maio de 2007.
O Primeiro-Ministro, *António Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO
REGULAMENTO DE FISCALIZAÇÃO DA CONDUÇÃO SOB INFLUÊNCIA DE ALCOOL, DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

CAPÍTULO I
Avaliação do estado de influência pelo álcool

Artigo 1.º
Denção e quantificação da taxa de álcool
1 — A presença de álcool no sangue é detetada por teste de soro *in vitro* e expresso em mililitros por decilitro.
2 — A quantificação da taxa de álcool no sangue é feita por teste *in vitro* e expresso em mililitros por decilitro, ou por análise de sangue.
3 — A análise de sangue é efectuada quando não for possível realizar o teste em amostras quantitativas.

Artigo 2.º
Método de Realização
1 — Quando o teste realizado em analisador qualitativo indique a presença de álcool no sangue, o examinado é submetido à análise em analisador quantitativo, devendo, sempre que possível, o intervalo entre os dois testes não ser superior a trinta minutos.
2 — Para efeitos do disposto no número anterior, o agente da entidade fiscalizadora acede ao estabelecimento ao local em que o teste possa ser efectuado, assegurando o seu cumprimento, quando necessário.
3 — Sempre que parte o transporte referido no número anterior não seja possível utilizar o veículo da entidade fiscalizadora, esta solicita a colaboração de entidade transportadora licenciada no âmbito da parte o afecto.
4 — O pagamento do transporte referido no número anterior é da responsabilidade da entidade fiscalizadora, sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo 158.º do Código da Estrada.

Artigo 3.º
Condições
Os métodos e equipamentos previstos na presente lei e disposições complementares, para a realização dos

Decreto da República, 1.ª série — N.º 55 — 17 de Maio de 2007

testes de avaliação do estado de influência pelo álcool, são aplicáveis à contraparte prevista no n.º 3 do artigo 158.º do Código da Estrada.

Artigo 4.º
Responsabilidade de realização de testes *in vitro* e *in vivo*
1 — Quando, após três tentativas sucessivas, o examinado não conseguir expor a esta quantidade suficiente para a realização do teste em analisador quantitativo, ou quando os resultados finais em que se encontra não lhe permitam a realização daquele teste, é realizada análise de sangue.
2 — Nos casos referidos no número anterior, sempre que se mostre necessário, o agente da entidade fiscalizadora assegura o transporte do indivíduo ao estabelecimento da rede pública de saúde onde pretenda para que lhe seja colhida amostra de sangue.
3 — A análise referida no número anterior é sempre realizada nos estabelecimentos da rede pública de saúde que tenham de taxa a cobrar pelas administrações regionais de saúde, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional.

Artigo 5.º
Colheita de sangue
1 — A colheita de sangue é efectuada, no mais curto prazo possível, após o acto de fiscalização ou a ocorrência do acidente.
2 — Paralelamente, a amostra de sangue é enviada à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal da área respectiva, pelo estabelecimento que proceda à colheita.
3 — Na colheita e acondicionamento da amostra de sangue são utilizadas as procedimentos e o material apropriado, subaprendido-se à proteção de dados pessoais.

Artigo 6.º
Exame toxicológico de sangue para quantificação da taxa de álcool
1 — O exame para quantificação da taxa de álcool no sangue é efectuado nos laboratórios de toxicologia analítica, que incluem a cromatografia em fase gasosa.
2 — O exame referido no número anterior é sempre efectuado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal.
3 — No prazo máximo de 30 dias a contar da data de recepção da amostra, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal que proceder ao exame envia o resultado obtido à entidade fiscalizadora que o requereu, em relatório de modoado aprovado em regulamentação.
4 — Sempre que o resultado do exame seja positivo, a entidade fiscalizadora procede ao levantamento da amostra de amostra correspondente, a que junta o relatório.
5 — O resultado do exame de sangue para quantificação da taxa de álcool referido neste artigo obtido do teste *in vitro* e expresso em mililitros por decilitro, quando

Artigo 7.º
Exame médico para licenciamento do estado de influência pelo álcool
1 — Para efeitos do disposto no n.º 8 do artigo 153.º e no n.º 3 do artigo 156.º do Código da Estrada, com-

Elaboração	Verificação	Aprovação	Revisão
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

Diário da República, 1.ª série - N.º 95 - 17 de Maio de 2021

3359

além de não ser possível a realização do exame de sangue de álcool no sangue quando, após repetidas tentativas, não se lograr retirar em quantidade suficiente de sangue em quantidade suficiente.

2. — O exame médico para determinação do estado de influência pelo álcool apenas pode ser realizado em estabelecimento da rede pública de saúde designado nos termos do n.º 1 do artigo 8.º e obedecer aos procedimentos fixados em regulamentação.

3. — O médico que realizar o exame deve seguir os procedimentos fixados na regulamentação referida no número anterior, podendo, caso julgar necessário, recorrer a outros meios ou técnicas de diagnóstico que melhor permitam avaliar o estado de influência do examinado.

CAPÍTULO II

Avaliação do estado de influência por substâncias psicotrópicas

Artigo 8.º

Substâncias psicotrópicas a avaliar

1. — Para efeitos do disposto no artigo 6.º do Código da Estrada, são especialmente avaliadas as seguintes substâncias psicotrópicas:

- a) Cannabis;
- b) Cocaína e seus derivados;
- c) Opióides;
- d) Anfetaminas e derivados.

2. — Para os mesmos efeitos, pode ainda ser considerada a presença no sangue de qualquer outra substância psicotrópica que tenha influência negativa na condução para o exercício da condução.

Artigo 9.º

Índice

Para efeitos de aplicação do n.º 1 do artigo 157.º do Código da Estrada, deve ser aprovado um guia orientador de índices de influência por substâncias psicotrópicas, por despacho normativo do ministro do Governo responsável pela saúde.

Artigo 10.º

Exame para deteção de substâncias psicotrópicas

A deteção de substâncias psicotrópicas inclui um exame prévio de rastreio e, caso o seu resultado seja positivo, um exame de confirmação, definidos em regulamentação.

Artigo 11.º

Exame de rastreio

1. — O exame de rastreio é efectuado através de testes rápidos à medida em amostras biológicas da urina, saliva, suor ou sangue e serve apenas para indiciar a presença de substâncias psicotrópicas.

2. — Para o resultado do exame referido no número anterior, são competentes as entidades fiscalizadoras, os estabelecimentos da rede pública de saúde que apo-

iam de lista a divulgar pelas subdelegações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional e o Instituto Nacional de Medicina Legal.

3. — Quando o estabelecimento da rede pública de saúde em que o examinado for contactado não dispuser de condições para proceder ao exame de rastreio, deve proceder à colheita de uma amostra de sangue no estabelecimento e encaminhá-la à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal competente, para que proceda à realização do referido exame.

Artigo 12.º

Exame de confirmação

1. — O exame de confirmação é realizado numa amostra de sangue, após exame de rastreio com resultado positivo.

2. — Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e não realizado por entidade fiscalizadora, o examinado é encaminhado à delegação da rede pública de saúde, a fim de ser submetido à colheita de uma amostra de sangue a entregar para a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal da área respectiva.

3. — Quando o exame de rastreio apresente resultado positivo e não realizado em estabelecimento da rede pública de saúde, são produzidas a colheita e remessa à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal competente, nos termos e tipos os efeitos previstos no número anterior.

4. — A delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal que proceder ao exame de confirmação deve emitir, no prazo máximo de 30 dias a contar da data da recepção da amostra, o seu resultado à entidade fiscalizadora que o respectivo, em relatório de modelo aprovado em regulamentação.

5. — Sem prejuízo do disposto no artigo seguinte, só pode ser declarado influenciado por substâncias psicotrópicas o examinado que apresente resultado positivo no exame de confirmação.

6. — Quando o resultado do exame de confirmação for positivo, o médico fiscalizador procede ao levantamento de auto de notícia correspondente, a que junta o relatório do exame.

Artigo 13.º



Exame médico

1. — Quando, após repetidas tentativas de colheita, não se lograr retirar em quantidade suficiente de sangue em quantidade suficiente para a realização do teste, deve este ser realizado a outro médico para avaliação do estado de influência por substâncias psicotrópicas.

2. — O exame referido no número anterior obedece ao procedimento fixado em regulamentação e apenas pode ser realizado em estabelecimento da rede pública de saúde que esteja de lista a divulgar pelas administrações regionais de saúde ou, no caso das Regiões Autónomas, pelo respectivo Governo Regional.

3. — A presença de sintomas de influência por qualquer das substâncias previstas no n.º 1 do artigo 8.º,

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

 <p>CHUC CENTRO DE HIGIENA E CONTAMINAÇÃO AMBIENTAL</p>	<p>PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas</p>	
<p>Serviço de Urgência A</p>		<p>Página 17/35</p>

3360

Diário da República, 1.ª série - N.º 55 - 17 de Maio de 2007

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 68/2007

A Área de Proteção da Serra do Açor (APSA), área protegida de âmbito nacional criada pelo Decreto-Lei n.º 2782, de 3 de Março, visa conservar e valorizar os valores naturais, culturais, científicos e recreativos nela existentes, em equilíbrio com as populações locais. O referido decreto-lei delineou a zona núcleo dentro da área protegida e Reserva Natural Parcial do Mato da Margarida, uma das zonas relictas de vegetação natural das encostas íngremes do centro de Portugal, e a Reserva de Recreio da Praga da Berra, uma área constituída por várias espécies de fígus e vegetação natural raras, com elevado potencial científico e recreativo.

Os valores naturais e, particularmente, Biológicos do Mato da Margarida, nos quais estão associados diversos tipos de habitats e a existência de uma grande variedade genética, levou o Conselho da Europa a incluí-la, em 1991, na Rede de Reservas Biológicas, a fim de ser garantido o capital biológico e consequente conservação.

Com efeito a APSA encontra-se incluída no plano de intervenção e monitorização «Complexo do Açor - PICOINTE», integrado no Rede Natura 2000 pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001, de 5 de Julho. Deste complexo fazem ainda parte a Mata de Margarida, os afloramentos de Fajãs e os campos de São João do Açor e da Cúrcia.

Para além do interesse geomorfológico, florístico e faunístico, esta área protegida de âmbito nacional apresenta também uma paisagem natural caracterizada de singularidade, cuja gestão sustentável exige que a mesma seja dotada de um plano de ordenamento que assegure a proteção dos valores e recursos naturais e preserve a sua articulação com o desenvolvimento económico sustentável, tendo que determinar que se dê apoio ao procedimento tendente à aprovação do plano de ordenamento da APSA.

Considerando o disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 38/99, de 22 de Setembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 310/2003, de 10 de Dezembro;

Assim;

Nos termos do alínea a) do artigo 105.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Determinar a elaboração do Plano de Ordenamento da Área de Proteção da Serra do Açor (POAPPA), o qual visa a prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Assegurar, à luz da experiência e dos conhecimentos científicos adquiridos sobre o património natural desta área, uma estratégia integrada de conservação e gestão que permita a concretização dos objetivos que presidem à sua classificação como paisagem protegida;
- b) Corresponder aos imperativos de conservação das espécies raras e das espécies de fauna e flora selvagens protegidas, nos termos do Decreto-Lei n.º 18/99, de 24 de Abril, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 49/2005, de 24 de Fevereiro;

ou qualquer outra substância psicotrópica que possa influenciar negativamente a capacidade para a condução, atendido pelo médico que avalia o estado, é oportuna para todos os efeitos legais a obrigação de recolher todo o líquido no exato de sempre.

CAPÍTULO III

Disposições finais

Artigo 14.º

Aprovação do regulamento

1 — Nos testes quantitativos de álcool no ar expirado só podem ser utilizados analisadores que obtenham as concentrações finais em registo automático e cuja utilização seja aprovada por despacho do presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

2 — A aprovação a que se refere o número anterior é precedida de homologação do modelo a efectuar pelo Instituto Português da Qualidade, nos termos do Regulamento do Conselho Monetário dos Açores.

3 — Os analisadores qualitativos, bem como os modelos dos equipamentos a utilizar nos testes rápidos de urina, saliva ou suor a efectuar pelas entidades fiscalizadoras, são aprovados por despacho do presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Artigo 15.º

Segurança

É garantida a confidencialidade dos dados em todas as operações de colheita, transporte, armazenamento e guarda de amostras biológicas e de referência desta natureza, ficando obrigados pelo dever de sigilo todos os que com elas tenham contacto.

Artigo 16.º

Conservação das amostras biológicas

1 — O Instituto Nacional de Medicina Legal garante a garantia a conservação das amostras biológicas já analisadas pelo período que decorre de:

- a) A conservação de testes negativos, ou
- b) Ao final do prazo para interposição de impugnação contenciosa ou
- c) Ao trânsito em julgado da sentença no caso de não julgar.

2 — Tendo as amostras referidas no número anterior, o Instituto Nacional de Medicina Legal procede à sua destruição, salvo ordem judicial em contrário.

3 — As amostras biológicas referidas no número anterior não podem ser utilizadas para fins distintos dos previstos no presente artigo.

Artigo 17.º

Normas

O Instituto Nacional de Medicina Legal e as entidades fiscalizadoras devem remeter à Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária a relação de nomes de pessoas de fígus e de substâncias psicotrópicas utilizadas, dando conhecimento dos seus resultados.

<p><u>Elaboração</u></p> <p>Melodie Mota e Frederico Simões</p>	<p><u>Verificação</u></p>	<p><u>Aprovação</u></p>	<p><u>Revisão</u></p>
<p>Data: 05/2021</p>	<p>Data:</p>	<p>Data:</p>	<p>Data:</p>

Anexo II - Portaria n.º 902-B/2007, de 13 de Agosto: Avaliação do estado de influenciado por álcool e por substâncias psicotrópicas;

5266-2)

Diário da República, 3.ª série — N.º 133 — 13 de Agosto de 2007

**MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA,
DA JUSTIÇA E DA SAÚDE**

Portaria n.º 902-B/2007

de 13 de Agosto

O artigo 158.º, n.º 1, alínea c), do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, alterada por, em regulamento, seja fixada a tabela das provas de laboratório concernentes à fiscalização da condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas, bem como as regras de transporte de amostras de exame, identificação e conservação de veículos, devida por aplicação da mesma fiscalização.

ANEXO

Manda o Governo, pelo Ministério da Administração Interna, da Justiça e da Saúde, nos termos do artigo 158.º, n.º 1, alínea c), do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, e da alínea c) do artigo 4.º do citado Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, o seguinte:

1.º É aprovada a tabela de taxas e cotas no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, anexa à presente portaria, a qual faz parte integrante.

2.º As taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, constantes da tabela aprovada no número anterior, são previstas em unidades de cota.

3.º É revogada a Portaria n.º 1005/94, de 30 de Novembro.

4.º A presente portaria cessa de vigor no dia 15 de Agosto de 2007.

Foi no Ministério da Administração Interna, no Gabinete do Secretário de Estado da Protecção Civil, em 10 de Agosto de 2007. — Pelo Ministro da Justiça, José Manuel Fátima Costa Rodrigues, Secretário de Estado Adjunto e da Justiça, em 10 de Agosto de 2007. — O Ministro da Saúde, António Fernandes, Secretário de Estado, em 13 de Agosto de 2007.

ANEXO

Tabela de taxas a cobrar no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas

I — Exames clínicos

Cofre de sangue — 0,07 U. C.
Exame de urina para deteção de substâncias psicotrópicas, por grupo — 0,3 U. C.
Exame de urina — 0,3 U. C.

II — Exames laboratoriais, no âmbito de sangue, para identificação de taxa de álcool, de toxinas ou de substâncias psicotrópicas

Para estes exames são aplicáveis as taxas correspondentes a 75 % da taxa prevista para amostras extraídas na tabela de custos das perícias médico-legais, aprovada por portaria do Ministério da Justiça.

III — Identificação e remoção de veículos

250 aplicativa na identificação, no transporte e no depósito de veículos, efectuado no âmbito da fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, em taxa prevista, respectivamente, para o transporte, remoção e depósito de veículos no regulamento publicado ao abrigo do disposto no n.º 7 do artigo 158.º do Código da Estrada.

IV — Transporte e transporte de amostras

Exame no ar expirado para controlo de TAS em levantamento de impedimento de condução — 0,07 U. C.
Transporte de amostras pelas entidades fiscalizadoras —
Até 10 km — 0,25 U. C.;
Cada quilómetro além dos 10 km iniciais — 0,07 U. C.

Portaria n.º 902-B/2007

de 13 de Agosto

O n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada prevê que sejam fixados em regulamento o tipo de amostra a utilizar no detetamento de presença de álcool no ar expirado, bem como a recolha e o transporte das amostras biológicas destinadas a detetarem, no sangue, a taxa de álcool ou a presença de substâncias psicotrópicas.

É o que pretende o presente diploma, que vem regulamentar aquelas matérias, ficando os requisitos a que devem obedecer os analistas quantitativos, os meios como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises laboratoriais, os procedimentos a aplicar na recolha das referidas amostras e os tipos de meios usados a efectuar para obtenção das amostras de influenciado por álcool ou por substâncias psicotrópicas.

ANEXO

Manda o Governo, pelo Ministério da Administração Interna, da Justiça e da Saúde, nos termos do artigo 158.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, e do n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na última redação que lhe foi conferida, o seguinte:

CAPÍTULO I

Avaliação do estado de influenciado pelo álcool

RELEVÂNCIA

Análises quantitativas

1.º Os analistas quantitativos das amostras de sangue de concentração da massa de álcool por unidade de volume no ar alveolar expirado (TAS).

2.º Os aparelhos definidos no número anterior devem obedecer às seguintes características:

A — Características técnicas



a) Cumprir os requisitos metodológicos e técnicos definidos no Regulamento de Controlo Metroológico dos Alcolómetros.

b) Usar a unidade de leitura em gramas de álcool por litro de sangue (GAS) segundo o factor de conversão do teor de álcool no sangue fixado no n.º 3 do artigo 81.º do Código da Estrada.

B — Características gerais

a) Possuir o ecrã alfanumérico que exiba a taxa de álcool no sangue do examinando (TAS) ou os motivos pelos quais não o pode determinar.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	<p>PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas</p>	
Serviço de Urgência A		Página 18/35

Diário da República, 1ª série — 31/153 — 13 de Agosto de 2021

5264-C3

8) Tar copilada impressora que emita folha, que contenha a taxa de álcool presente e ainda o número sequencial de registo, identificação do aparelho, data e hora da realização de teste;

9) Ser alimentada por corrente elétrica alternada de 220 volts e corrente de 12 volts;

9.º — Características físicas — permitir o uso da ferramenta por operador e conter de forma legível e indelével as indicações seguintes:

- Nome;
- Método;
- Sistema de teste;
- Identificação do fabricante;
- Unidade de medida;
- Faixa de ocorrência (TAE/TAS).

SECÇÃO II

Análise de sangue para quantificação da taxa de álcool

3.º A substância objeto da análise laboratorial de quantificação da taxa de álcool no sangue é o álcool etílico.

4.º A colheita de sangue destinado à realização da análise para quantificação da taxa de álcool é efetuada em estabelecimento da rede pública de saúde a que o examinando seja submetido pelo agente de autoridade, e qual, em caso de ausência de veículo, pode ser o serviço de saúde em que foi retirado.

5.º Para a realização da colheita prevista no número anterior, o agente de autoridade deve entregar ao estabelecimento da rede pública de saúde um impresso de modelo de anexo, acompanhado de uma folha devidamente selada de modo a ser aprovada pela Autoridade Nacional de Segurança Alimentar e Medicinal (ANVSA), contendo o material descrito a seguir e o acondicionamento do mesmo, constituído por:

- Tubo com a capacidade mínima de 5 cc, contendo um anticoagulante e conservante adequados destinados à amostra de sangue;
- Conteúter adequado ao acondicionamento do tubo referido no alínea anterior.

6.º Recipiente do estabelecimento da rede pública de saúde encarregado de receber o equipamento deve garantir a segurança dos materiais e a sua correta expedição para o Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

7.º No estabelecimento da rede pública de saúde, o médico que assumir o exame deve providenciar a obtenção de um volume de sangue variando suficiente para fechar por completo o tubo referido no alínea a) do n.º 5.º, recolhido de acordo com os procedimentos habituais, mas sem usar álcool como desinfetante estéril.

8.º Para a expedição, o tubo que contém a amostra de sangue é introduzido no conteúdo referido no alínea b) do n.º 5.º e, em seguida, fechado dentro de bolsa de modelo a seguir, para ANVSA.

9.º O médico que promover a colheita deve:

- Fornecer, correta e completamente, o impresso do modelo de anexo;
- Entregar ao agente de autoridade que requisitou o exame o original preenchido, contendo a sua rubrica de identificação profissional;
- Entregar o duplicado ao examinando ou, em caso de ausência, ao agente de autoridade que requisitou o exame para que, posteriormente, o entregue ao examinado ou a quem legitimamente o represente;
- Fornecer para que sejam introduzidos na bolsa referida no número anterior a amostra de sangue, devidamente acondicionada no tubo e conteúdo respectivos, e o original do impresso preenchido, contendo a sua rubrica de identificação profissional;
- Providenciar para que a bolsa selada seja remetida, de imediato, à delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., de sua jurisdição, com o endereço postal, que seja mantida refrigerada até à sua remessa.

10.º O relatório de análise para quantificação da taxa de álcool no sangue, referido no n.º 3.º do artigo 6.º do Regulamento de Procedimento de Condição sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas, aprovado pela Lei n.º 112/2007, de 17 de Maio, obedece ao modelo do anexo 1, devendo o original ser remetido à entidade fiscalizadora competente, designada ANVSA, e o duplicado enviado ao delegado do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., que procederá a análise.

SECÇÃO III

Exame médico

11.º No exame médico para avaliação do estado de influência pelo álcool, referido no artigo 7.º do Regulamento de Fiscalização da Condição sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas, deve ser observado o seguinte:

A — Aspecto geral:

Apresentação — físico, conjuntivas, língua, palcos;

B — Prova de equilíbrio:

- Equilíbrio (olhos abertos e pés juntos);
- Equilíbrio sobre o pé esquerdo;
- Equilíbrio sobre o pé direito;
- Sinal de Romberg;
- Marcha (olhos fechados);
- Marcha (olhos fechados e percutindo o mesmo calçado que foi de olhos abertos);
- Marcha pé sobre pé;

C — Coordenação dos movimentos:

- Prova de dedo indicador ao nariz;
- Prova de oposição dos dedos indicadores, da mão esquerda e da mão direita;
- Ritmo de alternância;
- Tenue dos dedos das mãos — tipo intencional e postural;

D — Funções cognitivas:

- Orientação temporal;
- Orientação espacial;
- Orientação simpática;
- Orientação simpática;
- Memória;
- Atua crítica;
- Conversação sobre tema banal, de preferência profissional;
- Letura (em voz alta) e compreensão de um texto;
- Descrição de uma gravura;
- Interpretação de uma gravura;

Elaboração	Verificação	Aprovação	Revisão
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:



**PROPOSTA DE NORMA
PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE
TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização
da condução sob influência do álcool
ou de substâncias psicotrópicas**



5266 (4)

- 1) Drogas;
2) Injeção;
3) Cálculo simplificado;
4) Contar da 20 a 1.
- B — Prova oral:
a) Resposta popular à lei;
b) Resposta popular à interpretação;
c) Nomenclatura;
- F — Referências:
a) Referências essenciais — à esquerda e à direita;
b) Referências secundárias — à esquerda e à direita.
- C — Resposta oral:
a) Diferença;
b) Diferença;
- H — Injeção:
a) Contacto com o médico;
b) Atitude geral no decorrer da observação;
- 1 — Qualquer outro dado que possa ter interesse para o diagnóstico e a terapêutica;
- 1.1 — Descrição do observado:
a) Dia e hora da última refeição e tipo de alimentos consumidos;
b) Dose e hora da última ingestão de medicamentos, quantidade e hora da última ingestão;
c) Hábitos alcoólicos, drogas regulares e medicamentos em uso.
- 1.2 — O médico que efectua o exame deve, após a sua conclusão, preencher em triplicado o impresso de modelo de anexo 1 e a sua via de identificação profissional ao original.
- 1.3 — O original do impresso referido no número anterior, com o selo do estabelecimento de saúde, deve ser enviado ao departamento de toxicologia forense (dentado) do laboratório de análise e diagnóstico toxicológico e encaminhado e duplicado e arquivado naquele estabelecimento.

Diário da República, 1.ª série — N.º 123 — 13 de Agosto de 2007

- 14.º Os exames prévios ao exame anterior devem ser executados, de acordo com os procedimentos de laboratório ou de validação interna, numa amostra de soro com o volume mínimo de 20 ml, sendo os resultados considerados positivos quando os valores obtidos forem iguais ou superiores às concentrações indicadas no quadro n.º 2 do anexo 1.
- 15.º Nos exames de rastreio no sangue, realizados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., são utilizados instrumentos apropriados, tendo em conta as substâncias previstas no quadro n.º 1 do anexo 1.
- 16.º É o resultado do exame de rastreio previsto no n.º 15.º que se aplica, e o médico deve:
- a) Preencher, completa e corretamente, o impresso do modelo de anexo 1, colocando a sua via de identificação profissional e o original do estabelecimento no original e no triplicado;
- b) Enviar o original ao departamento de toxicologia forense e duplicado ao examinador e arquivar o triplicado no estabelecimento de saúde.
- 19.º Se o resultado do exame referido no número anterior for positivo ou se a responsabilidade da realização daquele exame, o médico deve proporcionar a obtenção de um volume de sangue venoso destinado a exame de rastreio e confirmação, a realizar no Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.
- 20.º Para a colheita da amostra de sangue, o agente de toxicologia forense, entregue no estabelecimento de saúde pública de saúde de saúde venoso destinado a exame de rastreio e confirmação, a realizar no Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.
- 21.º Após a colheita de sangue o médico deve preencher completa e corretamente o impresso de modelo 17, referido no n.º 15.º e, seguir, com as devidas adaptações, os procedimentos constantes das alíneas b) e c) do n.º 16.º.

**CAPÍTULO II
Avaliação da estado de influência
por substâncias psicotrópicas**



**SECÇÃO I
Exame de rastreio**

- 14.º Nos exames de rastreio a efectuar, após estudos fiscalizados, em amostras de saliva, soro ou urina, o agente de toxicologia forense utilizar os equipamentos aprovados e usar os procedimentos acordados de acordo de aprovação para cada equipamento.
- 15.º Nos exames de rastreio no soro, realizados em estabelecimentos de saúde pública de saúde, são utilizados instrumentos apropriados, tendo em conta as substâncias e concentrações previstas no quadro n.º 2 do anexo 1, de acordo com o agente de toxicologia forense e encaminhado ao departamento de análise e diagnóstico toxicológico em triplicado e arquivado naquele estabelecimento.

**SECÇÃO II
Exame de confirmação**

- 22.º O exame de confirmação da presença de substâncias psicotrópicas no sangue consiste em a) identificar a substância ou substâncias e ou sua metabolização, em exame de rastreio, apresentando resultados positivos.
- 23.º Considera-se que o exame de confirmação é positivo sempre que todos os pontos de qualquer das análises psicotrópicas previstas no quadro n.º 1 do anexo 1 ou de outra substância ou produto, com efeito análogo, capaz de perturbar a condução de veículos, em condições de exame para o exercício da condução de veículos a motor, com segurança.
- 24.º Conclusão do exame de confirmação, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., que efetuado deve preencher o relatório do modelo do anexo 18, enviar o original à unidade fiscalizadora competente, no prazo máximo de 30 dias a contar da data da recepção da amostra e efetuar a validação dos exames, o duplicado a ANSE e arquivar o triplicado.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	<p>PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas</p>	
Serviço de Urgência A		Página 21/35

Diário da República, 1ª série — 3.ª série — 13 de Agosto de 2021

5264-05

SECÇÃO III
Exame médico

25.º No exame médico destinado a avaliar o estado de influência por substâncias psicotrópicas referido no n.º 7.º do artigo 15.º do Regulamento para a Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas deve ser observado o seguinte:

A — Observação geral:

- a) Estado geral e de nutrição;
- b) Aspecto geral e coloração da pele e mucosas — estigmas de picada nas mãos, unhas, braços, antebraços, pescoço, braços das pernas, pés ou nádegas, sinais de abcessos e furúnculos, lesões cutâneas crónicas, pele pálida, exantema ou hematórias, psoríase;
- c) Temperatura;
- d) Pulso;
- e) Tensão arterial;
- f) Frequência respiratória;
- g) Amplitude respiratória;
- h) Olhos — pupilas, conjuntivas hiperemiadas, lacrimejo;
- i) Nariz — mucosa, orlas entomatórias, secreção;
- j) Boca — halito alitico, halito amoniacal, halito a etil, mucosa, língua eod, úlcera dentária, dentes inchados.

B — Estado mental

- a) Nível de consciência;
- b) Contacto com o médico;
- c) Comportamento motor;
- d) Aptidão ao decorrer da observação;
- e) Funções cognitivas.

Orientação temporal;
Orientação espacial;
Orientação suprapessoal;
Orientação altopessoal;
Memória;
Julio crítico;
Características;
Linha;
Interpretação de uma gravura;
Dígito;
Bateria;
Cálculo simples;
Contar de 20 a 1;

f) Foropólio;

g) Perimetria;

C — Prova de equilíbrio:

- a) Equilíbrio;
- b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo;
- c) Equilíbrio sobre o pé direito;
- d) Teste de Romberg;
- e) Marcha (linha alberta);
- f) Marcha (linha alberta) percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos);
- g) Marcha por estágios.

D — Consideração dos movimentos

- a) Prova do údo indicador ao nariz;
- b) Prova de aproximação dos dedos indicadores, da mão esquerda da mão direita;

e) Bateria alternada;

f) Prova dos dedos das mãos;

E — Prova de escrita:

- a) Missa ou mártira;
- b) Reação papilar à luz;
- c) Reação papilar à acomodação;
- d) Romagem;

F — Reflexos:

- a) Reflexos tendinosos à esquerda à direita;
- b) Reflexos aquinos à esquerda à direita;

G — Sensibilidade:

- a) Dolorosa;
- b) Discriminativa;

H — Outros dados que possam ter interesse para o diagnóstico e estado de observação:

- a) Outros substâncias psicotrópicas ingeridas nas últimas vinte e quatro horas — via de administração e hora do último consumo; Quantidade, quantidade e forma de consumo oral, inalada, fumada, injetada;
- b) História cronológica;
- c) Duração registada;
- d) Medicação realizada nas últimas setenta e duas horas, tendo em atenção os fármacos potencialmente responsáveis por sintomas similares aos substâncias (tútil, nomeadamente desreguladores iónicos, antipsicóticos, antidepressivos, anxiolíticos, anti-epilépticos, anti-convulsivos, anti-epilepticos ou simpatomiméticos).

26.º Concluído o exame referido no número anterior, o médico deve proceder, em triplicado, a redação do exame do modo do mesmo ou, se preferir, a sua via para identificação profissional e enviar proceder de acordo com o disposto no n.º 1.º.

CAPÍTULO III
Disposições finais

27.º As delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., são deves criar os exames de rotina na da e realização quando verificarem a ocorrência de quaisquer factos que possam pôr em causa a integridade ou a idoneidade do amostra.

28.º Sempre que não seja realizada a exame solicitado, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., deve:

- a) Dar conhecimento à entidade fiscalizadora dos fundamentos para a não realização do exame solicitado;
- b) Documentar a realização do exame em que se registem rotundas as condições necessárias a sua realização;
- c) Comunicar a mesma durante o período de tempo previsto no artigo 15.º do Regulamento para a Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas.

29.º A aquisição dos equipamentos e a preparação dos impressos necessários à aplicação do presente diploma são devidos do seguinte modo:

- a) A ANSR, procede à aquisição das bolsas referidas nos n.ºs 1.º e 2.º, que, posteriormente entrega às delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., e as

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:



Legislação Consolidada

legislação especial, segura da responsabilidade civil que possa resultar da sua utilização.
2 - Quem infringir o disposto no n.º 1 é sancionado com coima de (euro) 500 a (euro) 2500, se o veículo for um motociclo ou um autocarro, ou de (euro) 250 a (euro) 1250, se for outro veículo a motor.

Artigo 151.º

Seguro de provas disputativas

A autorização para realização, na via pública, de provas desportivas de veículos a motor e dos respetivos testes oficiais depende da efetivação, pelo organizador, de um seguro que cubra a sua responsabilidade civil, bem como a dos proprietários ou detentores dos veículos e dos participantes, concorrente dos danos resultantes de acidentes provocados por estes veículos.

Título VII

Procedimentos de fiscalização

Capítulo I

Procedimento para a fiscalização da condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas

Artigo 152.º

Princípios gerais

- 1 - Devem autoveter-se às provas estabelecidas para a deteção dos estados de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas:
 - a) Os condutores;
 - b) Os pilotos, sempre que sejam intervenientes em acidentes de trânsito;
 - c) As pessoas que se propõem iniciar a condução.
- 2 - Quem prestar atos subditivos de laborar os resultados dos exames a que seja sujeito não pode proporcionar-se dispositivos para efeitos de prova.
- 3 - As pessoas referidas nas alíneas a) e b) do n.º 1 que recusarem submeter-se às provas estabelecidas para a deteção do estado de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas são punidas por crime de desobediência.
- 4 - As pessoas referidas na alínea c) do n.º 1 que recusarem submeter-se às provas estabelecidas para a deteção do estado de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas são impedidas de iniciar a condução.
- 5 - O médico ou paramédico que, sem justa causa, se recusar a proceder às diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas é punido por crime de desobediência.

Artigo 153.º

Fiscalização da condução sob influência de álcool



- 1 - O exame de pesquisa de álcool no ar expirado é realizado por autoridade ou agente de autoridade mediante a utilização de aparelho aprovado para o efeito.
- 2 - Se o resultado do exame previsto no número anterior for positivo, a autoridade ou o agente de autoridade deve notificar o examinando, por escrito ou, se for não for possível, verbalmente:
 - a) Do resultado do exame;
 - b) Das sanções legais decorrentes do resultado do exame;
 - c) De que possa, de imediato, requerer a realização de contraprova a que o resultado desta prevalece sobre o do exame inicial; e
 - d) De que deve suportar todas as despesas originadas pela contraprova, no caso de resultado positivo.
- 3 - A contraprova referida no número anterior deve ser realizada por um dos seguintes meios, de acordo com a vontade do examinando:
 - a) Novo exame, a efetuar através de aparelho aprovado;
 - b) Análise de sangue.
- 4 - No caso de opção pelo novo exame previsto na alínea a) do número anterior, o examinando deve ser, de imediato, a ele segurado e, se necessário, conduzido a local onde o referido exame possa ser efetuado.



Versão 8 data de 24-04-2021

Pág. 21 de 88

<p><u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões</p>	<p><u>Verificação</u></p>	<p><u>Aprovação</u></p>	<p><u>Revisão</u></p>
<p>Data: 05/2021</p>	<p>Data:</p>	<p>Data:</p>	<p>Data:</p>

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 27/35



Legislação Consolidada

5. Se o exame não preferir a realização de uma análise de sangue, deve ser conduzido, o mais rapidamente possível, e no estabelecimento oficial de saúde, a fim de ser colhido a quantidade de sangue necessária para o efeito.
6. O resultado da controlo prévio sobre o resultado do exame oficial.
7. Quando se suspeitar de utilização de meios fraudulentos de alterar momentaneamente o resultado do exame, pode a autoridade ou o agente de autoridade mandar submeter o suspeito a exame médico.
8. Se não for possível a realização de prova por pesquisa de álcool no ar expirado, o examinando deve ser submetido a colheita de sangue para análise ou, se esta não for possível por razões médicas, deve ser realizado exame médico, em estabelecimento oficial de saúde, para diagnosticar o estado de influência pelo álcool.

Artigo 154.º*Procedimento de condução*

1. Quem apresentar resultado positivo no exame previsto no n.º 1 do artigo anterior ou, no caso de não poder submeter-se a tal exame, for suspeito de condução pelo período de 24 horas, a menos que compare, antes de decorrido esse período, que não está influenciado pelo álcool, através de exame por si requerido.
2. Quem conduzir com insuficiência do respetivo número no número anterior e punido por crime de desidratação qualificada.
3. O agente de autoridade notifica o condutor ou a pessoa que se propuser iniciar a condução nas circunstâncias previstas no n.º 1 de que fica suspenso de condução durante o período estabelecido no mesmo número, sob pena de crime de desidratação qualificada.
4. As despesas originadas pelo exame a que se refere a parte final do n.º 1 são suportadas pelo examinando, salvo se resultarem de controlo com resultado negativo requerido ao artigo 153.º 2 do artigo anterior.

Artigo 155.º*Imobilização do veículo*

1. Para garantir o cumprimento do disposto no n.º 1 do artigo anterior deve o veículo ser imobilizado ou removido para parque ou local apropriado providenciando, sempre que for se modo indispensável, o encaminhamento dos documentos do veículo.
2. Todas as despesas originadas pelos procedimentos previstos no número anterior são suportadas pelo condutor.
3. Não há lugar a imobilização ou remoção do veículo se outro condutor, com conhecimento do que foi sucedido, ou do proprietário do veículo, se propuser conduzi-lo e apresentar resultado negativo em teste de pesquisa de álcool.
4. No caso previsto no número anterior, o condutor substituído deve ser notificado de que foi responsável pela observância do procedimento referido no artigo anterior, sob pena de crime de desidratação qualificada.

Artigo 156.º*Exame em caso de acidente*

1. Os condutores e os peões que intervirem em acidentes de trânsito devem, sempre que o seu estado de saúde o permitir, ser submetidos a exame de pesquisa de álcool no ar expirado, nos termos do artigo 153.º
2. Quando não for possível a realização do exame referido no número anterior, o médico do estabelecimento oficial de saúde a que os intervenientes no acidente sejam conduzidos deve proceder à colheita de amostra de sangue para posterior exame de diagnóstico de estado de influência pelo álcool e ou por substâncias psicotrópicas.
3. Se o exame de pesquisa de álcool no sangue não puder ser feito ou o examinando se recusar a ser submetido a colheita de sangue para análise, deve proceder-se a exames médicos para diagnosticar o estado de influência pelo álcool e ou por substâncias psicotrópicas.
4. Os condutores e peões mortos devem também ser submetidos ao exame previsto no n.º 2.

Artigo 157.º*Fiscalização da condução sob influência de substâncias psicotrópicas*

1. Os condutores e as pessoas que se propuserem iniciar a condução devem, ser submetidos aos exames regularmente estabelecidos para deteção de substâncias psicotrópicas, quando haja motivos de que se encontrem sob influência destas substâncias.

INCM

Versão 8 de 24-04-2021

Pg. 27 de 88

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:



Legislação Consolidada

- 2- Os condutores e os peões que intervirem em acidente de trânsito de que resultem mortos ou feridos graves devem ser submetidos aos exames referidos no número anterior.
- 3- A autoridade ou o agente de autoridade notifica:
- Os condutores e os peões de que devam, sob pena de crime de desobediência, submeter-se aos exames de rastreio e se necessário de confirmação, para avaliação do estado de influência por substâncias psicotrópicas;
 - Os condutores, caso o exame de rastreio seja positivo, de que foram impedidos de conduzir pelo período de 48 horas, salvo se, antes de decorrido aquele período, apresentarem resultado negativo em novo exame de rastreio;
 - As pessoas que se propuserem iniciar a condução em circunstâncias previstas no n.º 1 e que apresentarem resultado positivo em exame de rastreio de que foram impedidos de conduzir pelo período de 48 horas, salvo se, antes de decorrido aquele período, se submeterem a novo exame de rastreio que apresente resultado negativo;
- 4- Quando o exame de rastreio realizado aos condutores e peões nos termos dos n.ºs 1 e 2 apresentar resultado positivo, devem aquelas submeter-se aos exames complementares necessários, sob pena de crime de desobediência.
- 5- Quando necessário, o agente de autoridade providencia o transporte dos examinados a estabelecimento oficial de saúde.
- 6- Para os efeitos previstos nos números anteriores aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 155.º e nos n.ºs 2 e 4 do artigo 156.º
- 7- Para efeitos do n.º 2 referem-se por ferido grave aquela que, em consequência do acidente de viação e após atendimento em serviço de urgência hospitalar por situação emergente, careça de cuidados clínicos que obriguem a permanência em observação no serviço de urgência ou em internamento hospitalar.

Artigo 155.º

Outras disposições

- 1- São tidos em regulamento:
- O tipo de material a utilizar na fiscalização e nos exames laboratoriais para determinação dos estados de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas;
 - O método a utilizar para a determinação do dosamento de álcool ou de substâncias psicotrópicas no sangue;
 - Os exames indícios para determinação dos estados de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas;
- 2- Os laboratórios onde devam ser feitas as análises de urina e de sangue:
- As tabelas dos preços dos exames realizados e das taxas de transporte dos examinados e da imobilização e de reposição de veículos;
- 2- O pagamento das despesas originadas pelos exames previstos na lei para determinação do estado de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas, bem como pela imobilização e remoção de veículo a que se refere o artigo 155.º, e efetuado pelo entidade a quem compete a coordenação da fiscalização do trânsito.
- 3- Quando os exames referidos tiverem resultado positivo, as despesas são de responsabilidade do examinado. Devendo ser levadas à conta de custos nos processos criminais ou de contraordenação e que houver lugar, as quais reverterão a favor da entidade referida no número anterior.

Capítulo II

Apreensão

Artigo 156.º

Apreensão preventiva de títulos de condução

- 1- Os títulos de condução devem ser preventivamente apreendidos pelas autoridades de investigação criminal ou de fiscalização ou seus agentes quando:
- Supuserem de sua contração ou renovação fraudulenta;
 - Terem expirado o seu prazo de validade;
 - Se encontrarem em estado de conservação que torne instigável qualquer indicação ou avarizamento.
- 2- Nos casos previstos nos artigos 41 e 42 do n.º 1.º desta lei, em substituição do título, será fornecida uma guia de condução válida pelo tempo julgado necessário e renovável quando ocorrer motivo justificado.



Artigo 160.º



Índice à data de 24-04-2021

Pág. 28 de 88

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota e Frederico Simões			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 29/35

Anexo IV - Parecer 274/2014 da Ordem dos Enfermeiros (OE)


**CONSELHO JURISDICCIONAL
2012 / 2015**

 Categoria: Responsabilidade profissional
 Sub categoria: Doenças e afeições

PARECER CJ 274/2014
Sobre: Colheita de sangue para determinação do teor de álcool ou de substâncias psicotrópicas
Solicitado por: Digníssimo Bastonário e pedido de membro devidamente identificado
1. Questão colocada

O evento centralizado no procedimento de colheita de sangue para análise para determinação de álcool ou de outras substâncias psicotrópicas no serviço onde existe a profissão questiona a Ordem dos Enfermeiros se deve ser a entidade a executar essa colheita ou se pode ser outro profissional. Cabe a decisão de se alisar ou o médico a isso?

Existe alguma lei, decreto, lei ou portaria... que determine qual é o dever de determinar essa colheita? (...)

Essa colheita não acontece na PSP mas na colheita de sangue?

2. Fundamentação

A fundamentação deste parecer assenta em Pareceres anteriormente aprovados pelo Conselho Jurisdiccional nesta matéria.

Entende o Conselho Jurisdiccional aporrear um novo parecer na análise para melhor análise e entendimento das este artigo por parte do presente. Para sobre o assunto, garantido e, igualmente, a respeito de questões concretamente colocadas pelo membro.

2.1. Enquadramento legal de realização de exames periciais de toxicologia forense - fiscalização de condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas

2.1.1. O Título VI do Código de Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/84, de 2 de Maio, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 443/08, de 23 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 113/2008, de 1 de Junho, pelo Decreto-Lei n.º 262/08, de 2 de Agosto, pelo Decreto-Lei n.º 262/09, de 7 de Setembro, pelo Decreto-Lei n.º 320/11, de 23 de Junho, pelo Decreto-Lei n.º 136/2012, de 5 de Junho, e pela Lei n.º 72/2013, de 3 de Setembro, relativos aos procedimentos de fiscalização, após a entrada em vigor da Lei de autorizações, normas técnicas de diagnóstico e procedimentos em matéria de fiscalização da condução sob influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas.

2.1.2. Deixa, em especial, pelo interesse para a presente análise, o previsto no artigo 152.º, n.º 5 do atual Código, que estabelece a seguinte obrigação: **O médico ou paramédico que, seja qual for, se recusar a proceder às diligências previstas na lei para diagnosticar o estado de influência pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas é punido por crime de desobediência** (destaqui não copiado do original).

2.1.3. Na presente situação colocada em matéria de fiscalização da condução sob influência de álcool, importa atender ao seguinte:

* A fundamentação deste parecer assenta em Parecer CJ 164/2014 aprovado pelo Conselho Jurisdiccional nesta mesma matéria, este artigo, publicado em Pareceres n.º 75/2014 e 76/2014, bem como anteriormente emitido pelo Conselho Jurisdiccional como resposta às situações concretas apresentadas, sob a sua designação de pareceres n.º 1 e 2, publicados em:

Parecer CJ-274/2014 - Registo OE

Elaboração Melodie Mota e Frederico Simões	Verificação	Aprovação	Revisão
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:





**CONSELHO JURISDICCIONAL
2012 / 2015**

Categoria: Responsabilidade profissional
Sub categoria: Decisões autónomas

- 8) O exame temo, sujeito a pericia de álcool no ar expirado, realizado por autoridade de polícia de autoridade policial resulta positivo, pode, se necessário, require a realização complementar (artigo 152.º, n.º 1 e 2, alínea c)).
- 9) A realização de controlo, caso seja em o veículo de estacionamento, deve ser realizada por meio de análise de sangue, devendo o exame ser realizado no momento de maior proximidade possível, e estabelecimento oficial de saúde, para diagnóstico de influência de álcool (artigo 152.º, n.º 3, alínea b)).
- 10) O exame de urina, em caso de que não for possível a realização de pericia de sangue de álcool no ar expirado, devendo o exame ser realizado no estabelecimento de saúde, para diagnóstico de influência de álcool (artigo 152.º, n.º 3, alínea b)).
- 10) No caso de acidente de trânsito, no contexto de pericia intermédica, cujo relatório não tenha permitido a realização de exame de sangue de álcool no ar expirado nos termos do artigo 152.º, para o efeito de que os resultados a serem obtidos a realização de exame de urina, caso o exame de urina for positivo, a realização de exame de sangue para posterior exame de diagnóstico de influência de álcool (artigo 152.º, n.º 1, 2 e 3).
- 2.14. Dado o seu procedimento em matéria de fiscalização de condução sob influência de substâncias psicotrópicas, o Código de Estrada determina que:
- 8) Deverá ser feita a pericia de condução, quando for o caso, de que se suspeita de que se encontra sob influência de substâncias, e as condições e os meios que intervierem em qualquer situação de que resultem danos ou lesões graves, devem ser submetidos ao exame legalmente estabelecido para a detecção de substâncias psicotrópicas (artigo 157.º, n.º 1 e 2).
- 9) Quando o exame de urina revelar a presença de substâncias psicotrópicas, o exame complementar de sangue deve ser realizado (artigo 157.º, n.º 4).
- 10) Aplicando-se, para o efeito, o disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 152.º, no caso de ser nos termos de condução e estabelecimento de saúde o local para realização de coleta de amostra de sangue, ou, no caso em que não seja esse o local de realização de pericia, para submissão a exame de urina (artigo 157.º, n.º 5).
- 2.15. Encontrando-se em vigor, perante os tribunais de origem do Código de Estrada (artigo 152.º, n.º 1), que (artigo 157.º, n.º 1):
- a) O tipo de material a utilizar em fiscalização e nos exames laboratoriais para determinação dos níveis de influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas; b) Os métodos a utilizar para a determinação do conteúdo de álcool ou de substâncias psicotrópicas no sangue; c) Os exames médicos para determinação dos níveis de influência de álcool ou de substâncias psicotrópicas; d) Os procedimentos a serem adotados por parte do estabelecimento que proceder à coleta (artigo 157.º, n.º 1 e 2).
- 2.16. Neste sentido, a Lei n.º 132/07, de 17 de Maio, aprovou, em anexo, o Regulamento de Fiscalização da Condução sob Influência de Álcool ou de Substâncias Psicotrópicas, que determina, no que respeita à realização do exame de influência de álcool, que (artigo 157.º, n.º 1):
- no caso de ser necessário, após o ato de fiscalização, ou a ocorrência do acidente, sendo posteriormente enviada a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal de área respectiva, pelo estabelecimento que proceder à coleta (artigo 157.º, n.º 1 e 2).
- 2.17. E quanto à avaliação de níveis de influência de substâncias psicotrópicas, que (artigo 157.º, n.º 1):
- substâncias psicotrópicas de que se trata o presente artigo, não se incluem, neste contexto, os exames de diagnóstico médico em estabelecimento (artigo 157.º, n.º 1), sendo (artigo 157.º, n.º 1) e efectuado através de testes rápidos a realizar em centros forenses de LIMS, LIMS, ou em

Página 30/35

Elaboração Melodie Mota e Frederico Simões	Verificação	Aprovação	Revisão
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 31/35



**CONSELHO JURISDICIONAL
2012 / 2015**

Categoria: Responsabilidade profissional
Sub categoria: Decisões autónomas

- sanção (art.º 173.º n.º 1), designadamente pelo estabelecimento da rede pública de saúde e o exame de conformidade com os requisitos da amostragem de cada amostra de sangue (se estabelecimento ou não) pública de saúde e a respetiva análise a nível do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (art.º 173.º n.º 2).
- 2.18. Para efeitos da execução da Lei de Execução, e no âmbito do artigo 3.º da Lei nº 18/2007, de 17 de Maio, foi aprovada a seguinte regulamentação, criada em 2008-202007, de 13 de Agosto que revoga a Portaria nº 155652, de 30 de Novembro, promulgada no Capítulo I, Secção I - Artigos de sangue sob influência do álcool, que:
- (i) A análise do sangue destinado à realização das análises para identificação de toxicidade é efectuada em estabelecimento de saúde pública e que o exame do sangue realizado pelo agente de saúde ao qual, em caso de acidente de viação, pode ser o envio de material que dá origem (art.º 4.º);
- (ii) No estabelecimento público de saúde, o médico que alistar o examinado deve providenciar a obtenção de um volume de sangue suficiente para a realização de análises (art.º 5.º);
- (iii) O médico que promover a análise deve: a) Presenciar, sempre e imediatamente, o processo de análise do sangue; b) Escrever a respetiva certidão que regista os dados, incluindo: o endereço de residência do e o nome legítimo do representado, o Procurador para que sejam introduzidos os dados relativos ao caso no âmbito de análise de sangue, devidamente acreditado no ato de coleta do sangue; c) Apresentar a respetiva certidão, com o seu número de identificação profissional, o Procurador para que a análise seja realizada, de acordo com o disposto no Regulamento de Medicina Legal, I, 2, de 20 de Junho de 2008, caso não seja possível, que seja realizado pelo médico de saúde pública (art.º 6.º);
- 2.19. E, no Capítulo I, Secção I - Exame de material, prevê que:
- (i) Nos exames de sangue no âmbito de estabelecimento de saúde pública de saúde, são efetuadas (respetivamente aplicáveis), tendo em conta as condições de certificação previstas no artigo 1.º do artigo 1.º, devendo o agente da autoridade que controla e supervisiona efetuar ao mesmo tempo estabelecimento um impresso do modelo do artigo 7.º (art.º 7.º);
- (ii) Se o resultado do exame de sangue previsto no n.º 1.º for negativo, o médico deve, a) Presenciar, sempre e imediatamente, o processo de análise do sangue, incluindo a coleta de sangue, devidamente acreditado no ato de coleta do sangue; e o carimbo de estabelecimento no original e no cópia; b) Escrever o respetivo relatório de análise; c) Escrever o relatório de análise e aplicar o selo de identificação do sangue (art.º 8.º);
- (iii) Se o resultado do exame de sangue previsto no n.º 1.º for positivo, o médico deve, a) Presenciar, sempre e imediatamente, o processo de análise do sangue, incluindo a coleta de sangue, devidamente acreditado no ato de coleta do sangue; e o carimbo de estabelecimento no original e no cópia; b) Escrever o respetivo relatório de análise; c) Escrever o relatório de análise e aplicar o selo de identificação do sangue (art.º 9.º);
- (iv) A análise de sangue prevista no n.º 1.º deve ser realizada, sempre e imediatamente, no âmbito do modelo IV, referido no n.º 1.º e que, com as devidas alterações, se encontra em anexo ao presente (art.º 10.º);
- 2.10. Não obstante a cadeia regulamentar anterior, conforme se pode observar, quando se refere ao ato praticado no estabelecimento de saúde onde a autoridade realiza o exame, identificar o médico ou profissional do estabelecimento de saúde oficial a quem compete praticar as diligências previstas na lei para diagnosticar e tratar os infarctos pelo álcool ou por substâncias psicotrópicas e, bem assim, o médico responsável, médico de saúde pública ou médico de saúde pública.

Data: 05/2021

Elaboração Melodie Mota e Frederico Simões	Verificação	Aprovação	Revisão
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:





**CONSELHO JURISDICCIONAL
2012 / 2015**

Categoria: Responsabilidade profissional
Sub categoria: Decisões autônomas

- a previsão legal constante do artigo 492, n.º 5 do Código da Estrada, que coincide com a prática de entrega de habilitação, a mesma, sem prejuízo da do médico ou perito da realização de tais diligências (reflexos nessa)
- 2.1.11 Em face do facto previsto legal, é obrigatório que o legislador promova a participação e participação de outros técnicos na coleta de sangue, incluindo a realização dos testes para análise de toxicologia em trânsito. O legislador refere-se, porém, para além do médico a perito(s).
- 2.1.12 Uma, na referência, a perito(s) a ser(em) jurídico(s) como um todo, e, em particular, considerando o quadro legal vigente e falta de inclusão da referência no Código da Estrada, que entrou em vigor em 2011, tendo sido alterado inicialmente com o nº 1 do artigo 153.º, pelo artigo 4.º do Decreto-Lei nº 205-A/2011, de 28 de setembro, que se refere ao âmbito de atuação do médico e enfermeiro.
- 2.1.13 Considera-se a falta de inclusão da norma em causa violar no ordenamento jurídico o atual quadro legal aplicável ao exercício da profissão de enfermeiro, designadamente o artigo 4.º do Decreto-Lei nº 205-A/2011, de 28 de setembro, que se refere ao âmbito de atuação do médico e enfermeiro.
- 2.1.14 Para resposta ao pedido de esclarecimento do membro, quanto a saber se o enfermeiro tem o dever de realizar a coleta de sangue para efeitos de fiscalização da condução sob a influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas, importa, para além das funções do enfermeiro no âmbito da aplicação da sua participação nas diligências a cumprir no âmbito do quadro legal aplicável, tendo em conta que se a considerar "médico" e "perito(s)" e "enfermeiro".
- 2.2 Das funções dos enfermeiros no âmbito da realização de perícias médico-legais e forenses – a coleta de sangue no âmbito dos procedimentos de fiscalização previstos no Código da Estrada**
- 2.2.1 Antes de mais, é importante salientar o objeto do presente capítulo, conforme indicado a seguir, nomeadamente, permite-se ao perito(s) quanto a natureza das diligências a realizar.
- 2.2.2 Tem sido entendido pelo Conselho Jurisdiccional que a coleta de sangue para análise toxicológica em trânsito (...) constitui uma intervenção médica, sendo a realização, para esse caso, de um diagnóstico médico e de um perito de análise sanguínea? (Perícia nº 827/06)
- 2.2.3 Conforme se depreende da decisão com o nº 1 do artigo 3.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovada pelo Decreto-Lei nº 151/95, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. O nº 3 do mesmo artigo dispõe que os enfermeiros e interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelo equipar multidisciplinaris em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente transmitidas.
- 2.2.4 Sendo, também, neste âmbito que o Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 23 de Maio, alterado e republicado pelo Le.º nº 11/2009, de 16 de Setembro, prevê, no âmbito do artigo 11.º, que o enfermeiro, como membro da equipa de saúde, assume o dever de adotar responsavelmente as suas áreas de competência e reconhecer a especificidade dos outros profissionais de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um.
- 2.2.5 Por fim, a especificidade de situações sob análise, percebida a natureza pericial das diligências legais de perito(s) e na sua associação à sua realização, merece uma especialização, também ela, específica da eventual participação dos enfermeiros neste domínio.

Página 32/35

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

	PROPOSTA DE NORMA PROCEDIMENTO DE PERÍCIAS DE TOXICOLOGIA FORENSE - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas	
Serviço de Urgência A		Página 33/35



**CONSELHO JURISDICIONAL
2012 / 2015**

Categoria: Responsabilidade profissional
Sub-entrega: Decretos autônomos

- 226 Com vista, são estas as causas a perificação do enfermeiro, enquanto membro do corpo multiprofissional, no âmbito hospitalar, diferenciando-se, em termos de atribuições das suas funções, em relação às outras profissões da saúde. Portanto, as situações em análise consideram-se a prática, conforme foram sendo o tempo, de atividades próprias da realização de perícias médicas legais, e letamens, cujo regime jurídico se encontra previsto na Lei n.º 8500/4, de 15 de Agosto, no âmbito de um procedimento de fiscalização, conduzida por autoridades estranhas à equipa multidisciplinar de saúde, no caso em referência, e, efectivamente, integrante.
- 227 Não se que o Decreto Lei n.º 9920/12, de 31 de julho, que aprovou o ordenamento do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF), determinou, por esta entidade, na prossecução das atribuições afetas, designadamente, o apoio técnico e científico, das perícias médicas legais e dos procedimentos de fiscalização para a emissão de licenças portuárias (artigo 2.º, n.º 1), competência por oposição com os tribunais e demais serviços e entidades que intervierem no âmbito de administração de justiça, restrito ao âmbito de atuação do ordenamento legal e letamens que lhe forem atribuídos, nos termos da lei, bem como, igualmente, sobre a fiscalização e laboratório especializado, no âmbito das suas atribuições (artigo 3.º, n.º 2, alínea b)).
- 228 E, em consequência, os procedimentos letados a cabo pelo estabelecimento de saúde, conforme previsto na lei, não são que abrangidos da competência, que é devota ao INMLCF para a prossecução das suas atribuições. O INMLCF é, ainda, através das delegações correspondentes, o entidade a qual deverão ser remetidos os produtos colhidos pelos estabelecimentos de saúde –(2), a favor de exemplo, artigo 5.º, e 6.º, do Regulamento aprovado pela Lei n.º 9500/17, de 17 de Maio, que prevê que, igualmente, a a análise de sangue e urina a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, pelo estabelecimento que procedeu à colheita.
- 229 Significando, portanto, que, de acordo com as disposições em referência, não é inatípica, com a prestação de serviços de saúde, mas que é, de facto, normalmente, na perspectiva do âmbito letado de atuação do profissional de enfermagem, a administração de justiça, sendo que a sua realização possui condições de proteção do exercício de saúde.
- 2210 Nestes termos, e do que resulta da análise do quadro jurídico, não é legítima, segundo as regras de direito, a realização das colheitas de sangue ou outros produtos biológicos para provas periciais.
- 2211 De todo o modo, tendo em conta a natureza autónoma do exercício de enfermagem, conforme estabelecido no artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 101/86, de 4 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 13495, de 21 de Abril, e tendo em conta a necessidade evidenciada na lei de colaboração entre as organizações de saúde pública e o INMLCF, o enfermeiro, se não se ativer à prática a atribuição letada, por não ter natureza letada, nem sendo a competência letada por ser letada e por essa referência, nos termos da alínea b) do artigo 3.º do Código Deontológico.
- 2212 O seja, o confronto com a necessidade de tal colheita, considerando o profissional não ser ocupado para essa finalidade, sem que em ordem estranha a funcional nos termos do n.º 2 do artigo 8.º do REPE e do artigo 31.º do EDE, o enfermeiro pode decidir realizar.
- 2213 Não sendo uma intervenção letada, não se trata de uma intervenção letada – mas sim de uma correspondente a uma prova pericial – não podendo a intervenção decorrer de prestação por outro profissional de saúde.
- 2214 Nesta situação em que se refere, não é a função profissional competente para a realização de tal colheita, deve assumir a como, deve, garantir a assim a atribuição letada institucional e a prestação pública onde presta funções e o INMLCF, assegurando, desta modo, a administração de justiça.
- 2215 Portanto, a intervenção, mantendo o dever de obter consentimento por parte da pessoa em causa, ou, a presença a alínea j) do artigo 84.º do Código Deontológico, a classe no Estatuto do letado das

Folha 01/326011 – Final 048

Elaboração Melodie Mota e Frederico Simões	Verificação	Aprovação	Revisão
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:



**CONSELHO JURISDUCIONAL
2012 / 2015**

Categoria: Responsabilidade profissional
Sub categoria: Decisões autônomas

Definição: aprovada pelo Decreto Lei nº 10468, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo A Lei nº 11120/03, de 16 de Setembro.

- 22.16. (a) dever de observação consentâneo, sem prejuízo da verificação de qualquer exceção a coberto de preceito legal, cujo que o enfermeiro no caso do modo por parte do Jure, no âmbito da regulação e procedimento, mesmo que solicitado ou emitido por autoridade policial, independentemente da situação verificada e, em último caso, ser reconhecido de qualificação como policial da mesma natureza, prevista e punida pelo artigo 142º do Código Penal, caso seja realizada de forma e comprometimento do examinando.
- 22.17. A responsabilidade do examinando, em que se aplica o dever de abstenção de realização do procedimento: no colheita (pré e no enfermeiro, ii, naturalmente, referente sob o modo de vista penal, consultando nos termos do dispositivo nº 3 do artigo 152º, prático de um crime de desobediência. Tal circunstância incide, pois a em qualquer caso a ordem do exame não se aplica quando a conduta do enfermeiro, de abstenção da prática do ato de colheita perante a recusa do examinando.

3. Conclusão

Teido em atenção a exposto, os membros do Conselho Jurisdicional consideram que:

- 21. O Código de Ética prescreve a congruência de atuação das atividades relativas ao procedimento de fiscalização, no desenvolvimento e execução de suas funções, bem como os direitos legais, estabelecidos pelo estabelecimento de saúde, em vista da cooperação com o Instituto Nacional de Medicina Legal e Perícia Forense, I.P., no desempenho das atribuições.
- 22. O quadro legal aplicável do direito ao enfermeiro a responsabilidade pelas colheitas de sangue ou outros produtos biológicos para exames periciais.
- 23. Sendo um profissional autônomo quanto às suas decisões e intervenções profissionais a realizar, e enfermeiro, perante uma situação concreta, pode decidir realizar a colheita de sangue ou outro produto biológico para a realização de exames periciais se se encontrar no mesmo espaço público de saúde, e surge do dever de inclusão de colaboração com o Instituto Nacional de Medicina Legal e Perícia Forense, I.P.
- 24. Se o médico profissional de saúde disculpa para a realização de referidas colheitas, deve ser notado esse entendimento como um dever, no âmbito de garantir a continuidade do Jure, após obtenção do consentimento por parte do paciente em causa, sendo que perante a recusa por parte do examinando e enfermeiro, colheita de sangue e outras amostras de procedimento, sendo que sob o colheita ou realização de autoridade pública.
- 25. A recusa do examinando constitui a prática de um crime de desobediência, incidindo em autuativo, sob a esfera do exame não, não se aplicando à conduta do enfermeiro.

Foram relatados Maurício Magalhães, Fernando Camê, Paula Franco, Rogério Gonçalves e Rui Moreira com o apoio de Mônica Assis Cordeiro.

Discutido e aprovado por unanimidade em reunião plenária de 7 de novembro de 2014.

P/R Conselho Jurisdicional
Est.º Rogério Gonçalves
Presidente

Processo 02-2014-1-10004-04

<u>Elaboração</u> Melodie Mota e Frederico Simões	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data:

Anexo III – Proposta de norma de procedimento de preservação de vestígios forenses

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 1/11

OBJETIVOS

- Enquadrar equipa de enfermagem sobre as implicações legais da preservação de vestígios;
- Definir e uniformizar boas práticas de enfermagem de modo a evitar a contaminação e/ou destruição de vestígios;
- Uniformizar e sistematizar os registos de enfermagem sobre estas colheitas de modo a terem viabilidade jurídica, salvaguardando o enfermeiro.

SIGLAS

CF – Ciências Forenses

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

SU – Serviço de Urgência

SU HUC – Serviço de Urgência Pólo A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

APLICABILIDADE

Enfermeiros do Serviço de Urgência, polo A do Centro Hospital e Universitário de Coimbra.

JUSTIFICAÇÃO

O SU HUC sendo centro de trauma, recebeu em 2019, cerca de 156 mil vítimas de trauma, entre agressões, acidentes de trabalho ou de viação. Sendo serviço de referência em trauma, é fundamental a competência dos seus enfermeiros na prestação de cuidados à vítima preservando qualquer vestígio passível de investigação legal.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	 Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Serviço de Urgência A		Página 2/11

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O crime violento e os traumas associados requerem uma atuação dinâmica da equipa multidisciplinar, envolvendo e comprometendo de igual forma os profissionais de saúde (Gomes, 2016).

Situações de trauma, de asfixia e intoxicação, de violência intrafamiliar, de violência coletiva, de Psiquiatria e detenção, e investigações de morte são situações forenses com que o Enfermeiro se pode deparar no SU (Gomes, 2014 citado por Ferreira, 2018).

Com vista a uma primária prestação de cuidados de saúde na vítima de qualquer tipo de violência, privilegiam-se os serviços de urgência. Sendo pelo seu *ratio* superior a qualquer outra categoria profissional, sendo pela sua diferenciação de conhecimentos, pela sua presença 24/24h ou pelo facto de serem os primeiros do SU no atendimento à pessoa, nomeadamente no gabinete de triagem, os enfermeiros têm um papel fundamental neste tipo de vítima cuja necessidade de cuidados diferenciados é mandatário.

O principal papel do enfermeiro é a assistência à vítima ao promover cuidados de saúde. Porém, também é seu dever proceder à preservação dos vestígios que, *à posteriori*, poderão ser alvo de prova pericial em Tribunal com relevância médico-legal (Gomes, 2016).

VESTÍGIOS

Considera-se vestígio qualquer material útil para relacionar um certo crime, com um presumível suspeito da prática do mesmo, com uma arma ou um lugar (Silva, 2006, citado por Ferreira 2018).

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 3/11

De notar que, por vezes, as vítimas de violência podem ser examinadas numa fase muito precoce (logo após o evento traumático) sendo que estas poderão ainda não estar visíveis. Deste modo, é pertinente uma reavaliação periódica de modo a certificar que todas as lesões sejam reveladas e documentadas (Gomes, 2016).

As CF assentam no *Princípio de Locard*, que consiste no facto de que, sempre que houver contacto entre dois objetos, existe uma mútua troca de materiais entre as duas superfícies, sendo que este autor se refere aos vestígios como sendo testemunhas mudas do crime (Gomes, 2016).

Os vestígios podem incluir:

- Testemunho oral
- Documento escrita
- Desenhos e fotografias
- Objetos
- Corpo da vítima
- Pastilha elástica
- Roupa
- Ervas
- Detritos
- Piercings
- Cabelo
- Unhas
- Balas
- Fluidos corporais

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC <small>UNIVERSIDADE DE VITÓRIA</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 4/11

Pela diversidade de vestígios possíveis que podem ser fulcrais num julgamento é fundamental assegurar que o manuseamento seja realizado e documentado corretamente e/ou preservado evitando qualquer risco de contaminação ou destruição.

CADEIA DE CUSTÓDIA

Cadeia de custódia refere-se à “criação de um registo permanente de documentação do nome e função de cada pessoa responsável pela preservação da evidência forense em cada etapa de sua colheita, armazenamento e transporte para avaliação” (Schub & Balderrama, 2017 citado por Cruz, 2017). Esta tem por objetivo que qualquer prova seja considerada plausível em termos jurídicos garantindo que não haja qualquer manipulação por parte de terceiros.

Deve-se garantir que os vestígios sejam armazenados em locais seguros e sob vigilância de modo a evitar possíveis riscos de destruição, contaminação ou extravio.

Caso o vestígio seja transferido à autoridade deve-se proceder ao registo nas notas de enfermagem de quem entregou, quem recebeu com respetiva data e hora e código do vestígio.

CATEGORIAS DE VÍTIMAS QUE MAIS FREQUENTEMENTE PODEM NECESSITAR DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM FORENSES.

As boas práticas de segurança e cuidados médicos à vítima são sempre prioritários a qualquer recolha de vestígio de modo a nunca interferir com as medidas de reanimação.

É inúmera a tipologia de vítimas que podem necessitar de cuidados de enfermagem forense, sendo que as mais frequentes no SU HUC:

- Acidentes de trabalho

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	 Faculdade de Medicina de Coimbra
Serviço de Urgência A		Página 5/11

- Acidentes de viação
- Agressão pessoal
- Assalto e agressão
- Violência doméstica (ver Noma de Serviço: *Vítima de Violência Doméstica - Assistência de Enfermagem no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*);
- Feridas com arma de fogo;
- Perícias de toxicologia forense (ver *Procedimento de perícias de toxicologia forense - fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas*)

PRINCÍPIOS BÁSICOS NA RECOLHA/ MANUSEAMENTO DE VESTÍGIOS

- Uso constante de luvas e outros materiais de proteção (bata, máscara e touca);
- Trocar luvas frequentemente;

ROUPA

- Casos de agressões pessoais, violência doméstica, acidentes de viação em que as autoridades se deslocam ao SU deve-se questionar (e registar) se existe algum impedimento à entrega dos pertences à família – existe um vazio legal nesta matéria;
- Colocar cada vestígio separadamente em saco de papel consoante tipologia ou condições (como por exemplo se roupa molhada) selado com selo zip numerado (idênticos aos usados nos carros de emergência) e identificado com o nome da vítima, número de processo, nome de quem recolher, data, hora e conteúdo;

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

- Não agrafar os sacos – selar e assinar sobre o selo;
- Se usados envelopes de papel com pertences devem ser selados com etiqueta devidamente assinada sobre o fecho e igualmente e identificado com o nome da vítima, número de processo, nome de quem recolher, data, hora e conteúdo;
- Cada pertence do doente deve ser colocado em sacos de papel/ envelope de papel separadamente consoante tipologia ou condições;
- Não usar saliva para selar os envelopes;
- Secar itens antes de embalar (lençol/ toalha usada para secar também deve ser armazenada (o) em saco separado com devida identificação);
- Todas a vítimas de violência devem ser completamente despidas;
- A roupa preferencialmente deve ser despida pela própria vítima, sobre dois lençóis esterilizados/limpos ou papel (devendo ser igualmente armazenado);
- Caso seja removida pelos profissionais, não deve ser colocada no chão (sobre 2 lençóis – armazenar de igual forma em saco de papel);
- Cortar roupa pelas costuras evitando rasgos ou manchas;
- Caso a roupa seja colocada sobre lençóis, o superior também deve ser armazenado;
- Sapatos devem ser armazenados em sacos separados;
- Roupa molhada deve ser armazenada em sacos de plástico abertos e depois de seca recolhida em sacos de papel.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

 CHUC <small>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 7/11

FLUIDOS CORPORAIS

- Pesquisas de cavidades corporais devem ser efetuadas apenas após indicação judicial e deve ser acompanhada por duas testemunhas do mesmo sexo da vítima (preferencialmente) uma delas agente da autoridade;
- Se efetuada drenagem gástrica, deve ser reservado em frasco esterilizado e devidamente identificado (conforme consentimento da vítima, se aplicável, e com requisição médica, da medicina legal ou do agente da autoridade);
- Recolher urina da primeira micção da vítima ou drenagem vesical em frasco esterilizado e devidamente identificado;
- Sangue para dosamento de alcoolémia (ver procedimento de toxicologia forense – fiscalização da condução sob influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas).

OUTROS VESTÍGIOS

- Todos os detritos que acompanham a vítima devem ser recolhidos (vidro, partículas de tinta, vestígios de solo, etc.);
- Doente deve se despir sobre dois lençóis que por sua vez devem ser armazenados;
- Armazenar lençóis da maca (não é necessário serem esterilizados).

ENVOLVIMENTO DE ARMAS/ PRESENÇA DE ESTUPEFACIENTES/ ARTIGOS SUSPEITOS

- Contactar autoridade;
- Balas ou projéteis – não utilizar instrumentos metálicos na recolha e guardar em frasco esterilizado.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 8/11

VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

- Manter os mesmos princípios gerais;
- Contactar medicina legal;
- Informar vítima que não se pode lavar, mudar de roupa, evitar urinar ou defecar até à chegada da medicina legal;
- Ver norma de serviço *Vítima de Violência Doméstica - Assistência de Enfermagem no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

VÍTIMAS POR ARMA DE FOGO

- Não lavar as mãos da vítima (vivo ou morto);
- Proteger as mãos com envelopes de papel e fechar com adesivo ou elástico;
- Evitar puncionar veias no dorso das mãos.

VÍTIMAS DE ASFIXIA COM LAÇO

- Não cortar ou desfazer o nó;
- Se necessário remover laço, cortar a corda a pelo menos 9cm do nó;
- Se vítima cadáver, não manipular o nó.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 9/11

MORTE SUSPEITA NO SU

- Proteger local e contactar a autoridade;
- Não lavar o corpo e não remover dispositivos invasivos (como por exemplos, sondas, cateteres);
- Guardar frascos de fármacos, soros, etc.
- Guardar conteúdos drenados (urina, conteúdo gástrico, etc.)
- Marcar locais de punções/ intervenções realizadas;
- Registar todas as intervenções realizadas e respetivos locais;
- Notificar o laboratório para reservar as amostras;
- Não permitir contacto de familiares/ acompanhantes com o cadáver;
- Os cuidados *post mortem* devem ser realizados com recurso a saco de cadáver.

MATERIAL ESPECIALIZADO E NECESSÁRIO PARA OS CUIDADOS

- Régua de escala forense;
- Sacos de papel (diversos tamanhos);
- Selos;
- Etiquetas;
- Caneta permanente.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

DOCUMENTAÇÃO/ REGISTOS DE LESÕES E DA RECOLHA DOS VESTÍGIOS

- Utilizar os termos da vítima com recurso a “segundo a vítima”, “nas palavras da vítima”, “aleadamente”;
- Registrar as lesões em diagrama corporal;
- Evitar caracterizações cronológicas ou causais tais como “antiga”, “recente”, “ferida de entrada”, “ferida de saída”, etc.
- Registrar todas a intervenções realizadas e os locais;
- Documentar a existência de resíduos na pele;
- Documentar a aparência geral da vítima à chegada;
- Documentar odores;
- Documentar comportamento da vítima/ agressor;
- Documentar locais das punções/ intervenções realizadas (como por exemplo drenagens)
- Identificar claramente a localização e lateralização das lesões (uso dos devidos termos anatómicos);
- Descrever a forma de cada lesão e respetiva dimensão (recurso a régua);
- Uso da seguinte classificação standard:
 - Abrasões;
 - Lacerações;
 - Hematomas/ equimoses;
 - Avulsões;
 - Ferida perfurante;
 - Ferida punctiforme;
 - Ferida cortante;

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES	
Serviço de Urgência A		Página 11/11

- Queimaduras;
- Esmagamento
- Esganadura (constrição do pescoço com recurso às mãos);
- Estrangulamento (constrição violenta do pescoço, por meio de laço, devida a ação independente da do peso do corpo);
- Enforcamento (suspensão completa ou incompleta, do corpo em ponto fixo, por meio de um laço que constrição o pescoço).

BIBLIOGRAFIA

- Cruz, C. M. P. C. (2017). Práticas e Conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Medico Cirúrgica, Instituto Politécnico de Leiria). Acedido em: <http://web.esenfc.pt/?url=ijvAMUJW>
- Ferreira, C. M. E. (2018). Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Medico Cirúrgica, IPV). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.19/5061>
- Gomes, C. I. A. (2016). Preservação de Vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Acedido em: <http://hdlhandle.net/10316/81407>
- SNS (2021). Monitorização Diária dos Serviços de Urgência em Portugal. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, Frederico Simões e Rui Barbosa (SU-CHVNG/E)			Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

Anexo IV – Proposta de norma de procedimento de serviço de prevenção de infeção associada ao catéter venoso central

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 1

Introdução

São vários os fatores que podem influenciar o aumento das infeções, nomeadamente em contexto hospitalar, como alterações na imunidade bacteriana da pessoa, exames e tratamentos invasivos, a duração do internamento, a transmissão de microrganismos entre doentes assim como o próprio ambiente hospitalar. Estas infeções podem ser classificadas como endémicas ou epidémicas, sendo as primeiras mais comuns e as segundas com tendência a acontecer durante surtos ou associadas a um aumento anormal de uma infeção específica de um organismo (OMS, 2017).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um dos problemas de crescente importância à escala mundial, sendo a quarta causa de complicação nos países desenvolvidos, muito devido à utilização de dispositivos invasivos.

Verifica-se no âmbito das IACS e da sua prevenção uma clara necessidade de se apostar na mudança de comportamento, investir na motivação e preparação dos profissionais, dos utentes e da comunidade em geral, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas, como condição indispensável ao controlo de infeção, associando estas práticas a novas estratégias de utilização racional dos antimicrobianos (Pina, Ferreira & Uva, 2014).

Assim, a pertinência atual das IACS potencia também que se identifiquem, abordem e relacionem como tal as infeções associadas ao cateter venoso central (CVC), enquanto um dos locais com maior prevalência de infeções, no contexto hospitalar.

A direção geral de saúde (DGS, 2015) considera que a aplicação de medidas de prevenção das infeções associadas ao CVC incluem as intervenções ou *bundles* necessárias e implementadas em conjunto para o sucesso ser atingido, sendo de todo relevante que se atue de forma abrangente adotando estratégias de prevenção para garantir a segurança na prestação de cuidados de saúde, contribuindo, consequentemente, para o aumento do nível de qualidade.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------



PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 2
--	---	----------

Seguindo estas orientações no âmbito da prevenção, em 2015, a DGS emite, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do PPCIRA e da Ordem dos Médicos, a Norma n.º 022/2015, onde constam orientações denominadas de feixes de intervenção para a prevenção de infeção relacionada com o CVC dirigida a Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde, mas que responsabilizam também todos os agentes em contexto de prestação de cuidados de saúde.

A monitorização hemodinâmica invasiva contínua tem sido cada vez mais utilizada com a finalidade de diagnóstico e definição do tratamento de causas específicas de instabilidade cardiovascular observadas no período peri-operatório. Fornece informações relevantes que subsidiam uma decisão clínica racional quanto à necessidade de suporte cardíaco farmacológico ou de infusão de líquidos. Assume também especial importância em pacientes idosos e nas cirurgias de grande porte, como nas cirurgias oncológicas e nas de elevado risco de hemorragia, em face da necessidade de reposição volémica generosa e rápida sob o controle rigoroso da pré-carga ventricular.

Mas, se por um lado, a utilização do CVC permitiu avanços terapêuticos, também conduziu à origem de vários riscos associados, dos quais salientamos a infeção e a obstrução do cateter, fatores que contribuem para o acréscimo do período de internamento, da morbilidade e dos custos de hospitalização.

Por esses motivos, a manipulação, a manutenção e otimização do CVC torna-se conivente ao valor preponderante dos cuidados, pelo que, o Enfermeiro deve reunir um corpo de conhecimentos e competências que lhe permitam assegurar uma correta manipulação do CVC (Santos et al., 2015).

Tal como referem Santos *et al.* (2015), atualmente, a obstrução do CVC assume-se como uma relevante inquietação dos profissionais de saúde porque implica a suspensão das terapêuticas, um aumento de riscos para o paciente e de custos associados. É neste sentido

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 3

que as estratégias para reduzir esta complicação assumem uma importância fulcral, em especial a escolha da solução a ser utilizada para manter a permeabilidade do CVC.

Num estudo desenvolvido pelos autores supracitados, de acordo com a evidência disponível, o consenso entre os diversos autores e os resultados da revisão sistemática que elaboraram, conclui-se que não existem diferenças significativas entre a eficácia das soluções heparinizadas e o soro fisiológico 0.9% para manter a permeabilidade dos CVC nos adultos.

Os mesmos autores concluíram assim que, considerando que há evidência de que a utilização soro fisiológico é suficiente para manter a permeabilidade dos CVC prevenindo os riscos associados à administração da heparina, seria pertinente a elaboração de uma nova *guideline* que fosse transversal a todos os profissionais de saúde.

Atualmente é cada vez mais imprescindível que se reconheça a relevância do Enfermeiro enquanto agente primário de prestação de cuidados de saúde, particularmente na manutenção do CVC, exigindo-se cuidados de qualidade executados de forma criteriosa, aplicando conhecimentos e competências que cumpram as orientações emanadas a nível internacional e adaptadas para o nosso país, pela DGS, no contexto da execução dos feixes de intervenção (*bundles*) e dos procedimentos que lhes estão associados.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------



PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 4
--	--	----------

1- Recomendações/Feixe de intervenções

Em 2011, o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, recomenda um conjunto de diretrizes para a prevenção da infeção do CVC, que têm como objetivo fornecer recomendações baseadas em evidências para a prevenção de infeções associadas a CVC. As principais áreas de ênfase incluem educar e treinar profissionais de saúde que inserem e otimizam cateteres, usando precauções máximas de barreira estéril durante a inserção do CVC, utilizar clorhexidina com álcool para a antissepsia da pele e higienização das mãos e evitar a substituição rotineira do CVC como estratégia de prevenção de infeção.

1.1- Colocação do CVC

No momento da colocação do CVC, as orientações da DGS (2015, p. 1 e 2) indicam que as *bundles* ou feixes de intervenção devem ser executadas de forma planificada e cumprindo determinados procedimentos, como se observa da figura seguinte que ilustra o algoritmo clínico, e garantindo que se deverá:

- a) Avaliar a necessidade de colocar CVC, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar CVC com número mínimo de lumens adequado à situação do doente (Categoria IC);
- b) Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de CVC, num raio de 2 metros (Categoria IC):
 - i. Higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele;
 - ii. Preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes;

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 5

- iii. Técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata totalmente estéreis, touca e máscara.
- c) Realizar antissepsia da pele do doente com clorhexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC (Categoria IA):
- i. Fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos.
- d) Usar campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente (Categoria IIC);
- e) Não usar acesso femoral, sempre que possível (Categoria IA):
- i. Registrar razões de utilização de acesso femoral (doente hipocoagulado ou com ausência de informação sobre coagulação/ elevado risco de hemorragia);
- ii. Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador; (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia);
- iii. Preferir acesso jugular interno apenas em caso de:
- Anatomia anómala na região subclávia;
 - Lesão cutânea na região subclávia;
 - Hiperinsuflação pulmonar significativa;
 - Inexperiência do médico para acesso subclávio.
- f) Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Categoria IIaC):
- i. Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
- ii. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
- iii. Usar —kit de pensos;
- iv. Usar clorhexidina a 2% em álcool;
- v. Datar o penso.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Página 6



Figura 1 – Algoritmo Clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC - Momento de colocação de CVC
 Fonte: DGS (2015, p. 4)

1.2- Local anatómico para colocação de CVC

Os locais anatómicos de inserção do CVC são geralmente a subclávia, jugular ou femoral.

Para a colocação do CVC, deve-se ter em conta fatores como o controlo de infeção, as condições do doente (nomeadamente o sistema vascular), as necessidades terapêuticas, as informações que vão ser monitorizadas através deste dispositivo e a experiência do executor.

Em adultos, deve dar-se preferência à veia subclávia uma vez que um dos objetivos é o controlo da infeção.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 7

1.3- Manutenção do CVC

No âmbito da manutenção do CVC, a DGS (2015, p. 2 e 3) orienta para a execução de *bundles* ou feixes de intervenção que apliquem e cumpram de forma integrada, envolvendo toda a equipa multidisciplinar, os seguintes procedimentos:

- a) Avaliar diariamente a necessidade de manter o CVC (Categoria IIaC);
- b) Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o CVC (Categoria IIaC);
- c) Descontaminar as conexões com clorhexidina a 2% em álcool ou álcool a 70º antes de qualquer manuseamento local (Categoria IIaC):
 - i. Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc.), por fricção com clorhexidina 2% em álcool ou álcool a 70º, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
- d) Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica (Categoria IIaC):

Para realização de penso:

- (i). Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;
- (ii). Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
- (iii). Usar —kit de pensos;
- (iv). Usar clorhexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele;
- (v). Datar o penso.

Em relação ao momento de mudança de penso, mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:

- a) Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
- b) 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
- c) 7 Dias após a sua realização, se penso transparente;

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------



PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 8
--	---	----------

- d) Avaliar diariamente sinais de sensibilidade no local de inserção, palpando através do penso opaco ou inspecionando se o penso for transparente. Sempre que, durante a palpação, se sinta flutuação junto ao local de inserção do CVC, o penso opaco deve ser removido para visualização direta, pois esta sintomatologia é sugestiva de infeção associada a este dispositivo;
- e) Assegurar que os produtos utilizados nos cuidados dos cateteres são compatíveis com o material do cateter, sendo que não é recomendado aplicação tópica de antibioterapia no local de inserção, uma vez que promove a proliferação de fungos e resistências microbianas;

Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

A DGS (2015, p. 9) concetualiza as bundles associadas ao CVC como " (...) um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente", apresentando como objetivo primordial assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

 <p>PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO</p>		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 9

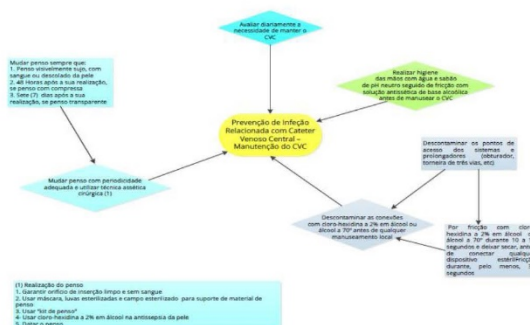


Figura 2 – Algoritmo Clínico “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC - Manutenção de CVC

Fonte: DGS (2015, p. 5)

1.4- Manuseamento do CVC

Para correto manuseamento do CVC é imperativo assegurar sempre técnica asséptica rigorosa, devendo ser implementadas diversas intervenções, nomeadamente (DGS, 2015):

- Higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica, antes de qualquer contato com o CVC;
- Descontaminar as conexões com fricção com cloroheixidina a 2% em álcool ou álcool a 70% antes de qualquer manuseamento;
- Mudança de sistemas de administração terapêutica farmacologia endovenosa:

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA
INTENSIVA-CIRURGIA
CARDIOTORÁCICAPREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER
VENOSO CENTRAL

Página 10

- Todos os sistemas de perfusão, torneiras e prolongadores, devem ser substituídos sempre que o CVC é substituído;
 - Terapêutica endovenosa contínua incluído torneiras e prolongadores devem ser substituídos em intervalos de, aproximadamente, 72h;
 - Sistemas com soluções que contenham dextrose ou aminoácidos, devem ser substituídos com uma frequência não superior às 72 horas;
 - Sistemas e prolongadores utilizados na administração das infusões de propofol devem ser mudados entre 6 a 12 horas (dependendo das recomendações do fabricante);
 - Sistemas de administração de sangue ou derivados devem ser substituídos até quatro horas após o início da perfusão;
 - Emulsões lipídicas ou nutrição parentérica devem ser substituídos até 24h após início da administração;
 - Substituir as tampas com uma frequência não superior às 72 horas ou de acordo com as recomendações do fabricante;
 - Sistemas de avaliação da pressão venosa central (PVC), devem ser substituídos com intervalos de 48h.
- Assegurar que todos os componentes do sistema de administração são compatíveis para minimizar fugas e quebras no sistema;
 - Manter as tampas nas torneiras quando o acesso não está a ser utilizado;
 - Fazer uma lavagem com 5 a 10ml de soro fisiológico a 0,9% entre a administração de medicação diferente;
 - Utilizar bomba perfusora para regular o débito de todos os fluidos;
- Qualquer exceção às normas deverá ser fundamentada clinicamente com registo no processo clínico.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 11

1.4-1. Manuseamento dos diversos lumens

Os CVC podem ter dois a cinco lumens, sendo que o selecionado deve ser o de menor número de lumens e consoante as necessidades do doente. As indicações de administrações terapêuticas nos diversos lumens devem seguir as seguintes indicações:

- Lúmen proximal: colheita de sangue, medicação de rotina (consoante compatibilidades), soluções eletrolíticas;
- Lúmen médio /lúmen medio proximal/lúmen medio distal: nutrição parentérica (lúmen exclusivo), fluidos espessos, medicação urgente (consoante compatibilidades), medicação vasoativa (lúmen exclusivo e se distal ocupada por PVC);
- Lúmen distal: medicação vasoativa (lúmen exclusivo), sangue e hemoderivados, coloides, expansores de plasma, soluções eletrolíticas e avaliação de PVC (MARTINS, 2001).

1.5- Remoção do CVC

Sempre que o CVC é colocado numa situação de emergência, tem um risco acrescido da técnica asséptica ter sido comprometida. Assim, deve ponderar-se a remoção deste dispositivo ou substituição do mesmo nas primeiras 48h. Está recomendado proceder-se à remoção deste dispositivo, logo que a colocação deste não se justifique ou sempre que haja compromisso da sua função.

Para a remoção do CVC, o Enfermeiro deve:

- Providenciar os recursos para junto do doente;
- Higienizar as mãos;

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA
INTENSIVA-CIRURGIA
CARDIOTORÁCICAPREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER
VENOSO CENTRAL

Página 12

- Instruir o doente para o procedimento e, sempre que possível, solicitar a sua colaboração;
- Posicionar o doente em decúbito dorsal (sem almofada), em ligeira posição de *Trendlemburg*, com a cabeça voltada para o lado contrário e, se necessário, colocar um rolo na região interescapular (se em jugular ou subclávia);
- Calçar luvas;
- Remover material de penso;
- Desinfetar a região com recurso a clorhexidina a 2%;
- Remover material de sutura;
- Remover suavemente e a um ritmo constante o CVC;
- Pressionar o ponto de inserção preferencialmente até à hemóstase;
- Executar penso compressivo;
- Verificar a integridade do CVC após remoção;
- Retirar/cortar uma amostra de cerca de 5 centímetros da ponta do CVC, colocando-a em contentor estéril para amostra biológica (se indicação médica, colher hemocultura(s));
- Vigiar possíveis complicações: sinais de hemorragia ou infeção local.
- Em doente com infeção associada à presença do CVC (ou suspeita), se o acesso vascular continuar a ser necessário, deve remover-se o CVC e substituí-lo por outro, num local anatómico diferente (MARTINS, 2001).

1.6- Educação de doente e familiares

* Explicar ao doente e família (se apropriado) as razões da cateterização e os cuidados a ter com o cateter;

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 13

2-Norma de Procedimento– Cateterização de veia venosa central

Definição

Consiste nas ações a desenvolver durante a introdução de um cateter, (com um ou mais lúmenes) numa veia central.

Objetivos

- Administrar grandes volumes de fluidos
- Administrar substâncias de grande peso molecular (ex. alimentação parentérica total) ou "corrosivas" para as veias periféricas (ex. citostáticos, aminas)
- Avaliar a pressão sanguínea a nível da veia cava superior (pressão venosa central) como índice do volume sanguíneo ou eficiência da bomba cardíaca.
- Administrar terapêutica por tempo prolongado ou quando a cateterização de uma veia periférica não é possível

Informações gerais

A – Quem executa

O Enfermeiro colabora com o médico na inserção do cateter;

B- Frequência

De acordo com a prescrição médica;

C – Orientações quanto à execução

*Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planejar os cuidados e avaliar resultados;

* Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	verificação por: Madalena Cunha Data: 05/2021	validação por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	revisão: _____ Data:05/2022
---	---	--	-----------------------------------

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA
INTENSIVA-CIRURGIA
CARDIOTORÁCICAPREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER
VENOSO CENTRAL

Página 14

iluminação;

*Atender à privacidade da pessoa;

* Providenciar a inserção do cateter em sala apropriada;

* Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação das vias de acesso e local de inserção;

* Providenciar a substituição dos cateteres colocados sem utilização de técnica asséptica, nomeadamente em situações de emergência, nas 48h subsequentes à sua inserção;

<u>Ações de Enfermagem</u>	<u>Justificação</u>
<ol style="list-style-type: none">1.Providenciar os recursos para junto da pessoa;2.Monitorizar sinais vitais;3 Lavar as mãos;4.Instruir a pessoa sobre o procedimento;5.Posicionar a pessoa, ou assisti-la a posicionar-se de acordo com a área a ser puncionada:<ul style="list-style-type: none">• Posição de Trendlenbourg e rotação da cabeça para o lado contrário ao que se vai puncionar para punção da veia jugular interna;• Decúbito dorsal com colocação de rolo na região subescapular, para a punção da veia subclávia;• Decúbito dorsal para punção da veia femoral.	<ol style="list-style-type: none">1.Gerir o tempo;2.Obter valores de referência;3.Prevenir contaminação;4.Obter a colaboração do cliente e diminuir a ansiedade;5.Facilitar o acesso ao vaso sanguíneo;

Elaborado por:
Andreina Oliveira
Edene Mota
Data:04/2021Verificado por:
Madalena Cunha
Data: 05/2021Validado por:
Emília Sola
Anabela Perdigão
Data: 05/2021Revisão:

Data:05/2022

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 15

<p>6.Providenciar a exposição da área; 7.Proteger a roupa da cama com o resguardo; 8.Lavar e realizar traqueotomia a área, se necessário; 9.Substituir o resguardo, se necessário; 10.Lavar as mãos; 11.Aplicar a máscara; 12.Colaborar com o médico durante a execução da técnica; 13.Dar ao médico a extremidade do sistema de perfusão para adaptar ao cateter; 14.Controlar o ritmo da perfusão, de acordo com a prescrição; 15.Executar o penso do local de inserção do cateter; 16.Fixar o prolongamento; 17.Posicionar a pessoa; 18.Monitorizar sinais vitais; 19. Apreciar o bem-estar da pessoa; 20.Assegurar a realização de radiografia do tórax; 21.Assegurar a recolha e lavagem do material; 22.Lavar as mãos.</p>	<p>8.Prevenir infeção; 10.Prevenir contaminação; 15.Prevenir infeção; 16.Evitar a deslocação do cateter; 18.Avaliar o estado hemodinâmico da pessoa; 19.Facilitar a atualização do diagnóstico de Enfermagem; 20.Confirmar o correto posicionamento do cateter; 22.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos;</p>
--	--

Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (p.30-36). Administração Central do Sistema Saúde (2011)

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------



PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA
INTENSIVA-CIRURGIA
CARDIOTORÁCICA

**PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER
VENOSO CENTRAL**

Página 16

Registos

- Data e hora
- Diagnósticos de Enfermagem
- Intervenções de enfermagem
- Resultados obtidos
- Educação para a saúde

Monitorização

A implementação desta norma pode ser monitorizada através de indicadores de processo (percentagem de adesão aos feixes de intervenção) e avaliada através de indicadores de resultado (taxa de infeção).

Estes indicadores devem ser avaliados de preferência com periodicidade mensal e comunicados aos profissionais de uma forma clara e contínua de modo a obter a colaboração e o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, a estabelecer objetivos de melhoria, e a promover comunicação transparente entre paciente, familiares e membros da equipa de cuidados.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emília Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 17

Conclusão

As infeções associadas ao CVC, mesmo sendo consideradas um evento adverso evitável, ainda representam um desafio para a qualidade dos cuidados de saúde.

A adesão de medidas isoladas de prevenção compromete a qualidade dos cuidados prestados.

As práticas definidas anteriormente são uma intervenção acessível e com potencial de eficácia, através da identificação de lacunas na prática clínica, formação de uma cultura organizacional que preze pela qualidade do cuidado e pela segurança do utente através da atualização continuada das boas práticas e manutenção do feixe de intervenções. Estes têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

O gap para prevenção está na consciencialização dos profissionais de saúde de que as medidas reconhecidas para prevenção de infeção associada ao uso de cateter venoso central devem ser adotadas de forma coletiva.

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------



PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO

SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 18
--	---	-----------

Referências Bibliográficas

- ◆ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections.
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsi-guidelines-H.pdf>
- ◆ CHUC, norma n.º PE 18.02. Cateter Venoso Central. Centro Hospitalar Universidade de Coimbra, 2018.
- ◆ Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de Janeiro: Regulamenta o modelo organizativo da Direção Geral da Saúde.
- ◆ Direção Geral da Saúde (2015). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma Regulamentar n.º 22. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ◆ Martins, José – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateter Venoso Central, Revista Referência, Coimbra. N.º7, Nov, 2001
- ◆ Organização Mundial de Saúde (2017). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
- ◆ Pina, E.; Ferreira, E. e Uva, M. S. (2014). Infeções associadas aos cuidados de saúde. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.
<https://www.researchgate.net/publication/303550615>.
- ◆ Santos, E. J. F. dos, Nunes, M. M. J. C., Cardoso, D. F. B., Apóstolo, J. L. A., Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2015). Effectiveness of heparin versus 0.9% saline solution

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

 		
PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO		
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA-CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL	Página 19

in maintaining the permeability of central venous catheters: a systematic review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 49(6), 995-1003.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600017>

- ♦ Veiga, B., Henriques E., Barata F., Santos F., Santos I., Martins M., Coelho M., Silva P.(2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos (pp.139-148). Administração Central do Sistema Saúde.
<https://www.doccity.com/pt/manual-de-normas-de-enfermagem-procedimentos-tecnicos/4792103/>

Elaborado por: Andreina Oliveira Edene Mota Data:04/2021	Verificado por: Madalena Cunha Data: 05/2021	Validado por: Emilia Sola Anabela Perdigão Data: 05/2021	Revisão: _____ Data:05/2022
---	--	---	-----------------------------------

Anexo V – Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Cardiorrítica		Página 1/19

OBJETIVOS

- Uniformizar procedimentos relativos à estratégia local de testes para SARS-CoV-2;
- Definir orientações de prevenção e controlo de infeções a cumprir perante a necessidade de transportar caso suspeito ou confirmado de COVID-19;
- Definir materiais e equipamentos que devem existir na área de isolamento destinada à colocação de caso suspeito pelo 2019-nCoV;
- Definir as orientações a cumprir perante a deteção de caso positivo para COVID-19 numa unidade de internamento;

SIGLAS

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ct – *Cycle Thresholds*

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI – Estrutura de Residência para Idosos

PCR – *Polymerase Chain Reaction*

PGA – Procedimento gerador de aerossóis

PBVT – Precauções básica na Via de Transmissão

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Cardiotorácica		Página 2/19

SABA - Solução antisséptica de base alcoólica

SCT – Serviço de Cardiotorácica

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

APLICABILIDADE

Enfermeiros e médicos de todos os setores do SCT do CHUC.

DEFINIÇÃO E CONCEITOS

Contacto: pessoa que esteve exposta a um caso de COVID-19 ou material biológico infetado dentro do período de transmissibilidade.

Período de transmissibilidade: 48h antes do início dos sintomas ou da colheita de material biológico para diagnóstico no caso dos assintomáticos, até ao dia em que é estabelecido o fim das medidas de isolamento.

DESCRIÇÃO

Tendo por base os conhecimentos atuais relativos à infeção por SARS-CoV-2, que se encontram em constante evolução, podemos considerar as seguintes informações:

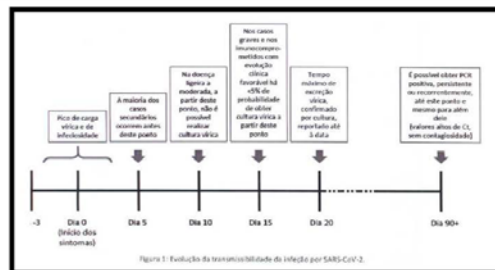
1. A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre maioritariamente por gotículas e contato, mas é possível a transmissão por via aérea em situações que promovam aerossolização das secreções brônquicas infetadas;
2. O período de incubação conhecido é de 1 a 14 dias, sendo o tempo médio de 4 a 5 dias;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citotórax		Página 3/19

3. O SARS-CoV-2 é mais contagioso nos dias que antecedem e sucedem o início dos sintomas. Estudos de rastreio de contactos demonstram que os casos secundários ocorrem até o 5º dia após o início dos sintomas de caso índice;
4. A contagiosidade diminui rapidamente até aos 10 dias após início dos sintomas nos doentes leves e moderados e até aos 15 dias nos doentes graves e imunodeprimidos com evolução clínica favorável.
5. Um teste de PCR positivo para pesquisa de SARS-CoV-2 significa que foi detetado material genético do vírus, independentemente da sua viabilidade;
6. É frequente os testes laboratoriais de PCR para pesquisa de SARS-CoV-2 permanecerem positivos em doentes recuperados. No entanto, estão habitualmente associados a valores de Ct elevados que refletem cargas virais baixas. Estes resultados positivos não são sinónimos da presença de vírus viáveis e não estão associados a transmissibilidade. Algo que é diferente de uma situação não documentada, em que Ct elevado não pode excluir infeção inicial;
7. Os testes de PCR para SARS-CoV-2 podem apresentar alternância entre detetado e não detetado em doentes em convalescença de COVID-19. Provavelmente como resultado de variabilidade de amostra e da presença de partículas virais em quantidade residual, no limiar da deteção;
8. A infeção confere imunidade, pelo menos a curto prazo, na maioria dos casos. No entanto, a duração da imunidade não é clara e casos de reinfeção já foram confirmados.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022



TESTES DISPONÍVEIS NO CHUC

1. Teste Moleculares de Amplificação de ácidos Nucleicos (TAAN):

- São o método de referência para diagnóstico e rastreio da infeção por SAR-CoV-2;
- Incluem testes RT-PCR convencional, em tempo real, e testes rápidos de amplificação de ácidos nucleicos;
- Os resultados devem ser conhecidos no prazo de 24horas após a sua requisição.

2. Testes rápidos de Antígeno (TRag):

- São testes imunocromatográficos que, de acordo com o fabricante, apresentam uma sensibilidade analítica igual ou superior a 90% e especificidade analítica igual ou superior a 97% (comparativamente com os TAAN), com resultados obtidos após 15-30minutos da sua realização;
- Devem ser utilizados nos primeiros 5dias (inclusive) de doença de modo a diminuir a probabilidade de obtenção de resultados falso negativos.

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, António Ferreira	Madalena Cunha	Emília Sola	Data: 05/2022
Data: 05/2021	Data:	Data:	

 CHUC <small>Centro Hospitalar de Coimbra</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	 <small>Sistema Nacional de Saúde</small>
Serviço de Citopatologia		Página 5/19

3. Testes serológicos:

- São teste que avaliam a resposta imunológica humoral à infeção por SARS-CoV-2.

Método	Gene amplificado	Amostra	Tempo médio de resposta**	Preço
RT-PCR	GeneXpert N2, E	Naso/ orofarínge	1 hora	37€
	VitaPCR 2 regiões do gene N	Nasofarínge	30 minutos	40€
	Seegene RdRp, N, E	Naso/orofarínge, aspirado traqueobrônquico	3 a 4 horas	18€
	COBAS ORF-1 ^a , E	Naso/orofarínge, aspirado traqueobrônquico	3 a 5 horas	13€
T Rag	>97%	Nasofarínge	20 minutos	6,5€
Serologia	IgG + IgM	Soro	2 horas	9€

* A sensibilidade de todos os métodos é inferior a 3cp/ml
 ** Tempos de execução técnica (não contempla o transporte nem inativação, quando aplicável)

ESTRATÉGIA DE TESTES PARA RASTREIO E DIAGNÓSTICO DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

Pelo princípio de precaução, as presentes regras devem ser aplicadas às pessoas vacinadas contra a COVID-19 até serem conhecidos mais dados, incluindo os de efetividade vacinal.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

Quando o teste SARS-CoV-2 é realizado no exterior, para admissão programada, este tem validade máxima de 72h. O tipo de teste, data e respetivo resultado são informações de carácter obrigatório na nota de admissão. Caso o médico responsável não tenha acesso a esta informação (nomeadamente após pesquisa no site Trace COVID-19 este teste deve ser repetido no hospital.

Nos procedimentos urgentes e emergentes, a ausência de teste não deve atrasar a prestação de cuidados clínicos adequados devendo, nestas circunstâncias, ser utilizado por parte dos profissionais EPI adequado à prestação de cuidados a doentes suspeitos de acordo com o tipo de procedimento a realizar (invasivo ou não invasivo).

Aos testes solicitados durante o internamento não se aplica o carácter de emergente, salvo exceções que deverão ser enquadradas com o Patologista Clínico de Urgência, nomeadamente para decisão da metodologia a utilizar.

Realizar teste SARS-COV-2 nas seguintes situações:

1. Suspeita de infeção por SARS-CoV-2: TRag + TAAN – Fazer colheita em simultâneo e enviar em contentores separados para o laboratório. Se TRag negativo, o laboratório confirmará sempre por TAAN;
2. Realizar TAAN acompanhado de inquérito clínico e epidemiológico dirigido nas 72h que antecedem:
 - Procedimentos geradores de aerossóis (PGA) de alto risco;
 - Cirurgia eletiva;
 - Admissão hospitalar: no momento da admissão, o acompanhante residente no hospital também fará TAAN (teste deve ser solicitado pelo médico responsável pelo doente);
 - Admissão em unidade de cuidados intensivos e intermédios

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citotórax		Página 7/19

- Doentes oncológicos, nos termos da Norma 009/2020 da DGS.

INQUÉRITO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO (Realizar com antecedência máxima de 72 horas)
<p>1. Nos últimos 14 dias teve/ tem:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tosse de novo ou agravamento do padrão habitual, ou associada a cefaleias ou mialgias? <u>OU</u> Febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$) sem outra causa atribuível? <u>OU</u> Dispneia/ dificuldade respiratória, sem outra causa atribuível? Anosmia, ageusia ou disgeusia de início súbito? <p>2. Nos últimos 14 dias, teve contacto de alto risco com casos confirmados de COVID-19?</p>

3. Durante o internamento hospitalar:

- Realizar TAAN ao 3º dia após teste de admissão, seguido de rastreio periódico a cada 5 dias contados a partir do último teste negativo;
- São exceção:
 - Doentes <12 anos de idade farão apenas rastreio na admissão;
 - Doentes dos 12 aos 18 anos farão apenas rastreio na admissão e ao 5º dia após o teste de admissão;
 - Acompanhantes residentes no hospital são rastreados em D3, seguindo-se rastreio semanal a partir do último teste negativo;
 - Os acompanhantes não residentes devem trazer TAAN negativo, realizado nas últimas 48 a 72h e com periodicidade semanal.

4. Contactos de alto ou baixo risco: TRag + TAAN:

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

- Realizar o mais precocemente possível, fazendo colheita em simultâneo TRag e TAAN e enviando em contentores separados para o laboratório. Se TRag for negativo, o laboratório confirmará sempre por TAAN.
 - Os doentes internados manterão em seguida rastreio periódico (5/5dias);
 - Os contactos de alto risco que tenham alta devem ser informados (nomeadamente através do registo na carta de alta) de que deverão repetir TAAN ao 10º dia após a última exposição de alto risco, ou antes se iniciarem sinais ou sintomas compatíveis com COVID-19.
5. Cluster ou surto: TRag + TAAN
- Realizar o mais precocemente possível, fazendo colheita em simultâneo TRag e TAAN e enviando em contentores separados para o laboratório. Se TRag for negativo, o laboratório confirmará sempre por TAAN.
 - Os doentes internados manterão em seguida rastreio periódico (5/5dias);
 - Os contactos de alto risco que tenham alta devem ser informados (nomeadamente através do registo na carta de alta) de que deverão repetir TAAN ao 10º dia após a última exposição de alto risco, ou antes se iniciarem sinais ou sintomas compatíveis com COVID-19.

Não realizar teste SARS-CoV-2:

Nos últimos 90 dias após diagnóstico laboratorial de infeção por SARS-CoV-2, exceto:

- Pessoas que desenvolvam sinais e sintomas sugestivos de COVID-19 e que simultaneamente:
 - Sejam contacto de risco de um caso confirmado de COVID-19, nos últimos 14dias;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citopatologia		Página 9/19

- Não exista diagnóstico alternativo (incluindo outros vírus respiratórios) para o quadro clínico,
- Apresentem situações clínicas de imunossupressão.
- No momento da admissão em ERPI ou UCCI da RNCC ou outras respostas dedicadas a pessoas idosas, aos residentes/ utentes que nos últimos 90 dias cumpriram os critérios de fim de isolamento;
- Residentes em qualquer instituição, autónomos, que realizam atividades fora da instituição por períodos inferiores a 24 horas.

CrITÉrios de alta clínica e fim das medidas de isolamento:

Todos os médicos e enfermeiros podem aceder ao Trace COVID-19. Para tal, devem utilizar as suas credenciais CHUC e ter em atenção as caixas “Universo de Pesquisa” (selecionar “todas as instituições”) e “estado de Vigilância”(apagar todas as opções) para alargamento da pesquisa. Os critérios de alta clínica e de fim de medidas de isolamento devem ser uniformizados com base nas normas da DGS (ver fluxograma abaixo).

- Doentes com COVID-19 sintomáticos - o fim das medidas de isolamento é determinado pelo cumprimento dos seguintes critérios, sem necessidade de realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2 e de acordo com a gravidade clínica:
 - Doença ligeira ou moderada: 10 dias desde o início dos sintomas desde que apirexia (sem recurso a antipiréticos) durante 3 dias consecutivos e melhoria significativa dos sintomas durante 3 dias consecutivos (exceto anosmia, ageusia e disgeusia que podem

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

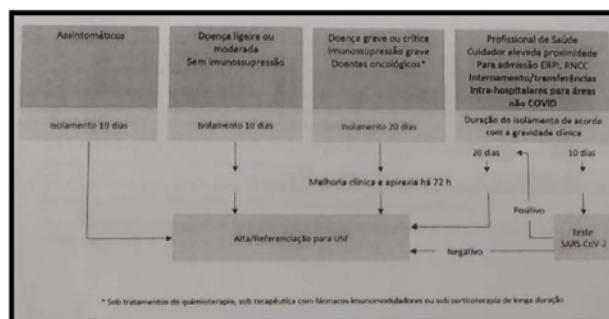
- persistir durante semanas não devendo ser avaliados na decisão de fim de isolamento);
- Doença grave ou crítica: 20 dias desde o início dos sintomas desde que apirexia (sem recurso a antipiréticos) durante 3dias consecutivos e melhoria significativa dos sintomas durante 3dias consecutivos (exceto anosmia, ageusia e disgeusia que podem persistir durante semanas não devendo ser avaliados na decisão de fim de isolamento);
 - Situações de imunossupressão grave, doentes oncológicos sob tratamento de quimioterapia, sob terapêutica imunomoduladores ou sob corticoterapia de longa duração independentemente da gravidade da doença: 20dias desde o início dos sintomas desde que apirexia (sem recurso a antipiréticos) durante 3dias consecutivos e melhoria significativa dos sintomas durante 3dias consecutivos (exceto anosmia, ageusia e disgeusia que podem persistir durante semanas não devendo ser avaliados na decisão de fim de isolamento);
- Doente com COVID-19 assintomáticos – à data do diagnóstico laboratorial e até ao final do seguimento clínico, o fim das medidas de isolamento é determinado 10dias após a realização do teste laboratorial que estabeleceu o diagnóstico sem necessidade de realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2.
 - Situações particulares que necessitam de obtenção de teste laboratorial não detetado para SARS-CoV-2, aos 10 dias, para além dos critérios

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citotóxicos		Página 11/19

anteriormente definidos ou caso seja positivo, isolamento prolongado até completar 20 dias desde o início dos sintomas sem necessidade de novo teste após essa data:

- Profissionais de saúde ou prestadores de cuidados de elevada proximidade a doentes vulneráveis;
- Doentes que vão ser admitidos em ERPI, unidades da RNCC, unidades de cuidados paliativos ou similares;
- Necessidade de internamento/ transferência intra-hospitalar para áreas não dedicadas a doentes COVID-19.



<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

ATUAÇÃO PERANTE DETEÇÃO DE CASO CONFIRMADO COVID-19 EM UNIDADES DE INTERNAMENTO NÃO-COVID

Sempre que se identifique um caso positivo COVID-19 em unidades de internamento não-COVID, o serviço deve aplicar conjunto de medidas abaixo elencadas.

1. Colocar de imediato o doente positivo ^{MS} medidas de isolamento – **Goticulas e Contacto**, de acordo com as precauções baseadas na via de transmissão;
2. Colocar de imediato os contactos sob medidas de isolamento – **Goticulas e Contacto**, de acordo com as precauções baseadas na via de transmissão;
3. Para investigação de surto e acompanhamento no processo de transferência (se for o caso), contactar UPCIRA (dect 6913), que articulará com o serviço e com o médico referido no ponto 4;
4. Para orientação clínica, decisão de transferência para área COVID-19 e atribuição de vaga, contactar residente do Serviço de Doenças Infecciosas (dect. 6526) das 9h às 21h e Chefe de equipa do SU (dect. 6145) das 21h às 9h;
5. Para orientação dos profissionais expostos, contactar Serviço de Saúde Ocupacional (telef. 239 4001 567; extensão 73200);
6. A investigação de surto deve ser efetuada em quipá e é da responsabilidade do médico responsável pelo caso positivo, do enfermeiro responsável de turno, do médico referido no ponto 4 e do enfermeiro da UPCIRA. A metodologia a seguir é a seguinte:
 - a. Assegurar investigação epidemiológica detalhada, nomeadamente identificação de possível fonte de infeção (visita, profissional de saúde, outro doente);
 - b. Identificar todos os contactos;

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, António Ferreira	<u>Madalena Cunha</u>	<u>Emília Sola</u>	
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Cariofotográfica		Página 13/19

- c. Verificar registos prévios na plataforma Trace COVID-19 relativos ao doente positivo e aos contactos (antecedentes de COVID-19 e critérios de cura;
 - d. Registrar todos os indivíduos validados como contactos;
 - e. Avaliar os contactos com base na classificação de risco e decidir rastreios;
 - f. Implementar (contactos) medidas de isolamento profilático e vigilância de sinais e sintomas a cada 8 horas, até 14 dias após data de último contacto;
 - g. Inserir os contactos na plataforma Trace COVID-19.
7. O pedido e realização dos testes de rastreio fica a cargo do serviço em causa;
 8. Os doentes considerados “contactos” não farão nebulizações a não ser que tenham indicação clínica com carácter de urgência/ emergência e esta seja insubstituível por outra via de admissão. A manipulação da via aérea, em caso de necessidade, será feita com recurso a PBVT- Gótica/ Contacto/ Via aérea;
 9. Os doentes considerados contactos de alto risco farão novo rastreio para COVID-19 ao 3º dia após o último contacto e daí em diante, de 5 em 5 dias. Contudo, se no decorrer dos 14 dias de isolamento profilático os contactos (de alto ou baixo risco) desenvolverem quadro de infeção respiratória aguda (tosse de novo ou agravamento do padrão habitual, febre sem outra causa atribuível, dispneia sem outra causa atribuível, anosmia, disgeusia ou ageusia) serão de imediato testados para COVID-19;
 10. As altas clínicas dos contactos não deverão ser proteladas. Caso um contacto tenha alta, deverá ser feita a recomendação (com registo na carta de alta) de permanecer em isolamento profilático até que estejam completos os 14 dias e confirmada a introdução desta informação na plataforma Trace COVID-19.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

ORGANIZAÇÃO DA ÁREA DE ISOLAMENTO DESTINADA À COLOCAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2

O espaço definido para colocação de “caso suspeito” de infeção deve estar identificada com a sinalética aqui apresentada e ser constituído por uma antecâmara e um quarto de isolamento. As áreas anteriormente designadas deverão conter o equipamento minimamente necessário para o conforto do doente e atuação dos profissionais de saúde.

1. Antecâmara:

- Armário de apoio fechado;
- Contentor primário de resíduos de grupo III com tampa acionada por pedal;
- Banco e mesa de apoio facilmente descontamináveis;
- 1 frasco de solução antisséptica de base alcoólica (SABA);
- Álcool a 70%;
- 2 folhas de papel e 1 caneta.

2. Armário de apoio da antecâmara:

- Cartas de ação plastificadas;
- Batas fluido resistentes;
- Toucas tipo cirúrgica;
- Máscaras FFP2/ N95;
- Óculos com proteção lateral;
- Cobre botas impermeáveis;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citofotografia		Página 15/19

- Luvas de nitrilo de punho alto de vários tamanhos ou luvas cirúrgicas de vários tamanhos;
- Hipoclorito a 1% (1L);
- Saco de plástico transparente tamanho médio;
- Papel absorvente;
- Urinol descartável;
- Máscaras cirúrgicas com elásticos (para o doente);
- Material para aspiração e oxigenoterapia.

3. Quarto de isolamento:

- Cadeira/ cadeirão, preferencialmente reciclável, revestimento impermeável e facilmente descontaminável;
- Mesa de apoio de tampo único facilmente descontaminável;
- Contentor primário de resíduos de grupo III com tampa acionada por pedal;
- Celulose (papel absorvente);
- 2 garrafas de água de 0.33mL;
- 2 folhas de papel e 1 caneta;
- Copo descartável;
- Urinol descartável;
- Bacio alto inoxidável, interior forrado com duplo saco (branco);
- 1 frasco de SABA;
- Álcool a 70%;
- Termómetro;
- Estetoscópio;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Cardiotorácica		Página 16/19

- Oxímetro;
- Esfigmomanómetro;
- Material para aspiração e oxigenoterapia.

MEDIDAS A ADOTAR PARA TRANSPORTE DE CASO SUSPEITO/ CONFIRMADO COVID-19

A transmissão pessoa a pessoa ocorre durante uma exposição próxima a uma pessoa com COVID-19, através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas quando esta tosse, espirra ou fala. O contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado e em seguida o contacto com boca, nariz ou olhos pode conduzir igualmente à transmissão da infeção.

De forma a evitar o surgimento de cadeias de transmissão em meio hospitalar, sempre que ocorra o transporte de uma doente suspeito ou confirmado em contexto de transferência ou outro, devem ser adotadas as seguintes medidas:

A. Doente:

1. Previamente ao transporte, deve ser garantido um nível de higiene adequado do doente, incluindo a higiene das suas mãos com SABA;
2. O doente deve usar roupa limpa;
3. A maca e/ou cadeira de transporte deve ser descontaminada e ser feita com roupas limpas;
4. Durante o transporte, o doente deverá usar máscara cirúrgica;
5. Não devem ser realizados PGA (ex. aspiração de secreções) durante o trajeto.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Cariofotografia		Página 17/19

B. Profissionais:

1. Antes de iniciar o transporte, devem colocar EPI limpo de acordo com as PBVT;
2. Devem seguir o trajeto pré-definido para acesso ao local destino;
3. Devem promover a limpeza do circuito, segundo as indicações elencadas.

C. Limpeza do circuito:

Esta pretende reduzir o risco de surgimento de cadeias de transmissão em meio hospitalar. Esta prevê a higienização das zonas de toque frequente e do pavimento do circuito que o doente tem que percorrer, desde o serviço de proveniência ao local destino (áreas comuns).

A limpeza do circuito está indicada nas seguintes situações:

- Higienizar zonas de toque frequente e pavimento sempre que ocorra o transporte de **doente suspeito** ou **positivo COVID-19 sintomático** e/ou **com probabilidade de emissão de gotículas** e/ou **com drenagens**;
- Limpar o elevador do respetivo circuito (zonas de toque frequente) sempre que ocorra o transporte de **doentes suspeitos** ou **confirmados**.

Sem indicação de limpeza do circuito:

- Transporte de doentes assintomáticos, com teste SARS-CoV-2 positivo, sem probabilidade de emissão de gotículas durante o percurso;
- Transporte de doentes que cumprem os critérios de fim das medidas de isolamento;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

- Transporte de cadáver cujos cuidados “*post mortem*” foram realizados segundo o procedimento descrito na IT-18:00 da UPCIRA, com acondicionamento do cadáver em duplo saco.

Metodologia de limpeza do circuito:

A limpeza do circuito é da responsabilidade de uma equipa de limpeza específica quando disponível. Se a equipa da limpeza não estiver disponível, a limpeza é da responsabilidade do serviço de origem ou partilhada entre este e o serviço destino (no caso de transferência entre polos).

A limpeza segue a seguinte metodologia:

- A limpeza e desinfeção das zonas de toque frequente é realizada com recurso a detergente-desinfetante com técnica 1 passo;
- O pavimento é descontaminado com panos pré-impregnados com hipoclorito sódio/ composto clorado a 1000ppm;
- Na ocorrência de contaminação inesperada durante o transporte (vómito, outros), o local deverá ser limpo e desinfetado imediatamente, cumprindo os seguintes passos:
 - Absorver o produto biológico com toalhetes de papel/ celulose;
 - Aplicar uma solução à base de hipoclorito de sódio 1% ou 10000ppm, deixando atuar no mínimo 1 minuto;
 - Limpar com água e detergente e deixar secar.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE SARS-COV-2	
Serviço de Citopatologia		Página 19/19

REFERÊNCIAS

PG- 14.00 da UPCIRA: Medidas a adotar para transporte de caso suspeito/ confirmado COVID-19

IT- 13.00 da UPCIRA: Organização da área de isolamento destinada à colocação de caso suspeito de infeção pelo 2019-nCoV

IG- 03.03 da UPCIRA: Estratégia de testes para infeção por SARS-CoV-2 – critérios de alta clínica e fim das medidas de isolamento

PG - 13.01 da UPCIRA: Atuação perante deteção de caso confirmado COVID-19 em unidades de internamento não COVID.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 05/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

Anexo VI – Proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE

 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Cardiologia
Serviço de Cardiotorácica		Página 1/20

1. OBJETIVOS

- Identificar precocemente doentes colonizados/ infetados por CPE;
- Implementar medidas de prevenção e controlo de transmissão de CPE;
- Uniformizar procedimentos relativos à estratégia local de testes de CPE;

2. SIGLAS

AO – Assistentes Operacionais

CPE – Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

EPI – Equipamento de Proteção Individual

PBCL – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PC – Precauções de Contacto

PG – Precauções de Gotículas

PBVT – Precauções básica na Via de Transmissão

SABA – Solução Antisséptica de base alcoólica

SCT – Serviço de Cardiotorácica

3. APLICABILIDADE

Enfermeiros e médicos de todos os setores do SCT do CHUC.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC <small>CENTRO HOSPITALAR DE CENTRO DE SAÚDE</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 <small>Sociedade Portuguesa de Controlo de Infeções</small>
Serviço de Cardiotorácica		Página 2/20

4. DEFINIÇÃO E CONCEITOS

Caso – Doente com estudo microbiológico positivo para CPE.

Colonização – Replicação de um microrganismo nos tecidos do hospedeiro, não acompanhada de sintomas ou sinais clínicos de infeção.

Contactante – Todo o doente que esteve internado no mesmo quarto do caso, por mais de 24 horas, durante o período contactante.

Contactante internado em UCI – Todo o doente que esteve internado na mesma unidade do caso, durante o período contactante.

Equipa direta - Grupo de profissionais de saúde prestadores da maioria dos cuidados (p. ex. médicos, enfermeiros, AO) aos doentes infetados ou colonizados por CE e que não estejam responsáveis pela prestação de cuidados diretos a outros doentes não portadores de CPE. Dependendo da tipologia de cuidados de saúde prestados, a configuração da equipa dedicada pode variar, incluindo outros profissionais.

Infeção – Replicação de um microrganismo nos tecidos do hospedeiro com consequente desenvolvimento de manifestações clínicas.

Período contactante – Compreende os 7 dias que antecederam a colheita das amostras biológicas positivas para CPE até à data de implementação das PBVT.

5. DESCRIÇÃO

A extensa família de *Enterobacteriaceae*, bactérias gram-negativas aeróbias facultativas, inclui diversos géneros com elevada disseminação na natureza e que colonizam o trato gastrointestinal de humanos e animais.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Microbiologia e Doenças Infecciosas
Serviço de Cardiotorácica		Página 3/20

Dos géneros com maior relevância clínica são de nomear *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Escherichia*, *Klebsiella*, *Morganella*, *Proteus* e *Serratia*. Estes podem ser isolados nos mais diversos produtos biológicos e associam-se a uma grande variedade de quadros infecciosos, cujas características dependem do microrganismo envolvido.

A proporção de isolados com múltiplas resistências a antimicrobianos, nomeadamente a quinolonas, β -lactâmicos e carbapenemes, tem vindo a aumentar a nível mundial; quer em número de episódios esporádicos, quer em relação com ocorrência de surtos.

Os carbapenemes (imipenem, meropenem, ertapenem e doripenem) têm sido amplamente usados, permitindo o tratamento seguro e eficaz de uma grande variedade de infeções, com diversos graus de gravidade. São considerados antibióticos de última linha, com largo espetro de ação, ativos contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, aeróbias e anaeróbias.

A resistência a este grupo de fármacos é mediada por um, ou pela combinação, de diversos mecanismos. Um deles, a produção de carbapenemases, confere um amplo espetro de resistência aos antibióticos, uma vez que estas enzimas hidrolisam não só carbapenemes, como também penicilinas de espetro alargado e cefalosporinas.

As 5 mais importantes carbapenemases incluem **KPC** (*K. pneumoniae* carbapenemase), **NDM** (*New Delhi metallo- β -lactamase*), **VIM** (*Verona integron-encoded metallo- β -lactamase*), **OXA** (*Oxacillinases*), **IMP** (*Imipenemase*). São mais frequentes a *E.coli* e a *KPC*, contudo foram já reportadas noutras bactérias gram-negativas tal como *Pseudomonas* e *Acinetobacter*.

No que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, as CPE apresentam um elevado risco por diversos motivos:

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

- Os genes eu codificam a produção de carbapenemases estão contidos em elementos genéticos móveis (plasmídeos) concomitantemente com genes que conferem resistência a outras classes de antibióticos (nomeadamente fluoroquinolonas e aminoglicosídeos) o que dificulta o tratamento das CPE;
- A capacidade de sobrevivência durante longos períodos em superfícies ambientais, mobiliário e equipamentos é um dos fatores que facilita a transmissibilidade no contexto de prestação de cuidados de saúde, bem como associação a surtos e endemias;
- A maioria dos doentes encontra-se colonizada e não infetada, pelo que não apresenta sintomatologia;
- A colonização primária ocorre a nível do trato gastrointestinal, desconhecendo-se a sua duração, a qual provavelmente varia de hospedeiro para hospedeiro, no tempo e em relação com diversos fatores.

Vias de transmissão:

- **Contacto direto** – através de contacto físico entre a pessoa infetada e o hospedeiro suscetível, sem qualquer intermediário, seja objeto ou pessoa;
- **Contacto indireto** – através das mãos, quando contaminadas, superfícies ambientais e equipamentos contaminados.

Na prestação de cuidados aos doentes colonizados e/ou infetados por CPE, além das PBCI são mandatórias as PBVT: PC ou PG (sempre que se preveja risco de exposição a salpicos, tosse e/ou expetoração).

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Infeções e Controlo
Serviço de Cardiotorácica		Página 5/20

6. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DISSEMINAÇÃO

6.1. Comunicação

A comunicação célere da identificação de casos positivos é fulcral na implementação precoce de medidas de prevenção e controlo da disseminação.

Assim:

- O Laboratório de Microbiologia comunica telefonicamente ao GCL a positividade da amostra para CPE, de segunda a sexta-feira entre as 08h e as 16h; nos restantes períodos esse contacto é feito diretamente ao serviço de origem;
- O GCL contacta de imediato a queipa de serviço par adoção de PBVT e notifica via email o diretor de serviço, enfermeiro chefe, elo médico e elo de enfermagem;
- O GCL procede à sinalização eletrónica do caso:
 - SGMI – durante o internamento, ao doente ficará associada a informação **“Doente portador de Enterobacteriaceae produtoras de carbapenemases (CPE) – Precauções de contacto ou gotículas até final do internamento”**, informação esta, que será visualizada quando o cursos passar sobre a cama do doente em causa;
 - SClinico – Durante o período de internamento, ao doente ficará associada a informação **“Necessidade de isolamento ou medida profilática”**;
 - Após a alta – Sempre que o doente recorre ao CHUC, no seu contacto com os serviços administrativos surgirá a mensagem **“PRIORIDADE: Contactar de Imediato Enfermeiro/ Médico/ Técnico”**.

O doente deve ser informado da sua situação clínica e em nenhum momento deverá ser discriminado, seja na admissão, prestação de cuidados ou transferência.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC <small>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 <small>Sociedade Portuguesa de Cardiologia</small>
Serviço de Cardiotorácica		Página 6/20

Como complemento das informações prestadas pelos profissionais de saúde, estão disponíveis folhetos com informação relevante a distribuir aos utentes contactantes, colonizados ou infetados (Anexos 1, 2, 3).

6.2. Colocação dos doentes

- Doentes colonizados ou infetados deverão ser colocados preferencialmente em quarto individual;
- Se quarto individual não disponível, a colocação junto a outros doentes deverá ter em consideração:
 - Situação clínica dos restantes doentes (p. ex. imunodeprimidos);
 - Colocação do caso positivo na extremidade distal do quarto;
 - O eventual bloqueio de camas deverá ser implementado apenas de acordo com o parecer do GCL.
- As instalações sanitárias devem ser exclusivas, em caso de impossibilidade, deverá ser mantida a frequência habitual de higienização, acrescendo higienização adicional apos cada utilização pelo caso;
- Em situações de casos concomitantes, recomenda-se isolamento por coorte sob PC ou PG e ainda a implementação de equipa dedicada de profissionais de saúde;
- À entrada da unidade do doente infetado ou colonizado, ou na antecâmara, devem estar disponíveis os EPI e SABA;
- Colocar sinalética de PC ou PG.

6.3. Higiene das mãos

- Recomenda-se a utilização de SABA como método preferencial de higiene das mãos;

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Saúde e Ambiente
Serviço de Cardiotorácica		Página 7/20

- Cumprir rigorosamente a técnica e os 5 momentos;
- O doente deve ser instruído para a frequente higiene das mãos, em particular após a utilização de sanitários, devendo neste caso fazê-lo preferencialmente com água e sabão líquido.

6.4. Equipamento de Proteção Individual

- Na prestação de cuidados de saúde ao doente está indicado o uso de bata fluido-resistente e luvas de nitrilo;
- Usar máscara cirúrgica e proteção ocular em caso de infeção respiratória ou procedimentos geradores de salpicos;
- Descartar EPI correta e imediatamente após utilização, em contentor Grupo III alocado à unidade do doente, sem contaminar as superfícies envolventes;
- Nos cuidados *post mortem* usar EPI descrito acima, sendo os restantes procedimentos idênticos aos efetuados em qualquer outra situação.

6.5. Materiais e equipamentos

- Utilizar equipamento individual/ dedicado (p. ex. estetoscópio, termómetro, braçadeira, monitor, ...);
- Manter no quarto apenas o equipamento e o material estritamente necessários à situação clínica do doente;
- A louça deverá seguir o circuito já determinado, à semelhança dos outros tipos de isolamento;
- Usar preferencialmente material descartável (arrastadeira, urinol);

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	
Serviço de Cardiotorácica		Página 8/20

- Em caso de utilização de arrastadeiras e urinóis reprocessáveis, recomenda-se a sua limpeza e desinfeção imediata, através de método mecânico;
- Em caso de doente algaliado, está indicada a utilização de saco de despejo de adaptação do fabricante ou orientações do GCL;
- Aquando da alta, transferência ou óbito, todo o material que permaneceu no quarto deve ser descartados ou reprocessado, de acordo com a sua tipologia.

6.6. Controlo Ambiental

- A unidade do doente colonizado ou infetado deverá possuir material de limpeza dedicado;
- Aquando da mudança diária da roupa da cama, a capa do colchão deverá ser higienizada com solução detergente-desinfetante;
- Nos procedimentos de higiene ambiental recomenda-se:
 - Técnica a um passo, com solução detergente-desinfetante, aplicada com toalhete/ celulose descartável, a realizar pelo menos 3 vezes ao dia, nas seguintes situações:
 - Superfícies de alto contacto da unidade do doente (grades da cama, mesinha de cabeceira, campainha, rampa de gases, monitores, máquinas perfusoras, ...);
 - Equipamento clínico e não clínico de apoio ao doente.
 - Técnica a dois passos, com limpeza com água e detergente multiusos seguida de desinfeção, conforme quadro abaixo, nas seguintes situações:
 - Pavimento e instalações sanitárias, pelo menos uma vez no turno da manhã e tarde;
 - Unidade do doente após alta, transferência ou óbito.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Instituto de Saúde e Ambiente
Serviço de Cardiotorácica		Página 9/20

Situação	Desinfetante	Concentração requerida (ppm)	Observações
Derrames	Hipoclorito a 1%	10 000 ppm	Utilizar EPI adequado
Desinfecção de superfícies limpas	Dicloroisocianurato de sódio/ troclosenó	1 000 ppm	Cumprir com recomendações do rótulo Utilizar EPI adequado

- Cumprir rigorosamente as orientações em situações de derrames e salpicos de matéria orgânica;
- Na limpeza terminal, as cortinas devem ser lavadas mecanicamente e as capas dos colchões devidamente lavadas e desinfetadas.

6.7. Manuseamento seguro de roupa

- O doente deverá utilizar roupa hospitalar;
- Manusear cuidadosamente a roupa, de forma a evitar a dispersão de partículas;
- Acondicionar em saco apropriado;
- Remover do quarto, pelo menos uma vez por turno, identificada como contaminada.

6.8. Manuseamento seguro de resíduos

- Considerar os resíduos produzidos na unidade do doente como sendo de risco biológico (grupo III) com exceção dos de grupo IV;

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, António Ferreira	Madalena Cunha	Emília Sola	
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	
Serviço de Cardiotorácica		Página 10/20

- Na manipulação de fraldas, sacos de colostomia, arrastadeiras e urinóis descartáveis, a sua eliminação deve ser imediata, em saco de resíduos do grupo III que será prontamente encerrado e removido;
- OS sacos de despejo de urina de adaptação terminal devem ser eliminados íntegros;
- Remover os restantes resíduos pelo menos uma vez por turnos.

6.9. Medidas complementares

- Banho diário ao doente com solução de gluconato de clorhexidina $\geq 2\%$, começando abaixo da linha do queixo, nos primeiros 5 dias após a confirmação de CPE;
- Esse período deverá ser prolongado enquanto o doente mantiver fatores de risco associados a maior transmissibilidade (Quadro abaixo);
- Avaliar diariamente a necessidade da presença de dispositivos médicos invasivos;
- Diminuir o número de pessoas em contacto com o doente;
- O processo clínico do doente deverá permanecer fora do quarto.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Infeção e Controlo
Serviço de Cardiotorácica		Página 11/20

Fatores de risco	
Para colonização	De maior transmissibilidade
Internamento nos últimos 12 meses	Diarreia e/ou incontinência fecal
Internamento prolongado	Enterostomia
Internamento prévio em UCI	Cateterismo vesical em doente com colonização do trato urinário
Cirurgia recente	Feridas e/ou úlceras exsudativas
Antibioterapia prévia (carbapenemes, fluoroquinolonas, cefalosporinas)	Doentes dependentes para auto-cuidados de higiene
Transplantação recente	
Gravidade da doença	
Dispositivos invasivos	
Feridas e úlceras	
Infecção ou colonização prévia por CPE	
Contactante de doente infetado ou colonizado por CPE	
Viagem recente para país de elevada prevalência (Grécia, Itália, países do Mediterrâneo Oriental, subcontinente indiano e sudoeste asiático)	

6.10. Visitas

- Restringir o período e número de visitas: máximo de dois períodos diários, com duração de 30 minutos cada, até duas pessoas por período;
- Ensinar e treinar as visitas sobre a higienização das mãos à entrada e à saída da unidade do doente, bem como a utilização de bata fluido-resistente, luvas e eventualmente máscara durante o contacto com o doente e o seu ambiente envolvente;
- As visitas devem ser instruídas e não contactar com outros doentes.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC <small>CENTRO HOSPITALAR DE CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</small>	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 <small>Hospital de Centro</small>
Serviço de Cardiotorácica		Página 12/20

6.11. Acompanhantes em pediatria

- OS adultos que acompanham e prestam cuidados à criança deverão usar bata fluído-resistente, luvas e eventualmente máscara e ter uma rigorosa higiene das mãos, que deverá ser monitorizada pelos profissionais de saúde;
- Os acompanhantes poderão frequentar espaços sociais, tais como salas de espera, refeitório, devendo contudo cumprir com rigor a técnica de remoção do EPI indicada na sinalética para PC ou PG à saída do quarto.

6.12. Deslocação/ transferência de doente

- A deslocação do doente deve ser evitada;
- Se estiver indicada, nomeadamente para realização de exames ou transferência de serviço, esta deve ser coordenada com o serviço recetor cumprindo as seguintes recomendações:
 - Agenda hora do procedimento/ transferência, de forma a evitar tempo de espera;
 - Sempre que possível, o doente deverá ser atendido por último;
 - Proceder à higiene das mãos do doente;
 - Vestir pijama limpo;
 - Colocar máscara cirúrgica ao doente;
 - Higienizar a cadeira de rodas/ maca/ cama e colocar roupa limpa;
 - Destacar equipa para transporte do doente sem interrupções;
 - A equipa de transporte deverá estar equipada com devido EPI e estar promovida de SABA para assegurar a correta higiene das mãos;
 - Garantir adequada limpeza e desinfeção do espaço e equipamento utilizado.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Infeção e Controlo
Serviço de Cardiotorácica		Página 13/20

- A documentação de transferência do doente deverá informar da positividade para CPE e precauções de controlo de infeção instituídas.

6.13. Alta/ Transferência externa

- As PC e PG deverão ser mantidas até à alta do doente (infetado ou colonizado), salvo se orientação contrária pelo GCL;
- A documentação de transferência e/ou alta do doente deverá informar da positividade para CPE e precauções de controlo de infeção instituídas, mesmo que a identificação tenha ocorrido em internamento anterior;
- Sempre que possível os serviços devem programar a alta/ transferência do doente com pelos menos 24 horas de antecedência e comunica-lo ao GCL, com informação do destino do doente;
- Ao GCL cabe notificar o GCR, sempre que possível com pelo menos 24 horas de antecedência para que a instituição de destino possa adotar as medidas de controlo de infeção adequadas;
- Os meios de transporte utilizados aquando da alta/ transferência do doente devem ser limpos e desinfetados de acordo com o procedimento específico.

6.14. Readmissões

Sempre que o doente recorre ao CHUC, no seu contacto com os serviços administrativos será visualizada, no sistema informático, a mensagem "PRIORIDADE: Contactar de imediato Enfermeiro/ Médico/ Técnico".

O administrativo deverá contactar um dos profissionais de saúde acima referidos, a quem compete a abordagem do doente e a sua orientação.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	
Serviço de Cardiotorácica		Página 14/20

Neste sentido, e dado que o alerta apenas surgirá após contacto com os serviços administrativos, todos os doentes, sem exceção, deverão inscrever-se no guichet antes de contactar com os serviços.

Este alerta tem por objetivo promover as medidas necessárias a uma circulação segura destes doentes, nomeadamente:

- Priorizar o seu atendimento, por forma a evitar a permanência em salas de espera de doentes/visitas, ou em espaços comuns de prestação de cuidados por longos períodos;
- Se necessária a utilização de instalações sanitárias, proceder à sua desinfeção imediata;
- Agendar exames complementares de diagnóstico para o horário mais conveniente ao serviço, tendo em conta as medidas de controlo de infeção que se impõem;
- Em caso de internamento, devem iniciar-se imediatamente as PC e PG que deverão ser mantidas durante 1 ano após conhecimento do primeiro estudo microbiológico positivo (zaragatoa retal ou cultura);
- Neste sentido, está vedado o pedido de rastreio CPE por zaragatoa retal durante esse ano;
- Após esse período, o médico assistente do doente poderá optar por rastreá-lo, preferencialmente com 2 zaragatoas intervaladas por um período de 48 a 72 horas, podendo o isolamento ser levantado se ambas estiverem negativas;
- Deverá ser contactado o GCL sempre que ocorra o referido no ponto anterior.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Saúde e Ambiente
Serviço de Cardiotorácica		Página 15/20

7. INVESTIGAÇÃO DE NOVOS CASOS DE CPE

7.1. Consentimento informado

- O rastreio de novos casos é efetuado por zaragatoa retal. Este procedimento está abrangido no conjunto de atitudes e terapêuticas com as quais o doente expressa o seu consentimento quando é internado, já que se trata de um procedimento transversal na unidade de saúde e não específico para o doente;
- Tal não obsta a que o doente deva ser elucidado sobre as características e objetivos do exame e possa recusá-lo, caso em que se aplicarão as PC ou PG até ao final do internamento.

7.2. Rastreio a contactantes

- A procura de casos secundários é iniciada a partir da deteção de um novo caso (colonizado ou infetado);
- Nestas situações, o rastreio de contactantes implica realização de uma primeira zaragatoa retal e, se resultado negativo, colheita de uma segunda amostra 48 a 72 horas após a primeira;
- Os contactantes devem preencher os critérios temporal e geográfico definidos no ponto 4 e após identificados, ser mantidos sob PC até ao fim do rastreio caso este seja negativo (se colocados em coorte, a implementação das PC deve ser mantida entre doentes);
- Se o rastreio for positivo, devem ser mantidas as PC até ao fim do internamento.

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

7.3. Rastreio na admissão

- Está indicado o rastreio sistemático a todos os doente transferidos de outras instituições de cuidados de saúde, nomeadamente hospitais e UCCI;
- Nestas situações, o rastreio implica realização de apenas uma zaragatoa retal, a realizar nas primeiras horas após o internamento.

7.4. Rastreio em doentes internados na instituição

- Em UCI, unidades de cuidados intermédios, transplantes, serviços de hematologia, oncologia, urologia, nefrologia e medicina interna ou outros serviços que venham posteriormente a ser considerados, recomenda-se a realização de rastreio mensal a todos os doentes com mais de 15 dias de internamento;
- Nestas situações será realizada apenas uma zaragatoa retal com a periodicidade acima referida.

7.5. Colheita e transporte da amostra

O rastreio é efetuado por colheita de amostra por zaragatoa retal:

- Efetuar colheita no período da manhã;
- Utilizar apenas as zaragatoas fornecidas para esta procedimento “eSwab (COPAN)” (ver imagem abaixo) – zaragatoa com meio de transporte líquido (tubo com 1mL de meio de preservação de Amies);
- Humedecer a zaragatoa utilizando o meio de transporte incluído no tubo;
- Introduzir a zaragatoa no camal anal, a 1cm da margem anal, enquanto se executa movimento de rotação (zaragatoa perianal não é uma amostra aceitável);

<u>Elaboração</u>	<u>Verificação</u>	<u>Aprovação</u>	<u>Revisão</u>
Melodie Mota, António Ferreira	Madalena Cunha	Emília Sola	
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

 CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO DE RASTREIO DE CPE	 Departamento de Patologia Clínica
Serviço de Cardiotorácica		Página 17/20

- Colocar a zaragatoa no meio de transporte líquido até atingir o fundo do tubo e partir pela marca, de modo a poder encerrá-lo;
- O transporte será **imediato e a entrega em mão** no Serviço de Patologia Clínica.



8. REFERÊNCIAS

PG- 06.00 da UPCIRA: Prevenção de Transmissão de Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases (CPE)

<u>Elaboração</u> Melodie Mota, António Ferreira	<u>Verificação</u> Madalena Cunha	<u>Aprovação</u> Emília Sola	<u>Revisão</u>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

9. ANEXOS

Anexo 1: Folheto Informativo “Informações e Recomendações aos Utentes Contactantes”

7. Qual o resultado do rastreio?

O resultado do rastreio é considerado:

Se o teste de diagnóstico fosse negativo, não haverá necessidade de exames ou procedimentos adicionais.

Se o resultado for positivo, no próximo ou seguinte seguimento, deverá consultar a sua Bibliotecária/Enfermeira para que lhe possam ser fornecidas informações adicionais.



8. É que são distribuídos/foram produzidos de carapassos (CPE)?

Distribuídos/foram produzidos de carapassos (CPE) que foram produzidos de forma normal das suas células, mas não tinham sido produzidos de forma normal. Contudo, se diagnosticar algum tipo de alteração, seja com o aparelho ou seja com o teste em si, poderá causar danos ao seu organismo.

Os carapassos são utilizados para a frequência utilizada no tratamento de células graves.

Atenção: a produção de uma célula, a carapassos, alguns distribuídos/foram produzidos de forma normal, se produzidos de forma normal. São distribuídos de forma normal.

9. Há de ser tratada para CPE?

Se houver um quadro de sintomas e não for detectada por uma CPE, deverá ainda se fazer um rastreio que permita ao utente da CPE rastrear e obter as informações de novo.

10. Os sintomas para saber de CPE devem ser tratados?

Quando uma febre, tosse e alteração das suas funções são produzidos, a infeção viral ou "influenza" e a "gripe" são os "carapassos" de produção podem causar os sintomas durante meses e anos, mas não necessitam de tratamento.

11. Como se transmite a CPE?

A transmissão ocorre por contacto direto com pessoas infectadas/carapassos, ou indireto por contacto com superfícies, incluindo as superfícies das mãos contaminadas.

Assim, deverá ser tomadas medidas adequadas para impedir que o utente que esteja a obter seja contaminado.

Para o portador, a medida mais importante é manter uma eficaz higiene das mãos, incluindo frequentemente com água e sabão, especialmente depois de utilizar os seus dispositivos.

Deve lavar as mãos com água corrente, com sabão líquido ou sabão, particularmente na área de contacto com a pele.

12. Precisa de ser rastreada?

Por vezes são feitos rastreios de forma de que se detecte a presença de infeção resultante por CPE.

Conto tal, estes rastreios poderão não estar, sendo o teste, rápido e a maioria produzidos de forma normal.

Juntos, o rastreio será efetuado nos centros distribuídos para rastreio.

Recomendamos este rastreio pelo procedimento, embora seja possível de poder ser realizado em momentos de alta ou baixa prevalência de CPE.

13. Como é efetuado o rastreio?

O rastreio consiste na realização de amostras de sangue, que será enviada a presença do laboratório.

Se este rastreio não for negativo, será realizado de forma normal em 12 horas após a produção.

Se o teste for positivo, será realizado em 24 horas após a produção, ou seja, quando se tem, por exemplo, todos os sintomas necessários de produção de transmissão de CPE.

Elaboração Melodie Mota, António Ferreira	Verificação Madalena Cunha	Aprovação Emília Sola	Revisão
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

Anexo 2: Folheto Informativo “Informações e Recomendações aos Utentes Portadores – À data de Alta”

6. Os familiares devem usar rastreio de CPE em caso de alteração hospitalar?

nestes casos, devem contactar os profissionais de saúde no momento de alteração. O contacto será gerido como caso comum.

7. Voltar ao trabalho.

Os seus familiares e amigos podem voltar ao trabalho e a sua rotina normal após a alta. Não é necessário informar quem é portador de CPE, desde que os médicos de família sejam referidos sobre o diagnóstico. No momento de preparação do relatório de saúde dos familiares, os profissionais de saúde são informados de que se encontra sob rastreio por CPE para que possam tomar as devidas medidas de controlo de frequência e de hipertensão dos seus familiares, antes de regressar ao trabalho e a seguir, antes de regressar ao trabalho em geral.



Grupo de Coordenação Local
Programa de Prevenção Controlada de Batimentos
de Rastreamento aos Aritmopatias
SCL-PPCRIA
Maio-2021.

scl.psicrj.com.br

1. O que são fibrilhações paroxísticas de origem atrial (FPA)?

As fibrilhações são batimentos que fazem parte da frequência normal dos batimentos cardíacos, podendo ocorrer de forma esporádica, tal como o que ocorre antes de ir a dormir ou quando acordamos. Os sintomas são geralmente leves e não são perigosos. Os sintomas são geralmente leves e não são perigosos. Os sintomas são geralmente leves e não são perigosos.

2. Como se transmite a FPA?

A FPA é transmitida geneticamente, ou seja, pode ser herdada de um dos pais. No entanto, a maioria dos casos de FPA não é hereditária, sendo causada por alterações na estrutura do coração.

3. As pessoas portadoras de CPE devem ser rastreadas?

Quando esta batida hábito e o ritmo do coração batem sem provocar dor, a FPA é considerada "benigna" e a pessoa não precisa de tratamento. No entanto, se a FPA for sintomática, o tratamento deve ser iniciado.

4. Como se transmite a CPE?

A CPE é transmitida geneticamente, ou seja, pode ser herdada de um dos pais. No entanto, a maioria dos casos de CPE não é hereditária, sendo causada por alterações na estrutura do coração.

5. Os familiares de um utente portador de CPE devem ser rastreados?

Os familiares de um utente portador de CPE devem ser rastreados. O rastreio é feito através de um teste de rastreio de CPE. O teste é feito através de um teste de rastreio de CPE. O teste é feito através de um teste de rastreio de CPE.

<p><u>Elaboração</u></p> <p>Melodie Mota, António Ferreira</p>	<p><u>Verificação</u></p> <p>Madalena Cunha</p>	<p><u>Aprovação</u></p> <p>Emília Sola</p>	<p><u>Revisão</u></p>
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

Anexo 3: Folheto Informativo “Informações e Recomendações aos Utentes Infetados/Colonizados – Regime de Internamento”

5. Titular

Os seus familiares e amigos podem visitá-lo, sendo a visita de visita distribuída por uma período diário, de acordo com o plano de visitas, com duração 30 minutos e um máximo de duas visitas por período.

Folhetos à porta do quarto todos os dias e no vestíbulo, ou se registarem com intenção de visita, antes e depois de entrar.

Não se movimentem e presença de visitas, acompanhadas, portadoras de doenças crónicas ou idosas.

6. É quando deve sair?

É possível que à data de alta se encontra portador de CPE, e que devam de serem repatriados para casa e tempo.

Se tiver a intenção de regressar ao país para trabalhar ou estudar, deve contactar o seu médico assistente e o Buro de Saúde comunitária para o seu país. Não deve ir a outros países, incluindo os países onde se tem familiares, até que se tenha recebido a confirmação de alta.



Grupo de Coordenação Local
Programa de Prevenção e Controlo de Infetções e de Resistência aos Antibióticos
CCL - PCCIA
Maio 2016

3. O que são Enterobacteriaceae produtoras de carbapenemas (CPE)?

Enterobacteriaceae são bactérias que fazem parte da flora intestinal normal das seres humanos, localizadas habitualmente no trato gastrointestinal, no trato urinário e nos locais de circulação, tais como o aparelho respiratório ou o sistema circulatório, podem causar infeções em pessoas saudáveis.

Os carbapenemas são antibióticos potentes e frequentemente utilizados no tratamento de infeções graves.

Alguns da produção de uma enzima, a carbapenemase, capazes de destruir a maioria dos antibióticos utilizados no tratamento de infeções graves. Não devem ser utilizados em pessoas saudáveis.

4. Como se transmitem as CPE?

A transmissão ocorre por contacto direto com pessoas infetadas/portadoras, ou indireto por contacto com superfícies, materiais ou equipamentos médicos contaminados.

Assim, devem ser tomadas as medidas adequadas para impedir que o ambiente que rodeia o utente seja contaminado.

5. O que acontece se tenho um resultado laboratorial positivo?

Se obtiver um resultado laboratorial positivo deve partir-se para uma avaliação individualizada dos dados.

3. Como pode ser prevenida a transmissão de CPE?

Para o doente infetado ou portador, a medida mais importante é manter uma elevada higiene das mãos, seguida do uso adequado de máscara, luvas e roupa, especialmente após utilização de casa de banho.

Deve usar um dispositivo médico pessoal, tal como óculos ou protetor facial, particularmente no caso de contacto com o doente.

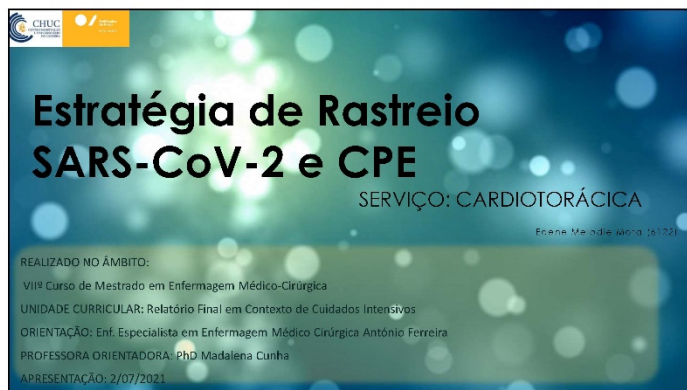
Existirá a possibilidade de ter de ser admitido noentes local, necessitando-se que a individualidade. Entre a presença de sintomas persistentes ou graves.

O profissional de saúde que for portador de CPE deve evitar a transmissão de CPE para outros utentes, especialmente em situações de emergência, urgência ou situações de emergência.

Elaboração Melodie Mota, António Ferreira	Verificação Madalena Cunha	Aprovação Emília Sola	Revisão
Data: 06/2021	Data:	Data:	Data: 05/2022

Anexo VII – Apresentação da formação de serviço sobre propostas de normas de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2 e CPE

20/06/2021



**Estratégias de Rastreio
SARS-CoV-2 e CPE**

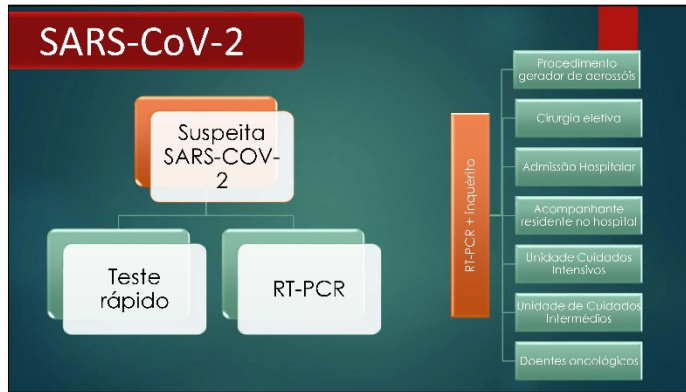
SERVIÇO: CARDIOTORÁCICA

Francine Mendes Almeida (6102)

REALIZADO NO ÂMBITO:
VIIº Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
UNIDADE CURRICULAR: Relatório Final em Contexto de Cuidados Intensivos
ORIENTAÇÃO: Enf. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica António Ferreira
PROFESSORA ORIENTADORA: PhD Madalena Cunha
APRESENTAÇÃO: 2/07/2021



SARS-CoV-2



SARS-CoV-2

Internamento hospitalar

PCR convencional após 3ª dia e teste da admissão

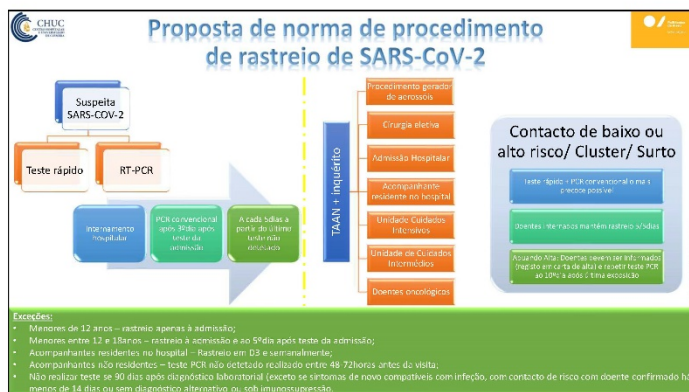
Contato de baixo ou médio risco / Cluster / Surto

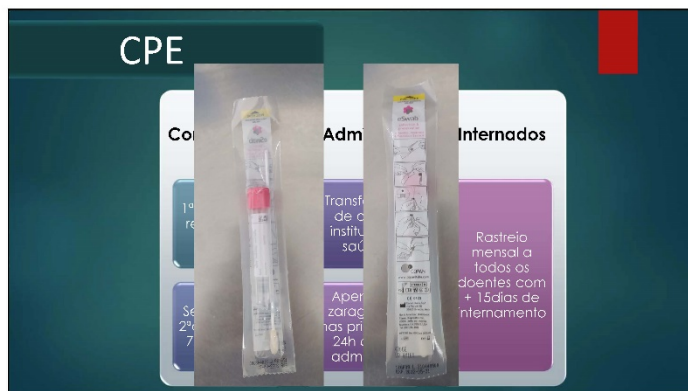
PCR convencional o mais precoce possível

Realizar testes também nos dias 7 e 14 dias

Documentos devem ser informados para a realização de teste PCR para após última exposição

20/06/2021





20/06/2021

Referências Bibliográficas

PG- 14.00 da UPCIRA: Medidas a adotar para transporte de caso suspeito/ confirmado COVID-19

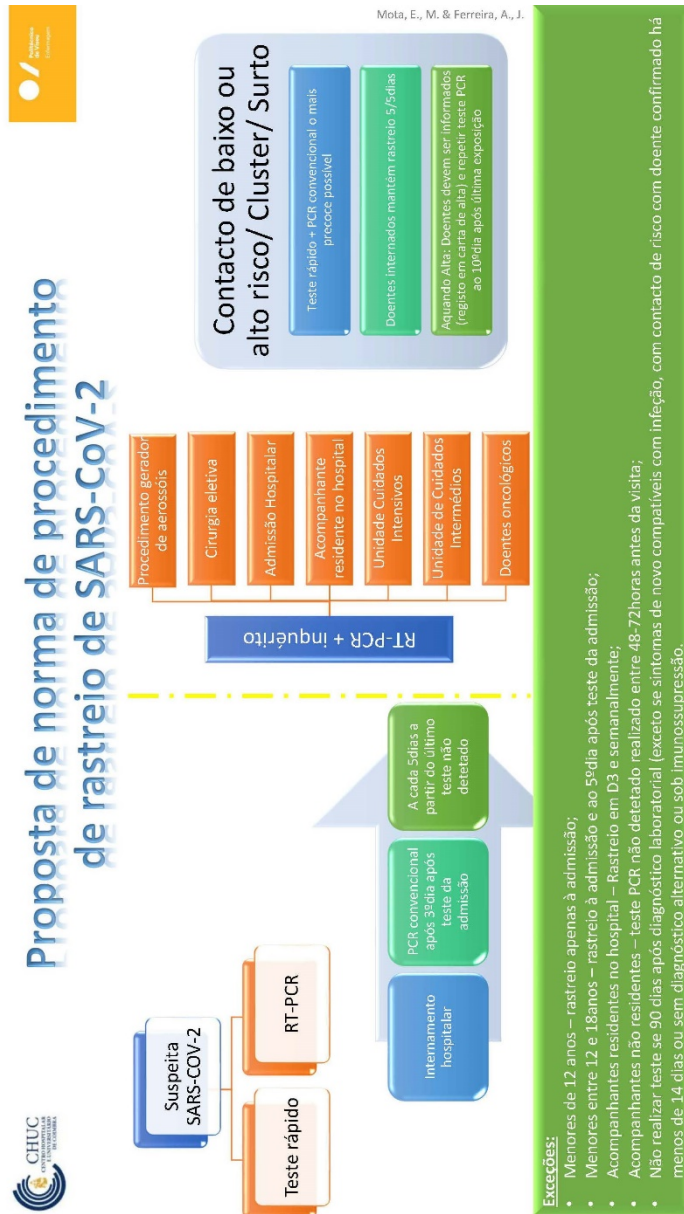
IT- 13.00 da UPCIRA: Organização da área de isolamento destinada à colocação de caso suspeito de infeção pelo 2019-nCoV

IG- 03.03 da UPCIRA: Estratégia de testes para infeção por SARS-CoV-2 – critérios de alta clínica e fim das medidas de isolamento

FG - 13.01 da UPCIRA: Atuação perante deteção de caso confirmado COVID-19 em unidades de internamento não COVID.

PG- 06.00 da UPCIRA: Prevenção de Transmissão de Enterobacteriaceae Produtoras d Carbapenemases (CPE)

Anexo VIII – Cartaz de proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de SARS-CoV-2



Anexo IX – Cartaz de proposta de norma de procedimento de serviço de rastreio de CPE



Proposta de norma de procedimento de rastreio de CPE



Mota, E., M. & Ferreira, A., J.



Anexo X – Questionário aos Enfermeiros do SU-HUC

17/04/2021

Base de dados sobre os Enfermeiros do SU CHUC pólo A

Base de dados sobre os Enfermeiros do SU CHUC pólo A

Exma. Enfermeira, Exmo. Enfermeiro.

Agradeço de antemão a vossa disponibilidade para o preenchimento deste breve questionário.

Este tem como objetivos atualizar os dados relativos aos enfermeiros do serviço e quantificar as suas especificidades formativas.

O Despacho n.º 10319/2014 publicado em DR, 2.ª série n.º 153 de 11 de agosto, preconiza:

- Pelo menos 50% dos enfermeiros do SU devem contemplar competências específicas da Especialidade em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica;
- A formação dos enfermeiros do SU deve contemplar obrigatoriamente formação em SAV;
- Em todos os SU deve existir um sistema de triagem.

Os dados serão confidenciais e apenas para fins de gestão do serviço. Os resultados serão divulgados para conhecimento da equipa de enfermagem, mantendo o anonimato dos participantes.

***Obrigatório**

Dados socio-demográficos

1. Nome: *

2. Género: *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Número mecanográfico: *

4. Experiência profissional total (Tempo de serviço acumulado não aplicável): *

5. Tempo de serviço no SU polo A: *

Especialidade de Enfermagem

6. Tem Especialidade? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

7. Se sim, qual/ quais?

8. Data da sua especialidade:

9. Está na carreira de especialista?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17/04/2021

Base de dados sobre os Enfermeiros do SU CHUC polo A

Mestrado

10. Tem mestrado? *

Marcar apenas uma oval. Não Sim

11. Se sim, qual/ quais?

12. Há quanto tempo é Mestre?

Doutoramento

13. É Doutorado? *

Marcar apenas uma oval. Não Sim

14. Se sim, em que área?

15. Há quanto tempo é Doutorado?

Pós-graduações

16. Tem alguma pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

17. Se sim, qual/ quais?

Suporte Avançado de Vida

18. Tem formação em SAV? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

19. Se sim, há menos de 5 anos?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17/04/2021

Base de dados sobre os Enfermeiros do SU CHUC polo A

Triagem de Manchester

20. Tem formação em Triagem de Manchester? *

Marcar apenas uma oval. Sim Não

Transporte de Doente Crítico

21. Tem formação em TDC?

Marcar apenas uma oval. Sim NãoAgradecemos a
disponibilidadeElaborado por Melodie Mota e Frederico Simões sob alçada da Enf.
Chefe Helena Fernandes.

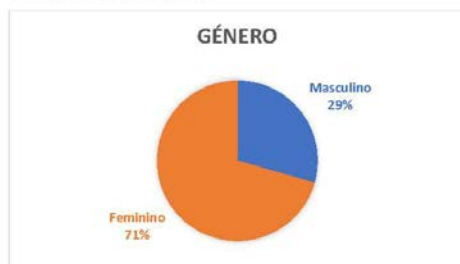
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexo XI – Resultados do inquérito efetuado à equipa de enfermagem do SU-HUC

QUALIFICAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SU-HUC

Número de enfermeiros: 163



Pós-especialização em Enfermagem

Nº Especialistas

63

Especialidade	Nº Especialistas
Comunitária	3
Médico-Cirúrgica	49
Saúde Infantil e Pediátrica	0
Saúde Materna e Obstétrica	1
Mental e Psiquiátrica	9
Reabilitação	3

Nota: Existem 2 enfermeiros que possuem duas pós-especializações



Nº Enfermeiros na carreira de Especialista 24

Total enfermeiros especialistas 63

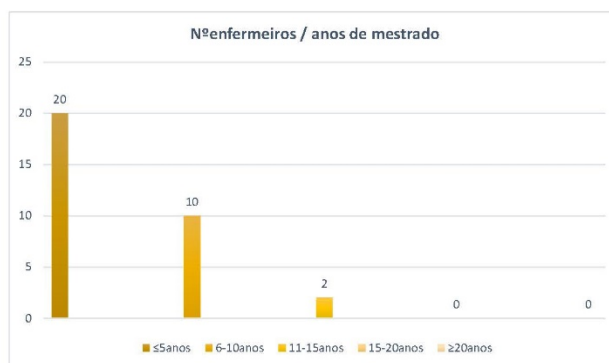
Grau de Mestre

Nº Mestres

32

Especialidade	Nº Especialistas
Ciências de Enfermagem	1
Gestão de Unidades de Saúde	4
Médico-Cirúrgica	23
Saúde Mental e Psiquiátrica	3
Supervisão Clínica	1
Medicina Veterinária	1

Nota: Existe 1 enfermeiro que possui dois mestrados



Doutoramento

<i>Nº Doutorados</i>	1
<i>Área</i>	Ciências de Enfermagem
<i>Anos de Doutorado</i>	≤ 5anos

Pós Graduações

Nº Pós-Graduados

92

Pós-Graduação (PG)	Nº enfermeiros
Urgência e Emergência	61
Gestão e Administração em Saúde	21
Informática Médica	1
Psicogeriatría	1
Higiene e Segurança no Trabalho	4
Acupuntura	1
Tratamento de Feridas	5
Cuidados Paliativos	2
Sistemas de Informação em Enfermagem	1
Supervisão Clínica	2
Comportamentos Aditivos	1
Cuidados Intensivos	1
Hemodiálise	1
Cirurgias relacionadas com a Criança e o Adulto	1

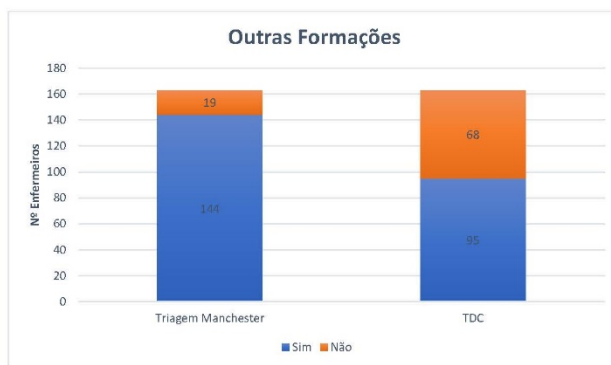
Nota: Existem 10 enfermeiros com mais do que uma PG

FORMAÇÃO



Nº enfermeiros com SAV atualizado

112



Anexo XII – Instrumento de colheita de dados para a investigação *Cuidados de Enfermagem Forenses em Portugal*

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

Investigador proponente: Edene Melodie Mota

Investigadores/orientadores: Madalena Cunha PhD e Eduardo Santos PhD

Instituto Politécnico de Viseu | Escola Superior de Saúde de Viseu
 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e Educação (UniCiSE)

*Obrigatório

Exma. Enfermeira, Exmo. Enfermeiro

No âmbito da investigação subordinada ao tema "Cuidados de enfermagem forense em Portugal" solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este será codificado e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a sua opinião.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações, através do endereço de email essv6122@essv.ipv.pt, se não estiver completamente esclarecido.

Agradecemos a sua colaboração neste investigação.

1. Critério de inclusão do estudo *

Marque todas que se aplicam.

Certifico que não me encontro aposentado.

2. Critério de inclusão do estudo *

Marque todas que se aplicam.

Certifico que me encontro a exercer em Portugal.

Declaração de
consentimento
informado

Cara Enfermeira, Caro Enfermeiro

Estamos a realizar o estudo "Cuidados de enfermagem forense em Portugal" cujo objetivo consiste em avaliar os conhecimentos dos enfermeiros portugueses sobre enfermagem forense.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

3. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. *

Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento; Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras; Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito; Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Marque todas que se aplicam.

Assim, depois de devidamente informada (o) autorizo a participação neste estudo

QUESTIONÁRIO GERAL DE ENFERMAGEM FORENSE - QGEF

Cunha e Libório (2012)

4. 1. Género *

Marcar apenas uma oval.

Feminino
 Masculino

5. 2. Idade (anos) *

6. 3. Habilitações académicas: *

Marcar apenas uma oval.

Licenciatura
 Bacharelato
 Pós-graduação
 Mestrado/ Especialidade
 Doutoramento

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

7. 4. Trabalha em serviço de urgência? *

Marcar apenas uma oval. Sim Não

8. 5. Em que região trabalha? *

Marcar apenas uma oval. Norte Centro Sul Madeira Açores

9. 6. Categoria profissional: *

Marque todas que se aplicam. Enfermeiro Enfermeiro Especialista Enfermeiro Gestor

10. 7. Anos de experiência profissional? *

11. 8. Há quantos anos exerce funções no seu serviço? *

12. 9. Das situações clínicas seguintes assinale aquelas com as quais teve contacto no seu serviço? *
Pode seleccionar várias opções.

Marque todas que se aplicam.

- Lesões por Armas de Fogo ou Brancas
- Violência Conjugal
- Violência contra Idosos
- Violência contra Crianças
- Negligência e má prática clínica
- Acidentes de Viação
- Homicídio ou Suicídio
- Traumatismo
- Morte Violenta
- Agressão Sexual
- Colheita e preservação de vestígios

13. 10. Com que frequência presta cuidados a pessoas vítimas de violência? *

Marcar apenas uma oval.

- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

14. 11. No serviço onde trabalha existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Não sei
- Sim

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

15. 11.1. Se respondeu sim à questão anterior, por favor identifique quais os protocolos.

16. 12. Considera importante incluir formação sobre enfermagem forense no plano de formação em serviço? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
 Pouco importante
 Indiferente
 Importante
 Muito importante

17. 13. No âmbito da prestação de cuidados, no seu serviço, já foi realizada formação sobre ciências forenses? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
 Sim

18. 13.1. Se respondeu sim à questão anterior, por favor indique o número de horas dessa formação?

19. 14. Já frequentou formação na área da enfermagem forense? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

20. 14.1. Se respondeu sim à questão anterior, por favor indique qual (ais) a(s) formação (ões)

Marque todas que se aplicam.

Conferências

Jornadas

Ações de formação

Workshop

Outros

21. 14.2. Indique o número de horas dessa(s) formação (ões).

22. 15. Se nunca frequentou formação na área da enfermagem forense qual (ais) o(s) motivo(s)?

Marcar apenas uma oval.

Pouca oferta formativa na área

Falta de tempo

Não teve conhecimento de formações na área

Não tem interesse pela área

23. 16. Gostaria de frequentar formação específica na área da enfermagem forense? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

24. 17. Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Indiferente
- Importante
- Muito importante

25. 18. Como classifica a intervenção do enfermeiro forense? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Indiferente
- Importante
- Muito importante

26. 19. Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense? *

Marcar apenas uma oval.

- Inexistente
- Pouco apropriado
- Razoável
- Apropriado
- Muito apropriado

27. 20. No seu serviço existe material específico para a prestação de cuidados de enfermagem forenses? *

Marcar apenas uma oval.

- Não sei
 Não
 Sim

28. 19.1. Se respondeu sim na questão anterior, por favor indique qual o material existente no seu serviço.

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
FORENSE - QCPEF

Cunha & Libório
(2012)

Por favor, leia cada afirmação seguinte e selecione a opção (Verdadeiro ou Falso) que melhor se adequa àquilo que pensa, sabe ou faz relativamente às práticas de enfermagem forense.

29. 1. Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

30. 2. A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

31. 3. A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

32. 4. A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

33. 5. A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

34. 6. A enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

35. 7. Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

36. 8. A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

37. 9. Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

38. 10. A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

39. 11. Ferimentos por arma de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

40. 12. A violência conjugal apresenta contornos médico-legais. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

41. 13. A violência contra idosos consubstancia uma situação forense. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval. Verdadeiro Falso

42. 14. A violência contra crianças denomina um caso médico-legal. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval. Verdadeiro Falso

43. 15. Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval. Verdadeiro Falso

44. 16. A identificação de cadáveres é uma situação forense. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval. Verdadeiro Falso

45. 17. As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval. Verdadeiro Falso

46. 18. O suicídio pode apresentar contornos médico-legais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

47. 19. Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

48. 20. Situações de morte violenta podem ser casos forenses. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

49. 21. A agressão sexual é uma situação forense. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

50. 22. O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

51. 23. Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses. * 1 ponto
- Marcar apenas uma oval.*
- Verdadeiro
- Falso
52. 24. O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais. * 1 ponto
- Marcar apenas uma oval.*
- Verdadeiro
- Falso
53. 25. Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses. * 1 ponto
- Marcar apenas uma oval.*
- Verdadeiro
- Falso
54. 26. As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses. * 1 ponto
- Marcar apenas uma oval.*
- Verdadeiro
- Falso
55. 27. A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais. * 1 ponto
- Marcar apenas uma oval.*
- Verdadeiro
- Falso

56. 28. A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

57. 29. Os fluidos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações médico-legais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

58. 30. Pelos e/ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

59. 31. Vestuário e/ou fibras de roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais. 1 ponto
*

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

60. 32. Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

61. 33. Vestígios de vidros poderão ter importância forense. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

62. 34. Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

63. 35. Conforme o código penal português, a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas, não é obrigatória. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

64. 36. A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

65. 37. O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

66. 38. O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

67. 39. A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

68. 40. Perante indícios de violência interpessoal, o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

69. 41. O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

70. 42. Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

71. 43. Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

72. 44. Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm viabilidade médico-legal. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

73. 45. O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

74. 46. O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

75. 47. A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

76. 48. A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

77. 49. A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

78. 50. O enfermeiro com formação forense pode intervir em situações de saúde, do sistema prisional ou na comunidade. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

79. 51. A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

80. 52. A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

81. 53. O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

82. 54. O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

83. 55. Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

84. 56. Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

85. 57. Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

86. 58. Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

87. 59. Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

88. 60. Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

89. 61. Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

90. 62. O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa deve ser colocadas em sacos de papel limpos. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

91. 63. O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa deve ser colocadas em sacos de plásticos limpos. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

92. 64. A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco. *

1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

93. 65. Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

94. 66. Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

95. 67. Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

96. 68. Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

97. 69. Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

98. 70. A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimentos da vítima. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

99. 71. A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima. 1 ponto *

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

100. 72. Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico. 1 ponto *

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

101. Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolve-lo em lençol e usar o saco para cadáveres. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

102. A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes. * 1 ponto

Marcar apenas uma oval.

Verdadeiro

Falso

QUESTIONÁRIO SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM
FORENSE

Adaptado Cunha e Libório
(2012)

Por favor, leia cada afirmação seguinte e indique se executa a prática de enfermagem forense em questão, caso não se verifique, explique o motivo.

103. 1. Perante vítimas de trauma físico, psicológico e social, presta cuidados de enfermagem forense diferenciados? *

Marcar apenas uma oval.

Executa

Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

104. 1.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

105. 2. Presta cuidados de enfermagem forense a todo o tipo de situação clínica (como por exemplo agressores, maus tratos ou negligência, violência interpessoal, entre outros)? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

106. 2.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

107. 3. Procede à recolha de amostras biológicas (tais como sangue, vômito, fezes, urina, pelos, cabelos entre outros) respeitando os procedimentos médico-legais? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

108. 3.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

109. 4. Procedê à recolha de vestígios materiais (tais como vidros, tinta, entre outros) de acordo com os devidos procedimentos médico-legais? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

110. 4.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

111. 5. Mesmo quando a vítima não dá o seu consentimento, denuncia crimes públicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

112. 5.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

113. 6. Informa a vítima de violência sobre os recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

114. 6.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

115. 7. Considera que a identificação de casos suspeitos de maus tratos ou negligência ocorre com o envolvimento de outros elementos da equipa multidisciplinar? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

116. 7.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

117. 8. Regista com rigor os locais das punções venosas, drenagem e outros procedimentos invasivos? *

Marcar apenas uma oval.

Executa

Não executa

118. 8.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

119. 9. Recorre ao uso de um diagrama para completar os seus registos? *

Marcar apenas uma oval.

Executa

Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

120. 9.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

121. 10. Recorre à documentação fotográfica para localizar e caracterizar as lesões ou vestígios materiais? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

122. 10.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

123. 11. Aguarda pela chegada do agente da autoridade para realizar o espólio da vítima forense? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

124. 11.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

125. 12. Aguarda pelo agente da autoridade para colher amostras biológicas? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

126. 12.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

127. 13. Entrevista a vítima forense na presença de outro profissional de saúde do mesmo género da vítima? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

128. 13.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

129. 14. Na prestação de cuidados à vítima forense, troca de luvas com frequência? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

130. 14.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

131. 15. Promove que a vítima forense se dispa de pé sobre dois lençóis limpos e sobrepostos? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

132. 15.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

133. 16. Corta as roupas das vítimas pelas costuras? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

134. 16.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

135. 17. Armazena o lençol de cima (da maca ou aquele sobre o qual a vítima forense se despiu) e todas as peças de roupa em sacos de papel limpos? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

136. 17.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

137. 18. Tem por hábito colocar cada peça de roupa da vítima e os lençóis, em sacos de roupa individualizados? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

138. 18.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

139. 19. Aquando da recolha do vestuário, elabora uma lista com uma breve descrição das peças? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

140. 19.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

141. 20. Sela os sacos das amostras/ vestígios com selo, data e rubrica? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

142. 20.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

143. 21. Perante uma vítima por arma de fogo, punciona veias que não as do dorso das mãos? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

144. 21.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

145. 22. Fotografar as lesões físicas ou outros vestígios com consentimento da vítima, identificando-os e com régua no campo fotográfico? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

146. 22.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

147. 23. Envolver apenas com lençol e sem manipular o corpo, toda a vítima que entra no seu serviço já cadáver? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

148. 23.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

149. 24. Cada vez que um vestígio forense muda de mãos, regista e assina ambas as partes? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

150. 24.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

151. 25. Para assepsia da pele das vítimas forense utiliza soluções não alcoólicas? *

Marcar apenas uma oval.

- Executa
 Não executa

08/08/2021

Cuidados de enfermagem forense em Portugal

152. 25.1. Caso tenha respondido de forma negativa à questão anterior, por favor indique o motivo.

Muito obrigada,

A equipa de investigação: Edene Mota; Madalena Cunha, PhD; Eduardo Santos, PhD.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Anexo XIII – Autorização dos autores para aplicação dos questionários QGEF e QCPEF

Cara Estudante Edene Melodie Mota
Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ªed.
Ano: 2021
Estudo: Cuidados de enfermagem forense em Portugal

Agradecemos o seu interesse pelo **Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF)**, construído por Madalena Cunha & Rui Libório (2012).

Teremos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão portuguesa deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a várias amostras. As condições para a utilização do instrumento estão indicadas abaixo.

Garantiremos permissão para a utilização deste instrumento se:

1. Tiver um compromisso de receber uma cópia com os resultados do seu estudo;
2. Todas as referências ao instrumento realizadas no seu estudo ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados, incluïrem a citação da autoria do instrumento, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.

Concordo com as condições acima e incluí um resumo breve do estudo que me proponho realizar.

Nome Edene Melodie Mota

Assinatura Assinado por : Edene Melodie Mota
Num. de Identificação: 8113880280
Data: 2021.02.26 16:36:02+00'00' _____ Data: 26/02/2021

Endereço: Rua Daniel Rodrigues, n205 2D, 3030-257 Coimbra
Telefomóvel: 919260018
E-Mail: motaedene@gmail.com

Anexo XIV – Parecer científico dos professores orientadores



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCSE)

Departamento: Enfermagem
Orientadores: Madalena Cunha, PhD; Eduardo Santos, PhD
Estudantes: Edene Melodie Mota
Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7ªed.
Ano: 2021
Estudo: Cuidados de enfermagem forense em Portugal

PARECER CIENTÍFICO DO ORIENTADOR

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, na qualidade de orientadora, vem por este meio atestar da relevância da problemática proposta, porquanto, atendendo a que frequentemente a/o enfermeira/o é o primeiro profissional de saúde a assistir a pessoa vítima de trauma e que, até prova em contrário, esta deve ser tratada como uma vítima forense, este estudo reveste-se de enorme importância porque a preservação de evidências/vestigios forenses asseguram uma melhor e mais segura decisão clínica, bem como o direito à Justiça. Nesse sentido, urge descrever as práticas e os conhecimentos sobre o tema em apreço.

Adicionalmente, é de parecer que:

- A metodologia descrita no protocolo é adequada, prevendo a realização de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional com análise descritiva e foco transversal, com o objetivo avaliar as práticas de enfermagem forense das/dos enfermeiras/os membros da Ordem dos Enfermeiros de Portugal;
- O objetivo é adequado para a investigação que se pretende encetar;
- Existem ganhos de conhecimento importantes a serem obtidos pelo estudo proposto;
- A população a recrutar corresponde de forma ajustada aos beneficiários dos resultados apurados;
- Os dados empíricos a recolher irão contribuir para uma melhor informação dos profissionais, de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes com situações idênticas;
- Não existem custos, não se preveem compensações e o principal benefício consiste na consciencialização das/os enfermeiras/os para as práticas forenses nos seus cuidados.

Suportada nos fundamentos acima descritos, emite parecer favorável à realização deste estudo.

ESSV-PV, 26 de fevereiro de 2021

O Investigador Responsável

Assinado por: **Maria Madalena de Jesus e Cunha Nunes**
Num. de identificação: 6106647455
Data: 2021.02.26 13:00:46+00'00'



Professora Madalena Cunha, PhD

Anexo XV – Parecer da Comissão de Ética da ESSI



Formulário para Avaliação Ética de Estudos: Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Cuidados de enfermagem forense em Portugal
Proponentes do projeto	Edene Melodie Mota
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Madalena Cunha Prof.º Doutor Eduardo Santos
Parceiros do projeto	
Data de submissão	12/02/2021
Relator(es)	Joana Araújo, Ana Branca Carvalho, Carlos Fiolhais
Data da aprovação do parecer	18/02/2021
A presidente da CE	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

PARECER N.º 10/SUB/2021

	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	MOTIVOS: <i>(Ver requisitos e recomendações)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	MOTIVOS:

REQUISITOS:

O estudo pretende avaliar as práticas dos enfermeiros portugueses sobre enfermagem forense: trata-se de um tema bastante pertinente, principalmente na situação de pandemia em que vivemos, onde, infelizmente, os dados de violência, principalmente doméstica, têm vindo a aumentar.

Todos os documentos solicitados foram apresentados.

RECOMENDAÇÕES:

- Corrigir a expressão *inquéritos são anónimos* (p. 1 dos instrumentos) pois estes são codificados.
- Definir os critérios de exclusão, pois apenas estão descritos os de inclusão.
- Acrescentar no modelo de consentimento informado um contacto do investigador responsável (email ou telefone);
- Alterar a variável "Idade" para o modelo de escala, de modo a ser impossível identificar o indivíduo. Por exemplo, se houver apenas uma enfermeira com 40 anos, com PhD a trabalhar na urgência daquela instituição, ela será facilmente identificada.
- Uma vez que o inquérito não fala em "Nacionalidade" e pode haver enfermeiros inscritos na Ordem cuja formação não tenha sido feita em Portugal, sugere-se que se avalie a pertinência do colocar esta variável.
- Existe um estudo desenvolvido no IPV (tese de mestrado orientada pelo Prof. Doutor Olivério Ribeiro em 2018), sobre tema, que usou os mesmos questionários. É um estudo quantitativo, transversal de natureza descritiva e a amostra foi constituída por 103 enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Sugere-se a sua leitura, assim como a sua referência:

https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5061/1/Cristina_Maria_Esteves_Ferreira_DM.pdf

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
 Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
 Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
 Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
 Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
 Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
 Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
 Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
 Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
 Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
 Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. **Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.**
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. **Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.**
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2: PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

2.3. Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não Sim Não aplicável

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não Sim Não aplicável

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não Sim Não aplicável

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não Sim Não aplicável

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não Sim Não aplicável

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4: PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?
 Não Sim Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?
 Não Sim Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?
 Não Sim Não aplicável
- 4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL
- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 5: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

- 5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique
 Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Anexo XVI – Aprovação do Presidente da Comissão Técnico Científica da ESSV

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Declaração

Em reunião ordinária do CTC da Escola Superior de Saúde de Viseu, realizada no dia 03 de março de 2021, o plenário deliberou sobre o pedido de Edene Melodie Mota (6122), Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, 7ª. ed.-----

Foi aprovado, por unanimidade, o projeto “Cuidados de enfermagem forense em Portugal” e os respetivos orientadores, Professora Madalena Cunha, PhD e Professor Eduardo Santos, PhD.-----

ESSV, 05 de março de 2021

Presidente do Conselho Técnico Científico

Assinado por: JOSÉ DOS SANTOS COSTA
Num. de Identificação: B1039687074
Data: 2021.03.05 18:27:00--00'00"

Prof. Doutor José Costa

Anexo XVII – Parecer da colaboração da Ordem dos Enfermeiros



SAI-OE/2021/3887 - Notícia - projecto de investigação - Cuidados de Enfermagem Forense em Portugal

1 mensagem

Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

6 de maio de 2021 às 16:19

Para: Edene Mota

Cc: Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

Exma. Sra. Enf.ª Edene Melodie Mota,

Cumpre-nos em nome do Sr. Enf. Luís Filipe Barreira, Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros, informar que a notícia relativa ao seu projecto de investigação já foi publicada.

Poderá aceder à mesma através do link <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/participe-no-estudo-cuidados-de-enfermagem-forense-em-portugal/>

A notícia irá seguir para todos os membros da Ordem através da newsletter semanal que é enviada hoje.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

Poderá contactar-nos através do nosso número directo – 2.10.105.917.

Atenciosamente,

Patrícia Guerreiro
Técnica de Comunicação e Imagem

gid@ordemenfermeiros.pt



Ordem dos Enfermeiros – SEDE

Av. Almirante Gago Coutinho, 68B, RC
1700-031 Lisboa

Portugal

+351 218 465 230/210105917 ☎ Telef

+351 218 465 269 ☎ Fax

<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

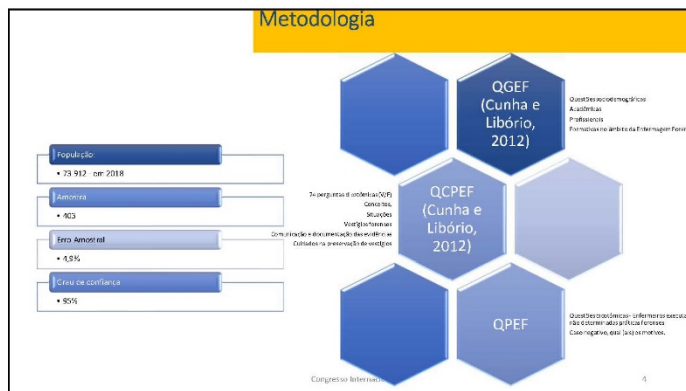
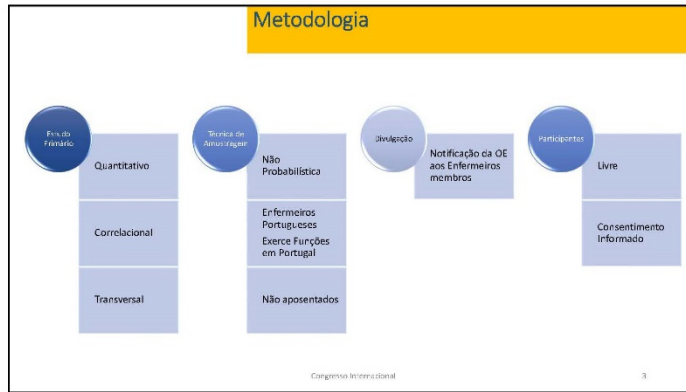
Anexo XVIII – Percentagens de respostas corretas e incorretas do QCPEF

Questões	n	%
01. Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.	279	69.2
02. A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.	384	95.3
03. A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	332	82.4
04. A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.	298	73.9
05. A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	322	79.9
06. Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus-tratos ou negligência.	364	90.3
07. Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.	260	64.5
08. A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.	386	95.8
09. Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	321	79.7
10. A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	358	88.8
11. Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	395	98.0
12. A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	399	99.0
13. A violência contra idosos designa uma situação forense.	398	98.8
14. A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	392	97.3
15. Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	366	90.8
16. A identificação de cadáveres é uma situação forense.	330	81.9
17. As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	394	97.8
18. O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	397	98.5
19. Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	395	98.0
20. Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	397	98.5
21. A agressão sexual é uma situação forense.	400	99.3
22. O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	384	95.3
23. Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.	402	99.8
24. O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	366	90.8
25. Vestígios de sêmen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.	402	99.8
26. As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	343	85.1
27. A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	383	95.0
28. A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	398	98.8
29. Os fluidos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	399	99.0
30. Pelos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	399	99.0
31. Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	392	97.3
32. Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	390	96.8
33. Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	384	95.3
34. Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	369	91.6
35. Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	369	91.6
36. A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	334	82.9
37. O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	398	98.8
38. O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	358	88.8
39. A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	359	89.1
40. Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	394	97.8
41. O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	403	100.0
42. Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	374	92.8
43. Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.	330	81.9
44. Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	382	94.8
45. O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.	336	83.4
46. O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	307	76.2

47. A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	403	100.0
48. A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	360	89.3
49. A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	387	96.0
50. O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	389	96.5
51. A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.	395	98.0
52. A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.	335	83.1
53. O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência.	348	86.4
54. O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.	396	98.3
55. Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	393	97.5
56. Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	290	72.0
57. Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.	219	54.3
58. Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	369	91.6
59. Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais.	382	94.8
60. Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.	359	89.1
61. Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	379	94.0
62. O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	239	59.3
63. O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	192	47.6
64. A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.	343	85.1
65. Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.	352	87.3
66. Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	401	99.5
67. Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	387	96.0
68. Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	386	95.8
69. Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.	280	69.5
70. A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	304	75.4
71. A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.	275	68.2
72. Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	371	92.1
73. Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.	332	82.4
74. A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.	389	96.5

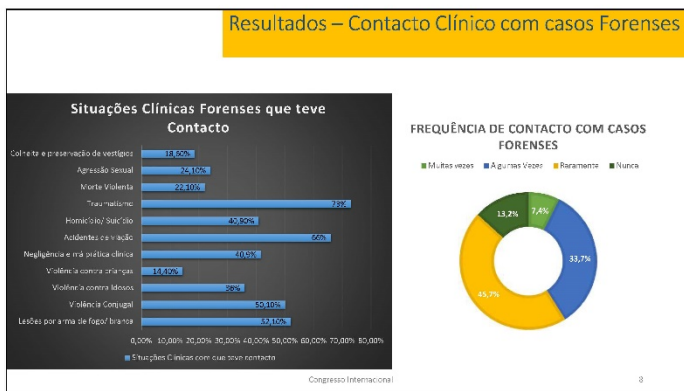
Anexo XIX – Percentagens de práticas executadas e não executadas do QPEF

Questões	n	%
01. Perante vítimas de trauma físico, psicológico e social, presta cuidados de enfermagem forense diferenciados?	185	45.9
02. Presta cuidados de enfermagem forense a todo o tipo de situação clínica (como por exemplo agressores, maus-tratos ou negligência, violência interpessoal, entre outros)?	205	50.9
03. Procede à recolha de amostras biológicas (tais como sangue, vômito, fezes, urina, pelos, cabelos entre outros) respeitando os procedimentos médico-legais?	207	51.4
04. Procede à recolha de vestígios materiais (tais como vidros, tinta, entre outros) de acordo com os devidos procedimentos médico-legais?	148	36.7
05. Mesmo quando a vítima não dá o seu consentimento, denuncia crimes públicos?	280	69.5
06. Informa a vítima de violência sobre os recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter?	325	80.6
07. Considera que a identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência ocorre com o envolvimento de outros elementos da equipa multidisciplinar?	365	90.6
08. Regista com rigor os locais das punções venosas, drenagem e outros procedimentos invasivos?	347	86.1
09. Recorre ao uso de um diagrama para completar os seus registos?	195	48.4
10. Recorre à documentação fotográfica para localizar e caracterizar as lesões ou vestígios materiais?	162	40.2
11. Aguarda pela chegada do agente da autoridade para realizar o espólio da vítima forense?	200	49.6
12. Aguarda pelo agente da autoridade para colher amostras biológicas?	214	53.1
13. Entrevista a vítima forense na presença de outro profissional de saúde do mesmo género da vítima?	194	48.1
14. Na prestação de cuidados à vítima forense, troca de luvas com frequência?	280	69.5
15. Promove que a vítima forense se dispa de pé sobre dois lençóis limpos e sobrepostos?	190	47.1
16. Corta as roupas das vítimas pelas costuras?	249	61.8
17. Armazena o lençol de cima (da maca ou aquele sobre o qual a vítima forense se despiu) e todas as peças de roupa em sacos de papel limpos?	176	43.7
18. Tem por hábito colocar cada peça de roupa da vítima e os lençóis, em sacos de roupa individualizados?	187	46.4
19. Aquando da recolha do vestuário, elabora uma lista com uma breve descrição das peças?	265	65.8
20. Sela os sacos das amostras/ vestígios com selo, data e rubrica?	223	55.3
21. Perante uma vítima por arma de fogo, punciona veias que não as do dorso das mãos?	241	59.8
22. Fotografa as lesões físicas ou outros vestígios com consentimento da vítima, identificando-os e com régua no campo fotográfico?	160	39.7
23. Envolve apenas com lençol e sem manipular o corpo, toda a vítima que entra no seu serviço já cadáver?	212	52.6
24. Cada vez que um vestígio forense muda de mãos, regista e assina ambas as partes?	219	54.3
25. Para assepsia da pele das vítimas forense utiliza soluções não alcoólicas?	227	56.3

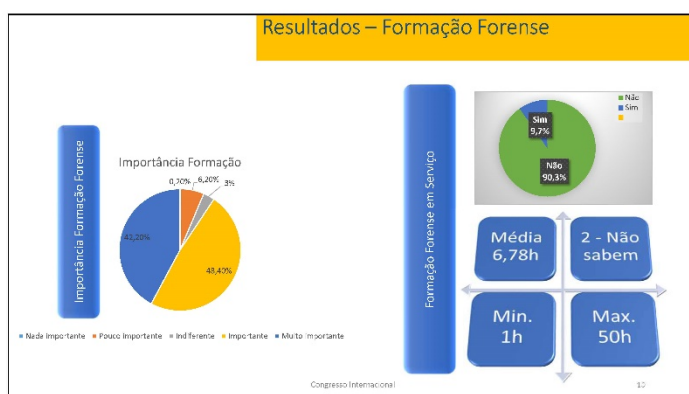
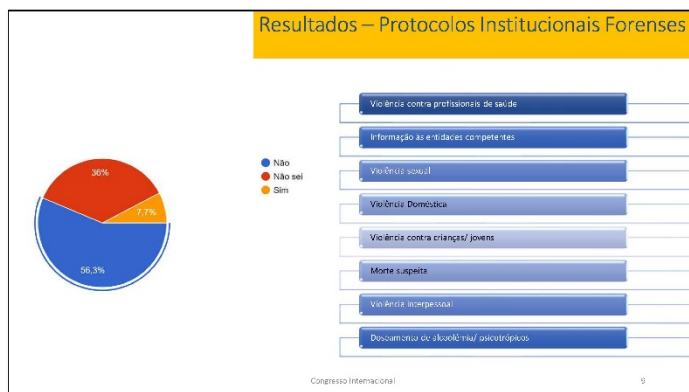


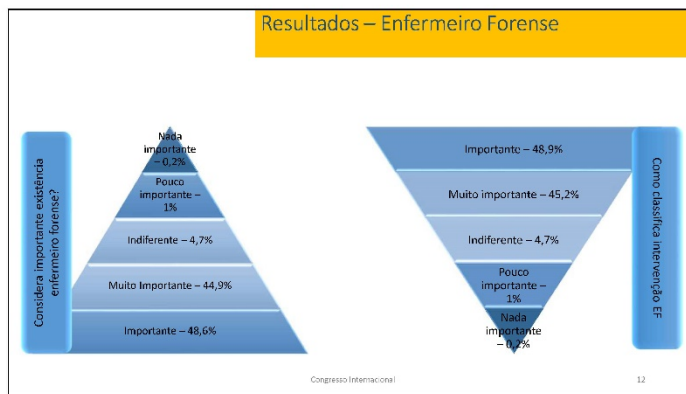
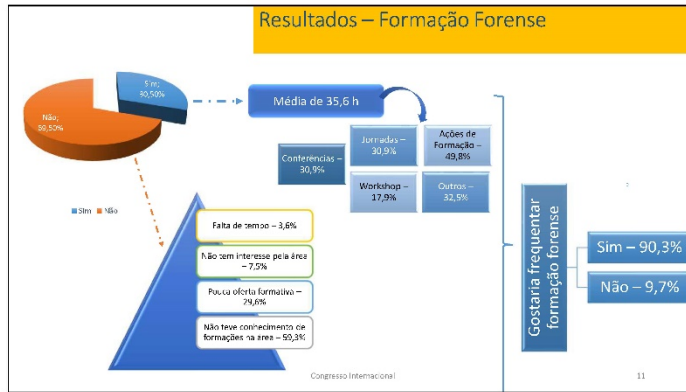
08/08/2021





08/08/2021





08/08/2021



Resultados – Questionário sobre conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense

1 ponto/ resposta certa

- Min. = 46 pontos
- Max. = 74 pontos
- Média = 65,95 ± 4,71 pontos

Classificação segundo autores

- Quanto maior a pontuação mais elevados são os conhecimentos

Congresso Internacional 15

Resultados – Questionário sobre práticas de enfermagem forense

7) – Considera que a identificação de casos suspeitos de maus tratos/ negligência ocorre com o envolvimento de outros elementos da equipa multidisciplinar: 90,6%

8) – Regista com rigor os locais de punções venosas, drenagens e outros procedimentos invasivos: 86,4%

15 são executadas

+

10 são executadas

4) – Proceder a recolha de vestígios materiais (tais como vidros, tintas, entre outros) de acordo com os devidos procedimentos médico-legais: 69,3%

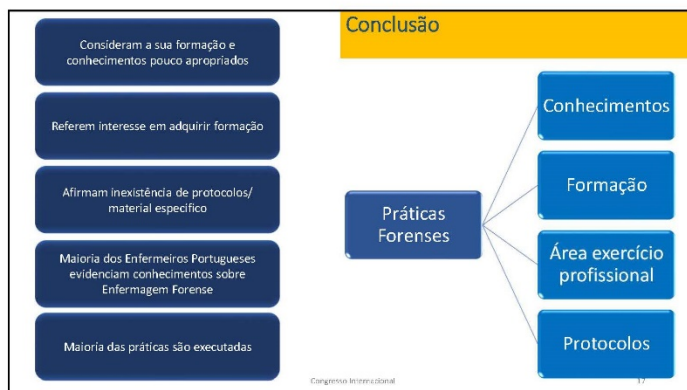
22) – Fotografar as lesões físicas ou outros vestígios com consentimento da vítima, identificando-os com régua no campo fotográfico: 60,3%

25 questões

- Falta de conhecimentos
- Falta de formação
- Ausência de protocolos
- Não aplicável ao serviço/ inexistência com casos forenses
- Falta de recursos
- Falta de tempo
- Falta de informação

Congresso Internacional 16

08/08/2021



Referências Bibliográficas

Cruz, C. M. (2017). *Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses*. Coimbra.

Gomes, C. I. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência*. Coimbra.

MAI, A. (7 de Maio de 2021). Obtido de Pordata: <https://www.pordata.pt/Portugal/Acidentes+de+via%C3%A7%C3%A3o+com+v%C3%ADimas++feridos++mortos+++Continente-326>

Saúde, O. M. (7 de Maio de 2020). *Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. Obtido de Nações Unidas: <https://unric.org/pt/covid-19-resposta-urgente-ao-surto-de-violencia-domestica-oms-europa/>

Congresso Internacional 18

