



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência

Cláudia Francisca Cardoso da Silva

Maio de 2026

Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência

Cláudia Francisca Cardoso da Silva

Unidade Curricular (Opção 8) – Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – 2º Edição

Orientação: Professor Fernando José Gama da Costa

Maio de 2026

“Nos cuidados intensivos, a tecnologia salva vidas, mas é a humanidade do cuidado que dá sentido à sobrevivência.”

(Patricia Benner, 2005)

Agradecimentos

A realização desta dissertação, subordinada ao tema “*Violência no Adulto – Desafios e Intervenção do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência*”, representa muito mais do que a conclusão de um ciclo acadêmico, simboliza a concretização de um objetivo acadêmico exigente. Foram meses marcados por cansaço exaustivo, por noites longas, por dias de dúvida e até de choro silencioso, mas também de superação, de aprendizagem constante e de construção profundamente transformador quer a nível pessoal e profissional. Este trabalho exigiu resiliência, maturidade emocional e compromisso ético, valores que foram fortalecidos pelas pessoas que caminharam ao meu lado ao longo desta jornada.

Ao Professor Fernando Gama, meu orientador, expresso a minha mais profunda e sincera gratidão. A sua orientação rigorosa, a exigência científica constante e a capacidade de questionar, orientar e motivar foram determinantes para a qualidade e solidez deste trabalho. Mais do que um orientador, foi um verdadeiro guia acadêmico, que me desafiou a pensar mais além, a questionar, a aprofundar e a crescer. A sua disponibilidade, paciência e confiança no meu percurso permitiu que nos momentos em que o cansaço e o desespero pareciam se sobrepor à motivação, crescesse não apenas enquanto investigadora, mas sobretudo enquanto futura enfermeira forense, consciente da responsabilidade humana, ética e social inerente à prática profissional. Levo comigo os seus ensinamentos como um referencial de excelência, ética e compromisso profissional.

Aos meus pais, devo o alicerce de tudo o que conquistei. São o meu maior exemplo de força, dedicação e amor. Foram o meu porto seguro nos momentos de maior fragilidade, quando o peso da responsabilidade e do desgaste emocional se tornava difícil de gerir. Nos momentos de maior cansaço, dúvida e lágrimas, foram o meu abraço seguro, transmitindo-me serenidade, coragem e a certeza de que estou no caminho certo. Todos os valores que orientam a minha vida, o respeito pelo outro, a empatia, o sentido de responsabilidade e lutar por aquilo que ansiamos, nasceram em casa. Esta conquista é tão vossa quanto minha.

À minha avó, agradeço a ternura, os ensinamentos simples e profundos e a presença constante que me acompanha desde sempre. A sua sabedoria tranquila e a forma como me ensinou a cuidar do outro com humanidade ecoam, hoje, na profissional que me estou a tornar. O seu orgulho é uma das minhas maiores recompensas.

Ao meu querido avô, que já não está fisicamente presente, mas cuja memória vive intensamente em mim, no meu coração, dedico um agradecimento especial, carregado de emoção. Houve momentos em que desejei profundamente que estivesse aqui, que pudesse

assistir a esta etapa tão significativa da minha vida. Sei que estaria na primeira fila, com o brilho no olhar e o coração cheio de orgulho. A sua força, os seus conselhos e o amor que sempre me dedicou continuam a orientar-me nos momentos mais desafiantes. Esta vitória tem a sua marca. Onde quer que esteja, sei que partilha comigo este orgulho imenso

À minha irmã, que constrói o seu caminho académico em Ciências Farmacêuticas na Covilhã, agradeço a cumplicidade, a partilha de experiências e o apoio mútuo e constante entre nós, que tornam os desafios mais leves. Crescer ao teu lado ensinou-me o valor da perseverança e da ambição saudável. O orgulho que sinto em ti é reflexo do orgulho que sinto em nós.

Aos meus amigos e a toda a minha família, que fazem parte da minha história desde sempre, agradeço a compreensão pelas ausências, a paciência nos momentos de maior tensão e as palavras de incentivo constante e o carinho incondicional, quando mais precisei. Cada palavra de apoio foi essencial para que este percurso se tornasse possível.

Hoje, ao olhar para trás, reconheço o caminho árduo percorrido, o cansaço acumulado, as lágrimas contidas, as dúvidas enfrentadas, contudo admito, a força enorme que há dentro de mim. Sinto um orgulho enorme na pessoa resiliente, determinada, focada, trabalhadora e mais consciente que me tornei.

A todos, o meu mais sincero e profundo obrigada(o). Esta conquista não é apenas minha, é de todos aqueles que acreditaram em mim, mesmo quando eu própria duvidei.

Resumo

Introdução: O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu. O percurso formativo integrou estágios em Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, com enfoque no desenvolvimento de competências especializadas. Paralelamente, foi realizado um estudo sobre a intervenção do enfermeiro forense em contexto de urgência e emergência perante situações de violência em adultos.

Objetivos: Analisar criticamente o percurso formativo realizado em contexto clínico, evidenciar o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente ao conhecimento e execução de procedimentos de preservação de vestígios forenses.

Métodos: Estudo quantitativo realizado junto de enfermeiros de um serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal, através da recolha de dados sobre conhecimentos e práticas relacionadas com a preservação de vestígios forenses. O relatório integra igualmente uma componente clínico-reflexiva baseada na prática clínica.

Resultados: Os resultados evidenciam a importância do desenvolvimento de competências especializadas em contexto de urgência e cuidados intensivos, bem como da formação contínua em enfermagem forense. Identificaram-se lacunas no conhecimento e na execução de procedimentos de preservação de vestígios.

Conclusão: O percurso de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e relacionais do enfermeiro especialista. A componente de investigação reforçou a relevância da enfermagem forense e a necessidade de investimento na formação e melhoria das práticas.

Palavras-chave: Enfermagem médico-cirúrgica; pessoa em situação crítica; enfermagem forense; violência; competências especializadas.

Abstrat

Introduction: This report was developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in the Care of the Critically Ill Person, at the Escola Superior de Saúde de Viseu. The training pathway included clinical placements in the Emergency Department and Intensive Care Unit, focusing on the development of specialized competencies. Simultaneously, a study was conducted on the intervention of the forensic nurse in urgent and emergency care settings when dealing with situations of violence involving adults.

Objectives: To critically analyze the clinical training pathway undertaken, to highlight the development of specialist nurse competencies, and to assess nurses' perceptions regarding their knowledge and implementation of forensic evidence preservation procedures.

Methods: A quantitative study was carried out among nurses working in the Emergency Department of a Local Health Unit in the central region of Portugal, through the collection of data concerning knowledge and practices related to the preservation of forensic evidence. The report also includes a clinical-reflective component based on professional clinical practice.

Results: The findings highlight the importance of developing specialized competencies in emergency and intensive care settings, as well as the relevance of continuous education in forensic nursing. Gaps were identified in both knowledge and the implementation of forensic evidence preservation procedures.

Conclusion: The clinical placement pathway contributed to the development of the specialist nurse's clinical, technical, and relational competencies. The research component reinforced the relevance of forensic nursing and the need to invest in education and the improvement of professional practices.

Keywords: Medical-surgical nursing; critically ill person; forensic nursing; violence; specialized competencies

Sumário

Lista de tabelas.....	xv
Lista de Gráficos	xix
Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas	xxi
Introdução geral.....	23
PARTE I – Relatório da Componente Clínica	27
1. Caracterização dos contextos de estágio	29
1.1. Estágio do Serviço de Urgência	29
1.2. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos	30
2. Serviço de Urgência - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.....	32
2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	34
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	36
2.3. Domínio da gestão de cuidados	37
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais.....	38
3. Serviço de Urgência - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área pessoa em situação crítica	39
3.1. Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	39
3.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	40
3.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	40
4. Unidade de Cuidados Intensivos - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.....	43
4.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal	43
4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	45

4.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	46
4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais	46
5. Unidade de Cuidados Intensivos – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.....	52
5.1. Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	52
5.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação.....	59
5.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a PSC e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	59
PARTE II – Componente de Investigação - Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência	71
Resumo	73
1. Justificação do estudo	77
1.1. Estado da arte.....	78
2. Métodos	83
3. Resultados	89
3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional.....	89
3.2. Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros.....	93
3.2.1. Gestão de vestígios	93
3.2.2. Agressão sexual	97
3.2.3. Lesões	99
3.2.4. Arma branca	101
3.2.5. Arma fogo	103
3.2.6. Acidente de viação.....	106
3.2.7. Intoxicação	108
3.2.8. Asfixia	111

3.3. Análise de consistência interna da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)	114
3.4. Análise Descritiva da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)	115
4. Discussão	137
Conclusão	143
Referências bibliográficas	145
Apêndices	149
Apêndice I - Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem	151
Apêndice II - Casos Clínicos em contexto de urgência	157
Apêndice III - Casos Clínicos em contexto de cuidados intensivos	163
Apêndice IV - “Gestão de Conflitos na Equipe Multidisciplinar” em formato pdf	167
Apêndice V - “Gestão de Conflitos na Equipe Multidisciplinar” em formato power-point.....	183
Anexos	187
Anexo I - Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros	189
Anexo II - Comissão de Ética da ULSVD	191

Lista da Tabelas

		Pág.
Tabela 1	Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	86
Tabela 2	Coeficiente de Correlação de Spearman	86
Tabela 3	Gênero	89
Tabela 4	Idade	89
Tabela 5	Habilitações acadêmicas	90
Tabela 6	Formação acadêmica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses	90
Tabela 7	Categoria profissional	90
Tabela 8	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem	90
Tabela 9	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem	91
Tabela 10	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em SU e/ou Emergência	91
Tabela 11	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em SU e/ou Emergência	91
Tabela 12	Frequência de assistência a vítimas de agressão	92
Tabela 13	Frequência de assistência a vítimas de agressão	92
Tabela 14	Tipo de vítimas assistidas	93
Tabela 15	Existência de protocolo de atuação	93
Tabela 16	Percepção do conhecimento – Gestão de vestígios	94
Tabela 17	Executabilidade – Gestão de vestígios	96
Tabela 18	Percepção do conhecimento – Agressão sexual	98
Tabela 19	Executabilidade – Agressão sexual	99
Tabela 20	Percepção do conhecimento – Lesões	100
Tabela 21	Executabilidade – Lesões	101
Tabela 22	Percepção do conhecimento – Arma branca	102
Tabela 23	Executabilidade – Arma branca	103

Tabela 24	Percepção do conhecimento – Arma de fogo	104
Tabela 25	Executabilidade – Arma de fogo	105
Tabela 26	Percepção do conhecimento – Acidente de viação	107
Tabela 27	Executabilidade – Acidente de viação	108
Tabela 28	Percepção do conhecimento – Intoxicação	109
Tabela 29	Executabilidade – Intoxicação	110
Tabela 30	Percepção do conhecimento – Asfixia	112
Tabela 31	Executabilidade – Asfixia	114
Tabela 32	Consistência interna da escala QPVAVE	115
Tabela 33	Dimensões da escala QPVAVE	116
Tabela 34	Relação entre percepção do conhecimento e executabilidade	118
Tabela 35	Relação com habilitações acadêmicas	118
Tabela 36	Relação entre percepção do Conhecimento e Habilitações Acadêmicas	119
Tabela 37	Relação entre executabilidade e habilitações acadêmicas	120
Tabela 38	Relação entre percepção do conhecimento e formação em Medicina Legal/Ciências Forenses	121
Tabela 39	Relação entre executabilidade e formação em Medicina Legal/Ciências Forenses	122
Tabela 40	Relação entre percepção do conhecimento e categoria profissional	124
Tabela 41	Relação entre executabilidade e categoria profissional	125
Tabela 42	Relação entre percepção do conhecimento e tempo de exercício profissional	126
Tabela 43	Relação entre executabilidade e tempo de exercício profissional	128
Tabela 44	Relação entre percepção do conhecimento e tempo de exercício em SU/Emergência	129
Tabela 45	Relação entre executabilidade e tempo de exercício em SU/Emergência	130
Tabela 46	Frequência de assistência a vítimas de agressão	131

Tabela 47	Relação entre percepção do conhecimento e habilitações académicas	131
Tabela 48	Relação entre executabilidade e habilitações académicas	133
Tabela 49	Relação entre percepção do conhecimento e existência de protocolo de atuação	134
Tabela 50	Relação entre executabilidade e existência de protocolo	135

Lista de gráficos

		Pág.
Gráfico 1	Frequência de assistência a vítimas de agressão	92
Gráfico 2	Percepção do conhecimento – Gestão de Vestígios	95
Gráfico 3	Executabilidade – Gestão de Vestígios	97
Gráfico 4	Percepção do conhecimento – Agressão sexual	98
Gráfico 5	Executabilidade – Agressão sexual	99
Gráfico 6	Percepção do conhecimento – Lesões	100
Gráfico 7	Executabilidade – Lesões	101
Gráfico 8	Percepção do conhecimento – Arma branca	102
Gráfico 9	Executabilidade – Arma branca	103
Gráfico 10	Percepção do conhecimento – Arma de fogo	104
Gráfico 11	Executabilidade – Arma de fogo	106
Gráfico 12	Percepção do conhecimento – Acidente de viação	107
Gráfico 13	Executabilidade – Acidente de viação	108
Gráfico 14	Percepção do conhecimento – Intoxicação	109
Gráfico 15	Executabilidade – Intoxicação	111
Gráfico 16	Percepção do conhecimento – Asfixia	113
Gráfico 17	Executabilidade – Asfixia	114
Gráfico 18	Dimensões da escala QPVAVE	117
Gráfico 19	Relação entre percepção do conhecimento com habilitações acadêmicas	119
Gráfico 20	Relação entre executabilidade e habilitações acadêmicas	120
Gráfico 21	Relação entre percepção do conhecimento com formação em Medicina Legal/Ciências Forenses	121
Gráfico 22	Relação entre executabilidade e formação em Medicina Legal/Ciências Forenses	123
Gráfico 23	Relação entre percepção do conhecimento com categoria profissional	124

Gráfico 24	Relação entre executabilidade e categoria profissional	126
Gráfico 25	Relação entre percepção do conhecimento com tempo de exercício profissional	127
Gráfico 26	Relação entre executabilidade e tempo de exercício profissional	128
Gráfico 27	Relação entre percepção do conhecimento com o tempo de exercício em SU/Emergência	129
Gráfico 28	Relação entre executabilidade e tempo de exercício em SU/Emergência	130
Gráfico 29	Relação entre percepção do conhecimento com as habilitações acadêmicas	132
Gráfico 30	Relação entre executabilidade e habilitações acadêmicas	133
Gráfico 31	Relação entre percepção do conhecimento com existência de protocolo de atuação	134
Gráfico 32	Relação entre executabilidade e existência de protocolo	135

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ALERT®	Sistema informático de gestão clínica ALERT®
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EMC-EPSC	Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
EEEMC-EPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
HFNCO	Oxigenoterapia de Alto Fluxo por Cânula Nasal
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IDSA	<i>Infectious Diseases Society of America</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
K-S	Kolmogorov-Smirnov
NIPPV	Ventilação Mecânica Não Invasiva com Pressão Positiva
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAPA	Programa de Apoio à Prescrição Antimicrobiana
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica

QPVAVE	Questionário de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SCÍNICO	Sistema Clínico de Informação
SO	Sala de Observação
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TISS-28	<i>Therapeutic Intervention Scoring System-28</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSVDL	Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões
UDS	Unidade de Decisão Clínica

Introdução geral

O presente documento foi elaborado no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), integrando a Opção 8 - Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados Intensivos. A conclusão deste percurso formativo culmina na redação e apresentação pública deste documento.

O referido mestrado, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMC-EPSC), visa potenciar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação, prepara os profissionais para uma intervenção qualificada na área (ESSV, 2025). Este processo formativo é vital para assegurar a qualidade da prestação de cuidados, fomentar a produção de conhecimento em Enfermagem, contribuir para a gestão em saúde e promover a melhoria contínua dos cuidados prestados. O Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2022) reforça o seu compromisso com o desenvolvimento sustentado da especialidade, destaca o envolvimento ativo dos profissionais na evolução da Enfermagem, quer através da promoção, quer da participação em projetos de investigação que impulsionem o progresso da área específica de intervenção do EEEMC-EPSC.

Na atualidade, a sociedade caracteriza-se por transformações permanentes, o que implica a necessidade de atualização contínua de saberes e de desenvolvimento de competências. Inserida neste contexto dinâmico, a Enfermagem acompanha essa evolução, assume a formação contínua como um processo indispensável ao crescimento pessoal, profissional e organizacional (Mlambo et al., 2021). O investimento na formação permite o desenvolvimento de novas competências, estimula a reflexão crítica sobre a prática clínica e fortalece a capacidade do enfermeiro para responder aos desafios do quotidiano. Neste percurso formativo, os estágios assumem particular relevância, ou seja, constituem oportunidades privilegiadas de aprendizagem experiencial, onde o conhecimento teórico é mobilizado e aplicado de forma crítica, tendo em consideração valores, crenças e princípios profissionais (Silitonga et al., 2026).

Para que fosse possível adquirir as competências necessárias para o exercício de Enfermeira Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e de EEEMC-EPSC (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho), assim como aprofundar os conhecimentos indispensáveis, a prática clínica desempenhou um papel essencial, em contexto de Serviço de Urgência e em Cuidados Intensivos. Esta prática abrange cuidados especializados que se fundamentam em três pilares principais: competência profissional, prática alicerçada na evidência científica e respeito pela pessoa em situação crítica (PSC) e família/cuidador.

Este documento, que retrata o meu percurso formativo para o exercício da função de EEEMC-EPSC, constitui-se como uma ferramenta para a avaliação dos processos de aprendizagem e desenvolvimento das competências desenvolvidas. É composto por uma reflexão crítica, feita de forma detalhada e contextualizada, que analisa minuciosamente todas as especificidades e elementos dos estágios realizados. Nos termos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2026, Circular Normativa n.º CN-CD/2026/1), a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista pode ocorrer por via da Certificação Individual de Competências, mediante o cumprimento de critérios específicos relacionados com formação académica, experiência profissional e outros elementos de valorização curricular. No âmbito do percurso académico conducente ao grau de Mestre, a realização de estágio em contexto real de prática clínica, bem como a elaboração de um relatório final, constitui um momento estruturante de consolidação de competências e promove a integração entre o conhecimento teórico e a prática profissional. Este processo assume-se como um espaço privilegiado de aprendizagem experiencial e reflexão crítica e permite evidenciar o desenvolvimento progressivo de competências especializadas, em consonância com os referenciais profissionais e académicos aplicáveis.

Assim, o presente relatório tem como objetivo analisar criticamente o meu percurso formativo, evidenciar a sua relevância na aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, transversais a diferentes contextos de intervenção, bem como das competências específicas do EEEMC-EPSC. Pretende ainda apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, subordinado ao tema *“Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência”*, com destaque para a pertinência desta temática no contexto da prática clínica. A escolha do tema justifica-se pela necessidade premente de aprofundar o conhecimento sobre o papel do enfermeiro forense neste cenário específico. A intervenção qualificada e precoce pode ser decisiva na preservação de provas, no apoio à vítima e na articulação com os sistemas judicial e de proteção social (Emami et al., 2024; Güner et al., 2025). O presente trabalho surge com intuito analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos de preservação de vestígios forenses por parte dos enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência numa Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal bem como identificar fatores académicos e profissionais associados a essas dimensões. Importa salientar que a componente de investigação contribui para o desenvolvimento de competências científicas, analíticas e reflexivas, um meio por excelência para a promoção de uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Estruturalmente, este documento estrutura-se em duas partes: na primeira descreve-se o Relatório da Componente Clínica, onde se caracterizam os campos de estágio e se faz uma análise crítico-reflexiva acerca das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista; a segunda parte compreende o Relatório Final da Componente de Investigação.

PARTE I – Relatório da Componente Clínica

1. Caracterização dos contextos de estágio

Com base no documento da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2023), *Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º 214/2023: “Tempo mínimo de integração para enfermeiros numa unidade de cuidados”*, a integração é entendida como um processo estruturado e essencial para garantir o exercício seguro, autónomo e responsável da profissão, enquadrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2015) e nos padrões de qualidade dos cuidados. Assim, a integração nos locais de estágio assume-se como um processo fundamental para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e relacionais, garantindo uma prática segura e de qualidade. De acordo com a OE (2023), o exercício profissional requiere autonomia, responsabilidade ética e deontológica, bem como a capacidade de tomada de decisão fundamentada. Neste sentido, um período estruturado de integração permitiu-me compreender a dinâmica das equipas, os protocolos institucionais, os padrões de qualidade dos cuidados e as especificidades dos contextos clínicos, ou seja, promoveu-me uma adaptação progressiva e sustentada em cada estágio. A reforçar, a OE (2023) menciona que a integração não constitui simplesmente um momento de acolhimento, mas um processo formativo que salvaguarda a segurança da pessoa cuidada e favorece a consolidação de competências, e contribui para a excelência do exercício profissional. É neste pressuposto que passo a fazer uma descrição do serviço de urgência (SU) e da unidade de cuidados intensivos polivalente (UCIP), espaços do meu percurso formativo.

1.1. Estágio do Serviço de Urgência

O estágio decorreu no Serviço de Urgência Geral (Adultos) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões (ULSVDL), com carga horária total de 180h, entre 15 de setembro e 14 de novembro de 2025. Para a realização deste campo de estágio, foi delineado um horário com três turnos: período da manhã (08h-16h), período da tarde (16h-00h) e período da noite (00h-08h).

O SUP está localizado no 2.º andar do hospital, sendo responsável pela resposta imediata a situações de urgência e emergência. Este serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, administrativos, elementos de segurança e agentes da Polícia de Segurança Pública.

A equipa de enfermagem organiza-se em seis equipas rotativas, sendo constituída por seis chefes de equipa e um enfermeiro com funções de gestão do serviço.

O espaço físico foi recentemente alvo de obras de requalificação e ampliação, estando atualmente dividido nas seguintes áreas funcionais:

- _ Gabinete de Triage - Com três postos de triagem (dois em funcionamento), esta área assegura a avaliação inicial dos doentes, permitindo o seu encaminhamento célere e eficaz, de acordo com as prioridades definidas pela Triage de Manchester, recorrendo ao sistema informático ALERT®.
- _ Sala de Emergência - Destinada à prestação de cuidados emergentes e de curta duração a doentes críticos, quer por patologia médica ou cirúrgica, quer por trauma. Está equipada com quatro unidades individuais com monitorização avançada, ventilação mecânica, sistema de oxigénio, aspiração, bombas de infusão, material de suporte clínico e farmacológico, bem como um quarto de isolamento.
- _ Sala de Pequena Cirurgia - Espaço destinado ao tratamento de feridas, realização de suturas e pequenos procedimentos cirúrgicos, dirigido a doentes vítimas de trauma sem comprometimento das funções vitais.
- _ Área Cirúrgica e Área Médica - Zonas distintas destinadas ao acolhimento de doentes não urgentes e pouco urgentes. Estas áreas permitem a prestação de cuidados técnicos como colheitas laboratoriais, cateterismos, entubações, terapêutica intravenosa, apoio às especialidades médicas e cirúrgicas, bem como cuidados de higiene e conforto. A principal diferenciação entre ambas reside na especialidade clínica do doente.
- _ Área dos Verdes e Azuis - Espaço reservado ao atendimento de doentes deambulantes ou em cadeira de rodas classificados como prioridades inferiores.
- _ Unidade de Decisão Clínica (UDS) - Área polivalente destinada a doentes de foro médico ou cirúrgico que necessitam de vigilância clínica e monitorização por períodos temporários (idealmente entre 6 a 8 horas).
- _ Sala de Observação (SO) - Dispõe de capacidade para 12 camas, incluindo dois quartos de isolamento. Esta unidade destina-se a doentes que requerem internamento de curta duração (até 24 horas) para vigilância clínica.

O SUP integra gabinetes médicos, áreas de armazenagem de material clínico, farmácia interna, salas de espera organizadas por prioridade de triagem, corredores de circulação e dois elevadores que garantem ligação direta ao Bloco Operatório. Existe ainda uma copa e espaços destinados ao *stock* de material e medicamentos.

1.2. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio de SMI decorreu na mesma ULS, onde decorreu o estágio em contexto de SU, onde teve uma carga horária total de 180 horas, entre os dias 17 de novembro e 30 de janeiro. Este campo de estágio foi desenvolvido com base em turnos rotativos, manhã (08h00-16h00),

tarde (16h00-00h00) e noite (00h00-08h00), permitindo um contacto contínuo com as dinâmicas do serviço e a prática real do cuidar em contexto de cuidados intensivos.

O serviço encontra-se localizado no 3º piso, sendo composta por UCIP 1 e UICP 2. Caracteriza-se por ser uma unidade funcional fechada destinada à vigilância e tratamento da pessoa em situação crítica (PSC), do foro médico-cirúrgico:

- _ Unidade funcional – é uma unidade de internamento autónoma situada em área definida dentro do hospital, possuindo normas orientadoras sobre critérios de admissão e alta;
- _ Unidade fechada – possui diretor de serviço e staff médico próprio a quem competem as decisões de internamento/alta e o tratamento global dos doentes, bem como, a definição dos limites de intervenção terapêutica.

A unidade UICP 2 é constituída por oito quartos, sendo cinco individuais, dois com cama dupla e um com três, perfazendo o total de 12 camas. Dispõem de equipamentos de monitorização cardíaca, monitorização hemodinâmica invasiva e capnografia e ainda meios de suporte ventilatório, bombas para administração de fluidos e equipamentos para execução de técnicas de substituição renal (CHTV, 1997).

A equipa de enfermagem é constituída por 42 enfermeiros, estando distribuídos 7 no turno da manhã e tarde, e 6 no turno da noite. A constituição da mesma contempla enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas em EEEMC-EPSC, enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O cálculo de número de elementos necessários por turno é baseado na fórmula de cálculo presente no Regulamento nº 743/2019 da OE e no score da escala *Therapeutic Intervention Scoring System* 28 (TISS28), avaliada uma vez por dia.

Na unidade há ainda a presença assídua de outros grupos profissionais que participam ativamente nos cuidados, tais como técnicos de radiologia, fisioterapeutas, dietista/ nutricionista. Se houver necessidade, pode ainda ser solicitada a colaboração de outros elementos que sejam pertinentes.

As rotinas do serviço são evolutivas, adaptadas e correlacionadas com a situação e estado clínico do doente, mas assentam numa mesma base para cada turno. A disposição física do serviço e o equipamento disponibilizado (um computador à cabeceira de cada doente) permite uma simultânea observação in loco do doente, consulta de processo clínico e registos de enfermagem, promovendo um acompanhamento mais próximo, individualizado e holístico.

2. Serviço de Urgência - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Com vista ao desenvolvimento e consolidação de competências especializadas em EMC-EPSC e à sua família/cuidador, nos contextos de urgência e de cuidados intensivos, foram delineadas finalidades e objetivos formativos em articulação com as competências previamente estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros. Estas orientações encontram-se em consonância com o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, bem como com as Competências Específicas do EEEMC-EPSC, consagradas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

Neste enquadramento, torna-se imprescindível proceder a uma análise reflexiva das competências desenvolvidas ao longo dos estágios em Enfermagem de Urgência e em Enfermagem de Cuidados Intensivos, em conformidade com a complexidade inerente a estes contextos. As exigências assistenciais são vastas e diversificadas, compreendendo desde a vigilância hemodinâmica contínua e a execução de intervenções altamente diferenciadas, até ao suporte emocional e psicológico dirigido à PSC e à sua família/cuidador.

O Enfermeiro Especialista assume um papel central na prestação de cuidados, intervindo de forma direta e diferenciada, exercendo simultaneamente funções de coordenação e liderança no seio da equipa multidisciplinar. A sua atuação envolve a colaboração ativa na gestão do plano de cuidados e na tomada de decisão clínica, face à instabilidade e evolução do estado da PSC. No âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, as competências do Enfermeiro Especialista transcendem a dimensão técnica, uma vez que integram também a capacidade de atuar em contextos de elevada pressão, comunicar de forma eficaz com os diferentes profissionais de saúde e assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, mesmo perante cenários adversos.

Ao longo deste documento, será realizada uma análise aprofundada do conjunto de competências que caracteriza este perfil profissional, contemplando o percurso formativo, a relevância da sua intervenção em situações críticas e os desafios inerentes ao exercício desta especialidade.

Quando falamos de reflexão, referimo-nos geralmente a um processo que ocorre após uma ação, aquilo que Schön (1983) designou por *reflection-on-action*. Posteriormente, o conceito foi ampliado para incluir a reflexão durante a ação (*reflection-in-action*) e antes da ação (*reflection-before-action*). A prática reflexiva vai além da simples reflexão posterior. Trata-se da utilização consciente de capacidades cognitivas e emocionais no contexto imediato da prática profissional, permitindo lidar com a incerteza e os desafios do quotidiano clínico (Eraut, 1995). É uma forma de exercer enfermagem que integra o conhecimento científico e o conhecimento adquirido pela experiência. Enquanto a reflexão se centra numa análise retrospectiva da prática

para fins de aprendizagem, a prática reflexiva implica agir de forma consciente, questionar decisões e mobilizar diferentes tipos de saber.

Schön (1987) é defensor da premissa de que o saber profissional também se constrói através da experiência e da reflexão sobre a ação. Na prática clínica, muitas vezes marcada por situações complexas, ambíguas e imprevisíveis, nem sempre existem respostas claras baseadas apenas na evidência científica tradicional. Nesses contextos, o enfermeiro necessita de reinterpretar situações, mobilizar saberes prévios e adaptar a sua atuação. Carper (1978) identificou quatro formas fundamentais de conhecimento em enfermagem: o conhecimento empírico, relacionado com a ciência e a investigação; o conhecimento ético, associado aos valores morais e às decisões sobre o que deve ser feito; o conhecimento pessoal, centrado no autoconhecimento e na relação terapêutica; e o conhecimento estético, entendido como a arte da enfermagem e a compreensão intuitiva e holística da situação. Estes padrões não são excludentes, complementam-se e sustentam a enfermagem enquanto arte e ciência. A prática reflexiva envolve, assim, um processo contínuo de saber, ser e fazer, no qual o enfermeiro interpreta cada nova situação à luz da experiência anterior. Como afirma Schön (1987), os problemas reais não surgem já definidos, necessitam de ser compreendidos e construídos no próprio contexto da ação. Assim, o enfermeiro reflexivo pensa como um investigador: questiona a eficácia das suas intervenções, revê pressupostos e mantém um espírito de investigação. Isto conduz ao conceito de reflexividade, entendido como uma postura permanente de autoanálise crítica, reconhecendo o próprio papel na construção do conhecimento.

Esta ideia remonta à filosofia clássica. Sócrates defendia que a vida não examinada não tem valor. Aristóteles distinguiu três formas de conhecimento: *episteme*, correspondente ao conhecimento científico e teórico; *techne*, o saber técnico adquirido pela experiência; e *phronesis*, a sabedoria prática, ética e contextual. Na enfermagem, é sobretudo a *phronesis*, a sabedoria prática moralmente fundamentada, que orienta decisões clínicas adequadas. Saber como fazer precede muitas vezes o simples saber fazer (Atkins & Schutz, 2013). Assim, a prática reflexiva em enfermagem implica integrar ciência, experiência, ética e autoconhecimento, promovendo uma atuação crítica, consciente e centrada na pessoa, um lema que regeu o meu percurso formativo, como a seguir descrevo e reflito

O desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista constitui um eixo estruturante do percurso formativo e profissional, que orienta a prática clínica para padrões elevados de qualidade, responsabilidade e rigor científico. Estas competências, consagradas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, definem os domínios fundamentais que sustentam o exercício especializado da enfermagem. De acordo com este enquadramento normativo, as competências organizam-se em quatro domínios interdependentes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e

desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios não devem ser entendidos de forma isolada, mas antes como dimensões complementares que se articulam na construção de uma prática especializada reflexiva, autónoma e centrada na pessoa.

2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Abordarei agora as competências comuns e específicas EEEMC-EPSC, refletindo acerca da forma como me foi possível desenvolver as mesmas no decurso do estágio e quais as estratégias utilizadas para tal, bem como apresento dois estudos de casos clínicos.

No domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, propus-me a prestar cuidados de enfermagem de forma segura e responsável, com plena consciência dos enquadramentos legais e ético-deontológicos inerentes à prática profissional. Procurei fortalecer a minha capacidade de tomada de decisão, sustentada nos princípios éticos e normativos que orientam a profissão. Os Princípios Gerais consagrados pela OE (Artigo 99.º, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) orientam a conduta profissional dos seus membros, alicerçando-se na salvaguarda da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Estes princípios refletem-se na valorização de valores universais, como a igualdade, a justiça e o altruísmo, sem descurar a competência, que se traduzem, por sua vez, no compromisso ético, social e legal do exercício da profissão de enfermagem, no respeito pelos direitos fundamentais e na procura contínua da excelência e da qualidade dos cuidados prestados.

Baseei a minha atuação no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), complementando com os regulamentos emanados pela (OE) e publicados em Diário da República. Estes documentos definem não só as competências comuns e específicas do EEEMC-EPSC, como também orientações sobre as dotações seguras e prestação de cuidados de elevada complexidade. O Regulamento n.º 743/2019, aprovado pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado no Diário da República, visa estabelecer a “Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, com base no artigo 3.º do Estatuto da Ordem, definido pelo Decreto-Lei n.º 104/98. Este instrumento normativo tem natureza técnica e aplica-se em todo o território nacional, abrangendo as Regiões Autónomas, com as apropriações indispensáveis à respetiva organização regional dos serviços de saúde. A norma reconhece que a adequação das dotações de enfermeiros é condição *sine qua non* para garantir a “segurança e qualidade dos cuidados de saúde” prestados aos cidadãos. Por conseguinte, realça que o cálculo da dotação deve ir além do mero número de horas por doente, integrando variáveis como a “arquitetura da instituição”, “formação e investigação”, bem como a “qualificação e perfil de competências dos profissionais”. Prevê, ainda, o uso de indicadores internos das instituições

para melhor adaptação à realidade concreta. A norma patenteia uma abordagem pormenorizada para os diferentes contextos de cuidados, cuidados de saúde primários, hospitalares, cuidados continuados e cuidados especializados, definindo “rácios de dotação” e fórmulas específicas de cálculo (como “ $LP \times HCN \times NDF/A \div T$ ”), o que concorre para a promoção de uma resposta proporcional às necessidades efetivas. Reforça igualmente a imprescindibilidade de substituir os profissionais com ausências prolongadas, superiores a 90 dias. Enfatiza ainda que o cálculo e a monitorização das dotações são da “competência exclusiva dos enfermeiros”, sendo, deste modo, um instrumento técnico e de gestão imprescindível à consolidação da segurança e da eficácia do Sistema de Saúde. Esta Norma, para além de vinculativa, configura-se como um marco regulatório para o exercício profissional de enfermagem, com a finalidade de promover a qualidade, a responsabilidade e a equidade no acesso aos cuidados, direitos irrevogáveis dos cidadãos. Deste modo, a gestão e defesa de dotações seguras inscrevem-se no domínio da competência ético-legal do enfermeiro especialista, enquanto garante da qualidade e segurança dos cuidados, implicando uma atuação responsável, fundamentada e alinhada com os princípios éticos e normativos da profissão.

Relativamente à proteção da dignidade humana, privacidade e confidencialidade, assim como à promoção da individualidade do doente e ao envolvimento deste na definição de estratégias para a resolução dos seus problemas, considero ter conseguido integrar estes princípios na minha prática. Todas as intervenções foram realizadas respeitando os valores e direitos da pessoa, numa abordagem colaborativa.

Uma das atividades definidas consistiu na promoção da autorreflexão sobre as decisões tomadas, permitindo identificar áreas de melhoria. Nesse sentido, mantive uma postura crítica e construtiva face à minha própria atuação, recorrendo frequentemente à orientação dos Enfermeiros Tutores, profissionais com vasta experiência na área da EMC. O seu contributo foi fundamental para a consolidação das minhas competências, através da apresentação de diferentes perspetivas e do incentivo ao pensamento reflexivo.

Quero deixar registado que o conceito de perito, muitas vezes mal compreendido no quotidiano profissional, foi explorado à luz das características apontadas por estudos na área, que identificam competências como: domínio técnico e científico aprofundado, aptidão para liderança e supervisão, capacidade de adaptação a contextos complexos, gestão de stresse e conflitos, e competência na articulação entre teoria e prática. Assim sendo, os Enfermeiros Tutores revelaram ser um exemplo prático destas qualidades, contribuindo significativamente para o meu crescimento profissional. Para além disso, a observação da tomada de decisão por parte da equipa multidisciplinar, bem como a comunicação entre profissionais e com os doentes/família, foi uma estratégia importante no desenvolvimento desta competência.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Ao nível da **Melhoria Contínua da Qualidade**, esta competência remeteu para a adoção de uma atitude dinâmica no desenvolvimento de atividades que visassem a melhoria contínua dos cuidados. Para isso, procurei, desde logo, pautar os cuidados prestados pela evidência científica mais atual. Quando tal não era possível antes da prestação ou quando surgiam dúvidas no decorrer da mesma, procurei sempre consultar os Enfermeiros Tutores para que me esclarecessem e, posteriormente, complementar as aprendizagens desenvolvidas no campo de estágio com a consulta de literatura atualizada sobre a(s) temática(s) em questão.

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, tive a oportunidade de colaborar na elaboração de uma proposta de protocolo de atuação para a abordagem da pessoa com febre em contexto de triagem, inserida na ULSVDL (Apêndice I). Esta proposta, de carácter multidisciplinar, destina-se a todos os profissionais de saúde da instituição, sendo a responsabilidade pela sua implementação atribuída à equipa de enfermagem. A minha participação neste projeto permitiu-me refletir sobre a importância da normalização de procedimentos, da definição clara de critérios de atuação e da promoção da segurança clínica, contribuindo ativamente para a construção de práticas baseadas na evidência e centradas na pessoa.

A promoção de um ambiente terapêutico seguro remete também para a avaliação de potenciais riscos para os doentes, tais como o risco de queda ou o de desenvolvimento de úlcera de pressão. Apesar de me encontrar familiarizada com os instrumentos de avaliação utilizados para o efeito, este aspeto remete para uma das maiores dificuldades que necessitei de ultrapassar: o conhecimento acerca dos sistemas informáticos utilizados pelos Enfermeiros. O SClínico é o sistema operativo utilizado no SU onde realizei o estágio, sendo igualmente adotado na maioria das instituições do Serviço Nacional de Saúde, conforme definido pelo Ministério da Saúde. Tendo já contactado anteriormente com este sistema, possuía conhecimentos prévios sobre a sua estrutura e funcionalidades. Contudo, ao longo deste estágio, tive oportunidade de aprofundar e aprimorar competências na sua utilização, nomeadamente na gestão de registos clínicos, validação de prescrições e monitorização de dados em tempo real, o que contribuiu para uma atuação mais eficiente e segura na prestação de cuidados.

A realização dos estudos de caso configura-se como um instrumento estruturante na aquisição de competências em EMC-EPSC, permitindo a problematização da prática clínica e a integração do conhecimento teórico na tomada de decisão. A sua relevância no domínio da melhoria contínua da qualidade evidencia-se na capacidade de promover uma reflexão sistemática, identificar oportunidades de melhoria e sustentar a implementação de práticas

baseadas na evidência, potenciando ganhos em saúde e a segurança dos cuidados (Apêndice II).

2.3. Domínio da gestão de cuidados

No que concerne à **Gestão dos Cuidados**, o objetivo designado para esta competência passava pela capacitação na gestão dos cuidados, tanto ao nível dos próprios prestados como no que aos da equipa diz respeito. Visava também a otimização do processo de tomada de decisão, bem como a assimilação das diferentes áreas relacionadas com a prestação de cuidados cuja gestão coubesse ao Enfermeiro Especialista.

Finalizado o estágio, identifiquei duas vertentes como caminho para o sucesso no alcance deste objetivo: as noções permanentemente transmitidas pelos Enfermeiros Tutores, enquanto Enfermeiros Especialistas e profissionais rotinados em funções de coordenação e as aprendizagens obtidas no decorrer dos turnos realizados. Relativamente à primeira vertente, sempre se constituiu como uma preocupação permanente por parte dos mesmos a menção aos aspetos ligados à gestão que interferissem com os cuidados prestados e a promoção da minha reflexão sobre os mesmos, como forma de análise crítica permanente, tendo em vista a eficiência aliada às melhores práticas. Também aqui se enquadra a reflexão acerca das tarefas delegadas, a Enfermeiros ou a outros profissionais da equipa multidisciplinar, visando a sua pertinência e adequada supervisão, contribuindo todos estes fatores para a associação ao processo de tomada de decisão de uma maior fundamentação, tornando essa decisão mais sustentada.

Quanto à segunda vertente, obtive um conhecimento mais aprofundado acerca dos recursos humanos e materiais do serviço, bem como dos canais logísticos que suportam a prestação de cuidados. Foi possível efetuar a contabilização dos materiais, equipamentos e fármacos e respetivos pedidos, observar a execução do horário mensal da equipa de enfermagem e gestão de pedidos de troca e, inclusivamente, a gestão da metodologia de trabalho, através da interrupção das tarefas descritas para reforçar a equipa ao denotar, a dado momento no turno, um desequilíbrio entre a afluência ao serviço e os recursos humanos disponíveis. Este último aspeto permitiu denotar uma liderança participativa (Magbity et al., 2020). Esta realidade já tinha sido por mim observada na atuação dos Enfermeiros Tutores, que adotaram essa atitude nos turnos em que exerceram funções de coordenação, sobretudo nas primeiras semanas do estágio, quando ainda não estava alocada a nenhum setor. Considero estes exemplos como orientadores da prática do Enfermeiro Especialista.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume-se como um pilar fundamental na construção de uma prática especializada, reflexiva e sustentada na evidência científica. Neste contexto, a aquisição e consolidação de competências não se esgotam no percurso formativo inicial, exigindo um compromisso contínuo com a atualização de conhecimentos, a reflexão crítica e a melhoria do desempenho profissional.

Ao longo do estágio, procurei desenvolver uma postura proativa face à aprendizagem, reconhecendo a importância da formação contínua enquanto instrumento essencial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. A complexidade inerente aos contextos de urgência exige do Enfermeiro Especialista a capacidade de integrar novos conhecimentos de forma célere, bem como de adaptar a sua prática às constantes evoluções científicas e tecnológicas.

Neste sentido, recorri sistematicamente à consulta de literatura científica atualizada, com o objetivo de fundamentar as minhas intervenções e aprofundar áreas de conhecimento identificadas como prioritárias. Paralelamente, valorizei a aprendizagem em contexto clínico, nomeadamente através da observação, da participação ativa nas intervenções e da discussão de casos clínicos com os Enfermeiros Tutores e restante equipa multidisciplinar. Estas estratégias permitiram não só consolidar conhecimentos teóricos, mas também desenvolver competências práticas e de raciocínio clínico.

A reflexão crítica sobre a prática constituiu igualmente uma ferramenta central neste domínio. Através da análise das intervenções realizadas, foi possível identificar pontos fortes e áreas de melhoria, promovendo um processo contínuo de desenvolvimento profissional. Este exercício reflexivo, sustentado nos contributos de autores como Schön (1987), permitiu-me aprimorar a tomada de decisão clínica e reforçar a minha autonomia profissional.

Adicionalmente, reconheço a importância do papel do Enfermeiro Especialista enquanto agente de formação e de partilha de conhecimento no seio da equipa. Embora ainda em fase de desenvolvimento, procurei contribuir para a disseminação de boas práticas, partilhando informação relevante e participando em momentos informais de discussão clínica, promovendo uma cultura de aprendizagem colaborativa.

Por fim, este percurso formativo permitiu-me consolidar a consciência de que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo, dinâmico e intrinsecamente ligado à qualidade dos cuidados prestados. Assim, assumo o compromisso de manter uma atitude reflexiva, crítica e orientada para a aprendizagem ao longo do meu exercício profissional, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

3. Serviço de Urgência - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área pessoa em situação crítica

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do Serviço de Urgência exige a mobilização de um conjunto alargado de competências específicas, particularmente direcionadas para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC). Estas competências implicam não só uma elevada capacidade técnico-científica, mas também uma abordagem holística centrada na pessoa e na sua rede de suporte, num contexto frequentemente marcado pela complexidade, imprevisibilidade e necessidade de intervenção imediata.

Neste enquadramento, importa analisar de forma mais detalhada as competências desenvolvidas ao longo do estágio, iniciando-se pela capacidade de cuidar da pessoa e da sua família/cuidador perante processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

3.1. Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Início com a análise daquele que foi, provavelmente, o meu maior desiderato para este estágio: a demonstração de segurança na prestação de cuidados à PSC e família/cuidador. Para esse efeito, procurei focar-me nos cuidados prestados a este tipo de pessoas, contribuindo para a evicção da sua falência orgânica, gerindo protocolos terapêuticos complexos que incluíram a gestão da dor e do bem-estar, não descurando a colaboração com o doente e família que lidavam com este processo.

Começo, desde logo, por realçar que, constituindo-se a sala de emergência como valência especificamente destinada à PSC procurei, sempre que possível, estar presente na mesma quando lá se encontrassem um ou mais doentes, mesmo quando os meus Enfermeiros Tutores, por estarem alocados a outro setor, não me pudessem acompanhar, ficando, nesses casos, sob orientação de outro enfermeiro especialista presente no serviço. Nessas situações, demonstraram preocupação em integrar-me adequadamente na equipa, assim como em orientar os objetivos que deveria desenvolver. Devo igualmente registar a notável receptividade por parte de toda a equipa multidisciplinar para a minha colaboração nos cuidados prestados, esclarecimento de dúvidas e execução das tarefas inerentes à manutenção da operacionalidade da sala, após a mesma ser utilizada ou, no início dos turnos, mesmo sem o ter sido. Deste modo, foi possível finalizar o estágio revelando um adequado conhecimento acerca da estrutura de apoio à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente da disposição e dotação desta sala.

Relativamente à PSC, foco da minha atuação, houve a preocupação da minha parte, em cada situação distinta, de identificar precocemente potenciais riscos que viessem a originar a falência orgânica. Denotei, a este nível, necessidade de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, particularmente através da consulta da literatura mais atual pois, efetivamente, apesar da experiência profissional, é sempre imprescindível procurar conhecer mais e melhor para prestar cuidados nesta área. Procurei igualmente inteirar-me da operacionalização das «vias-verdes» AVC e coronária, implementadas no serviço e relativamente às quais foi possível registar momentos de aprendizagem (em ambas).

3.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Esta competência não pôde ser exercida em contexto real durante o estágio, uma vez que não ocorreram situações que se enquadrassem nesta tipologia. No entanto, a sua operacionalização foi abordada de forma proativa e estruturada, tendo implicado um esforço conjunto entre mim e os Enfermeiros Tutores, numa perspetiva formativa e reflexiva.

Desde o início do estágio, defini como objetivo a análise crítica do Plano de Emergência e Catástrofe da instituição e o aprofundamento do conhecimento relativo aos materiais e procedimentos utilizados em contextos de triagem e gestão de vítimas em massa. Estes objetivos foram plenamente alcançados, permitindo-me consolidar o entendimento das respostas institucionais previstas para situações de exceção, bem como refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista na sua coordenação e execução. Esta abordagem, ainda que teórica, contribuiu para o desenvolvimento de competências essenciais numa área de atuação crítica e imprevisível.

3.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Por fim, a última competência específica remete para o reconhecimento da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, um aspeto também fundamental na prestação de cuidados à PSC, dada a sua vulnerabilidade. Deste modo, pautei a minha atuação pela adoção das melhores práticas direcionadas à prevenção da infeção, tendo-se, para tal, revelado fundamental a preparação das mesmas, baseada na reflexão prévia. Como atividades desenvolvidas para o alcance deste objetivo, destaco a leitura, numa fase precoce do estágio, do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), como referência genérica nesta matéria. Este programa,

implementado em 2013 e posteriormente atualizado pelo Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, constitui um programa de saúde prioritário em Portugal. Tem como finalidade a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o combate ao aumento da resistência aos antimicrobianos. A sua atuação assenta na promoção da utilização adequada de antibióticos, na monitorização sistemática e em mecanismos de vigilância epidemiológica, em consonância com orientações e estratégias internacionais.

Entre os seus principais eixos de intervenção destacam-se a redução da incidência de infeções, quer em contexto hospitalar quer comunitário, e a promoção da prescrição responsável de antimicrobianos, com vista à diminuição da propagação de microrganismos multirresistentes. No plano operacional, o PPCIRA prevê a implementação de Programas de Apoio à Prescrição Antimicrobiana (PAPA) nas unidades hospitalares e nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como o reforço de medidas estruturantes, como a adesão à higiene das mãos e outras práticas de prevenção e controlo de infeção (Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro). O programa adota ainda a abordagem “Uma Só Saúde”, reconhecendo a interligação entre a saúde humana, a saúde animal e o ambiente, em articulação com o PPCIRA. A atualização para o período 2022-2026, integrada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, reforça a monitorização de indicadores assistenciais no contexto pós-pandemia e institui o “Selo de Qualidade PPCIRA” como forma de reconhecer boas práticas institucionais. A relevância deste programa é inequívoca, uma vez que o uso inadequado e excessivo de antibióticos favorece o aparecimento de bactérias resistentes, tornando as infeções progressivamente mais complexas e difíceis de tratar (Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro).

Ao nível do serviço, li os protocolos existentes nesta área, através da qual foi possível estabelecer diversos paralelismos com o documento anteriormente referido. Porém, ciente de que a leitura, por si só, não permitiria um adequado desenvolvimento desta competência, a reflexão revelou-se uma vez mais preponderante nesse sentido, como caminho para uma prática que se coadunasse com a de um Enfermeiro Especialista. Transparecendo essa reflexão para este trabalho, começo por indicar que considero adequadas as condições que o serviço disponibiliza aos profissionais de saúde para que estes possam efetuar uma adequada lavagem e desinfeção das mãos, bem como uma seleção criteriosa dos equipamentos de proteção individual, selecionados de acordo com o risco associado.

Todas as salas dispõem de lavatório com água corrente, sabão, toalhetes de papel e solução antisséptica de base alcoólica, bem como de luvas de diferentes tamanhos e, não em todos mas em diversos setores, é possível aceder a aventais, batas, toucas e cobre-botas. Parece-me também pertinente referir que alguns dos enfermeiros do serviço optam pela adoção sistemática de máscaras de proteção individual para a prestação de cuidados. Foi possível constatar que alguns deles cingiam essa adoção aos períodos de maior prevalência de afluência

ao serviço de pessoas com infecção respiratória. Outros profissionais revelaram manter essa prática durante todo o ano. Optei por fazê-lo em situações específicas, como a prestação de cuidados a pessoas com infecção respiratória diagnosticada ou que apresentassem sintomatologia respiratória e ainda pessoas com necessidade de aspiração de secreções, para a execução dessa técnica.

Quanto à utilização criteriosa de equipamentos de proteção individual, ao refletir melhor sobre o assunto, questionei se este seria verdadeiramente um desiderato esperado de um Enfermeiro Especialista, porquanto deve constituir uma precaução generalista. Concluí, no entanto, que, muitas vezes, esta utilização é feita de forma rotineira, não sendo acompanhada de uma reflexão que permita a melhor adequação a cada situação específica.

Acresce que, no contexto do serviço de urgência, particularmente em períodos de elevada afluência, a gestão e alocação de doentes tornam-se especialmente desafiantes, podendo comprometer a aplicação rigorosa das precauções e a adequada utilização de EPI. A pressão assistencial, a limitação de espaços e a necessidade de resposta célere exigem do enfermeiro especialista uma capacidade acrescida de tomada de decisão, de priorização e de adaptação, garantindo, ainda assim, a segurança dos cuidados. Procurei, pois, desenvolver esta competência de forma crítica e contextualizada, aliada a uma prática baseada na evidência, também no que às demais precauções relacionadas com a evicção da infecção diz respeito, nomeadamente ao nível das técnicas invasivas realizadas.

4. Unidade de Cuidados Intensivos - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Neste contexto, torna-se pertinente analisar de que forma o percurso formativo e as experiências em contexto de Enfermagem de Cuidados Intensivos contribuíram para o desenvolvimento progressivo destas competências, com evidências da sua aplicabilidade nos diferentes cenários de prática e a sua relevância para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC/família/cuidador.

4.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

No contexto da UCIP, o desenvolvimento da competência no domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** revelou-se particularmente exigente, tendo em consideração a complexidade clínica, a instabilidade hemodinâmica das pessoas em situação crítica e a necessidade de tomada de decisão em contextos de elevada pressão. O exercício profissional neste ambiente implicou a prestação de cuidados seguros, baseados na melhor evidência científica disponível, respeitando simultaneamente os princípios éticos e deontológicos que regulam a profissão. A tomada de decisão clínica exigiu uma avaliação contínua da situação da pessoa em situação crítica, ponderando riscos e benefícios das intervenções, garantindo o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da pessoa e da sua família. Neste sentido, a minha prática deu cumprimento ao disposto no Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019, da OE, como já referenciado.

Na UCIP, a responsabilidade profissional manifestou-se igualmente na vigilância constante, na correta identificação de situações de risco e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, para colaborar na continuidade e segurança dos cuidados. A gestão de informação sensível, o respeito pelo consentimento informado e a confidencialidade assumiram particular relevância, sobretudo em situações de limitação terapêutica ou de fim de vida. A competência ética não se restringiu ao cumprimento normativo, mas traduziu-se numa prática reflexiva, sustentada num corpo de conhecimentos ético-deontológicos e na consideração das preferências e valores da pessoa cuidada. A articulação entre conhecimento técnico, julgamento clínico e sensibilidade ética foi determinante para uma atuação profissional íntegra e responsável, conforme preconizado pela OE (2019).

Assim, a experiência na UCIP contribuiu significativamente para consolidar um exercício profissional seguro, autónomo e eticamente fundamentado, reforçando o compromisso com a qualidade dos cuidados e com os princípios que norteiam a prática especializada em enfermagem.

As competências adquiridas durante o curso de licenciatura devem estar sempre presentes em todos os contextos, pois são necessárias bases sólidas para nos capacitar e desenvolver as competências de enfermeiro especialista. Durante este mesmo percurso, temos o primeiro contacto com os documentos que regem a profissão e que vão acompanhar toda a carreira profissional, tal como o REPE e o Código Deontológico do Enfermeiro. Em todas as tomadas de decisão e intervenções, no seu exercício profissional, o EEEMC-EPSC observa os valores humanos intrínsecos da PSC/família/cuidador e dos grupos onde está inserido, numa postura constante de respeitar e fazer respeitar cada pessoa em todas as suas dimensões (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005).

Os princípios éticos da beneficência e não maleficência estiveram sempre presentes nas tomadas de decisão em equipa, designadamente em situações que exigiam muita ponderação relativamente aos riscos e benefícios. Estas foram suportadas por princípios, valores e normas deontológicas e em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ainda no decorrer do estágio, o sigilo e a confidencialidade da informação escrita e oral foram sempre respeitados tal como os direitos da PSC/família/cuidador no acesso à informação sobre o seu estado de saúde, valores, costumes, crenças espirituais e culturais, tendo fomentado e respeitado a sua escolha (informada) no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.

No contexto da UCIP, à semelhança do contexto de SU, a **melhoria contínua da qualidade** constitui um pilar essencial da prática especializada, devido à complexidade dos cuidados prestados e ao elevado risco associado às intervenções realizadas. O Enfermeiro Especialista assume, neste domínio, um papel dinamizador na promoção de práticas seguras, baseadas na evidência e em consonância com as estratégias institucionais de governação clínica.

Durante o estágio, mobilizei conhecimentos e competências na área da qualidade, sustentando a minha prática nas diretivas institucionais e nas orientações nacionais relativas à segurança do doente e à melhoria contínua. A atualização científica permanente e a análise crítica das práticas permitiram-me contribuir para a incorporação de evidência na prestação de cuidados e reforcei a segurança e a eficácia das intervenções realizadas.

A participação em reuniões de equipa e momentos de discussão clínica. Nessas reuniões partilhavam-se experiências consideradas boas práticas, conhecimentos e fazia-se uma reflexão conjunta sobre as oportunidades de melhoria. Esta dinâmica favoreceu a apropriação dos princípios da qualidade até ao nível operacional, fortalecendo a cultura de segurança na unidade.

Durante o estágio, foi ainda possível participar ativamente em vários processos de desmame ventilatório e extubação, integrando a avaliação da capacidade respiratória do doente, o nível de consciência, a eficácia da tosse e a presença de secreções. A antecipação de

necessidades, como a preparação de material, a vigilância contínua no período pós-extubação e a articulação com a equipa multidisciplinar, permitiram garantir a segurança do doente.

4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Podemos ainda abordar o tema comunicação que é um comportamento interativo essencial à prática profissional, envolvendo a troca de informações verbais e não verbais, seja presencialmente ou por meios tecnológicos (ICN, 2019). No contexto da enfermagem especializada em EMC- EPSC, a gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e a família, face à complexidade da doença crítica, é uma competência específica e cada vez mais valorizada, equiparada em importância às competências técnicas (INEM, 2020).

Ainda na UCIP 2 apresenta ainda protocolos formalmente instituídos no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, alinhados com as normas e recomendações emanadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Falaremos deles, mais à frente.

Em modo de finalizar, para uma perspetiva de melhoria futura, foi identificada a relevância da implementação do feixe de intervenções para a prevenção da infeção do local cirúrgico, à semelhança das estratégias já existentes para outros dispositivos invasivos. A introdução deste feixe poderá contribuir para uma abordagem ainda mais abrangente e integrada da prevenção da infeção, reforçando a segurança do doente crítico e a qualidade dos cuidados prestados na UCIP.

A realização de estudos de caso configura-se como uma estratégia pedagógica estruturante no desenvolvimento de competências em EMC-EPSC, permitindo uma análise crítica e sistematizada da prática clínica. A elaboração dos casos clínicos assume especial relevância no domínio da melhoria contínua da qualidade, ao promover a articulação entre teoria e prática, a identificação de oportunidades de melhoria e a implementação de intervenções fundamentadas na evidência, potenciando ganhos em saúde e a excelência dos cuidados prestados (Apêndice III).

Pelo exposto e após uma análise reflexiva, considero que a experiência na UCIP evidenciou que a melhoria contínua da qualidade não é um processo pontual, mas uma responsabilidade permanente do Enfermeiro Especialista, que deve assumir uma postura proativa, crítica e colaborativa, bem como promover uma cultura organizacional orientada para a segurança, a eficácia e a excelência clínica.

4.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Uma das áreas que mais se destacou ao longo desta experiência foi a componente de gestão, uma competência essencial do Enfermeiro Especialista e que lhe permite otimizar a **gestão dos cuidados**. A gestão eficaz dos recursos, humanos e materiais, exige treino contínuo e o desenvolvimento de capacidades como liderança, adaptação, tomada de decisão e antecipação de necessidades. Acompanhando a minha tutora no desempenho da função de responsável de turno (RT), tive a oportunidade de observar de perto as múltiplas dimensões deste papel, muitas vezes invisibilizado, mas absolutamente crucial para o bom funcionamento do serviço.

Como reforça o Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a gestão de cuidados deve ser assegurada por profissionais com competências específicas e aprofundadas, ou seja, preferencialmente por um Enfermeiro Especialista. Este deve não só dominar o conhecimento técnico-científico, como também conhecer a cultura organizacional e possuir a capacidade de antecipar necessidades, garantir respostas seguras e coordenar a equipa com eficácia (CE e CEEMC, 2017).

A vivência desta função revelou-me a complexidade do papel do RT, que não se limita à supervisão clínica, mas que envolve igualmente a articulação entre elementos da equipa, a resolução de conflitos, a gestão de materiais e a tomada de decisões rápidas em situações inesperadas. Esta figura assume-se como um pilar organizacional, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados prestados. Muitas vezes, o impacto do seu trabalho só se torna visível quando as decisões tomadas revelam os seus efeitos, positivos ou negativos, nos resultados obtidos. Foi, sem dúvida, um momento de crescimento que consolidou a minha identidade enquanto futura Enfermeira Especialista.

4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais

No decorrer do estágio fui ainda reconhecendo os limites dos meus conhecimentos em algumas áreas, trabalhando para os colmatar e evoluir, para poder prodigar cuidados baseados na melhor e mais recente evidência científica, tendo presente que o pensamento reflexivo e uma formação profunda, atualizada e articulada com a prática, sustentada na investigação (Magalhães, 2017), constituem uma competência diferenciadora do EEEMC-EPSC.

As experiências vividas em contexto clínico permitiram aplicar estas competências não técnicas, posicionando-me como elo de ligação entre a PSC, a família/cuidador e a equipa, promovendo a transmissão de informação com valor terapêutico e educativo, mesmo em situações de grande fragilidade emocional. A passagem de informação relacionada com a

continuidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente as passagens de turno, constitui um momento essencial, onde é transmitida informação sobre o diagnóstico, o estado do doente e as intervenções realizadas, complementando os registos escritos. Estes momentos promovem igualmente a análise e reflexão das práticas executadas e/ou a executar. No decorrer do estágio realizei a transição de informação dos doentes que me foram atribuídos. Este momento representou um desafio, o que requereu reativação de conhecimentos e pesquisa, uma vez que, no meu contexto profissional atual (serviço de medicina), o tipo de informação transmitida difere daquela necessária num serviço de cuidados intensivos. Esta dificuldade foi progressivamente superada com treino e com a utilização da metodologia *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), e respetiva mnemónica ISBAR (Norma n.º 001/2017 da DGS), reduzindo o risco de perda de informação.

As transferências internas de doentes constituem uma prática frequente nas instituições de saúde. Estas transferências, particularmente da Urgência para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), assumem elevada criticidade e exigem comunicação eficaz para garantir a continuidade dos cuidados (Velan et al., 2023). As transferências podem ser temporárias ou definitivas, dependendo da finalidade clínica. No contexto do Serviço de Urgência, estas são inevitáveis, sendo que uma percentagem significativa dos doentes admitidos necessita posteriormente de cuidados intensivos (Velan et al., 2023).

Embora o processo de transferência tenha como objetivo assegurar a continuidade assistencial, está associado a um risco significativo de eventos adversos. Estudos indicam que a incidência de eventos adversos durante transferências pode variar entre 6% e 70%, dependendo das características e da gravidade clínica do doente (Velan et al., 2023). Estes dados evidenciam a necessidade urgente de melhorar as estratégias de comunicação na passagem de informação, com vista à redução de riscos e ao reforço da segurança do doente (Song et al., 2024).

Um dos principais fatores associados à ocorrência de eventos adversos é a comunicação ineficaz durante o *handover*. Doentes transferidos para a UCI na sequência de falhas comunicacionais tendem a apresentar maior duração de internamento e maior tempo de permanência em cuidados intensivos. Entre os eventos adversos mais frequentes destacam-se a deterioração do estado respiratório (51,4%), instabilidade hemodinâmica (46,5%) e erros de medicação (18,8%) (Temsah et al., 2021). No mesmo estudo, registaram-se ainda episódios de paragem cardiorrespiratória durante o transporte em 39,1% dos casos analisados, situação que pode culminar em morte e que deve ser absolutamente prevenível. Estima-se que cerca de 80% dos eventos adversos durante a transferência estejam associados a falhas de comunicação, estando igualmente relacionadas com 60% dos eventos sentinela (Temsah et al., 2021). Perante

este cenário, é essencial a implementação de ferramentas estruturadas de comunicação, como a estratégia ISBAR, que organiza a informação de forma estruturada, para promover clareza, objetividade e segurança na transmissão de dados clínicos.

Os registos de enfermagem, igualmente fundamentais no processo do cuidar, são realizados no programa informático BSimple Patient-Care®, que regista automaticamente os parâmetros de monitorização, exigindo posterior confirmação e validação. O sistema apresenta intervenções parametrizadas, facilita a elaboração de planos de cuidados individualizados e promove a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Para garantir a segurança do doente, durante o estágio desenvolvi a minha atividade num ambiente seguro e adotei boas práticas ao longo de todo o período de exercício clínico, tendo sempre por base as orientações emanadas pela DGS e preconizadas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), atualmente em vigor para o período 2021-2026. Com vista ao desenvolvimento de competências de especialista, procurei fundamentar a minha atuação no pensamento crítico e na análise sistemática dos riscos associados ao doente, considerando a sua suscetibilidade e/ou vulnerabilidade, o estado de saúde e a possível evolução clínica. Ao longo deste ciclo de estudos, estas competências deixaram de constituir uma opção para se tornarem parte integrante e indissociável da prática profissional enquanto enfermeira.

A transmissão de informação corresponde à comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados relativamente à identificação e ao estado clínico do doente, sempre que ocorre transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade na prestação de cuidados (DGS, 2017). A comunicação constitui um comportamento interativo essencial à prática profissional, envolvendo a troca de informação verbal e não verbal, quer presencialmente quer através de meios tecnológicos (ICN, 2019). No contexto EMC-EPSC, a gestão da comunicação interpessoal com a pessoa e a família, face à complexidade da doença crítica, assume-se como uma competência específica altamente valorizada, equiparada em importância às competências técnicas (INEM, 2020).

Durante o estágio, foi possível desenvolver e aperfeiçoar esta competência, promovendo uma comunicação clara, objetiva e validada com a equipa, o que contribuiu para o reforço da coesão e eficácia do grupo e facilitou a minha integração plena no serviço. Neste contexto, a comunicação revelou-se igualmente fundamental na gestão eficiente dos recursos humanos e materiais, nomeadamente na articulação entre profissionais, na priorização de cuidados e na otimização da utilização dos recursos disponíveis, especialmente em situações de maior pressão assistencial. Uma comunicação eficaz tem impacto direto no estado clínico do doente, favorecendo a satisfação com os cuidados, o controlo dos sintomas físicos e emocionais, a adesão terapêutica e a eventual redução do tempo de internamento. Nas interações com os

doentes e respetivas famílias, procurei estabelecer uma relação terapêutica sustentada numa linguagem acessível e ajustada à complexidade clínica, utilizando igualmente a comunicação como estratégia não farmacológica no alívio da dor e na gestão de alterações comportamentais. A atenção à comunicação não verbal, nomeadamente à proxémia, cinésia e paralinguagem, revelou-se igualmente essencial para promover um ambiente de empatia, confiança e segurança (Dohms & Gusso, 2021)

Ao longo do estágio, o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** concretizou-se através de um processo contínuo de reflexão sobre a dimensão do “Eu” enquanto pessoa e enfermeira em formação e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019). A consciência de mim própria revelou-se fundamental para otimizar o autoconhecimento, permitindo identificar fatores pessoais suscetíveis de interferir na relação terapêutica com a pessoa cliente e na articulação com a equipa multidisciplinar. A gestão das próprias idiossincrasias, o reconhecimento de recursos e limites pessoais e profissionais e a consciencialização da influência individual na relação profissional contribuíram para a construção de processos de ajuda mais consistentes e éticos. Desenvolvi competências de adaptabilidade individual e organizacional, promovi a congruência entre auto e heteroperceção, a gestão adequada de sentimentos/emoções e a capacidade de atuar eficazmente sob pressão, particularmente em contexto de cuidados intensivos. A identificação precoce de potenciais situações de conflitualidade e a utilização de estratégias adequadas de resolução de conflitos reforçaram a qualidade das relações terapêuticas e multiprofissionais, o que consolida uma prática mais segura, reflexiva e centrada na pessoa, como postula a OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Neste contexto, desenvolvi, em parceria com a minha colega de estágio, um trabalho intitulado “Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar”, enquadrado nas vivências e desafios identificados no contexto clínico, nomeadamente no Serviço de Medicina Intensiva (Apêndice IV). Esta proposta revelou-se pertinente, considerando a complexidade das interações em equipas multiprofissionais e a importância de uma comunicação eficaz para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A este propósito faço referência ao estudo de Saito et al. (2025) que teve como objetivo identificar os diferentes tipos de conflitos experienciados por enfermeiros em unidades de internamento hospitalar, bem como analisar as estratégias utilizadas para a sua resolução. Tratou-se de uma investigação quantitativa, de natureza transversal, desenvolvida num hospital filantrópico de elevada complexidade, localizado na cidade de São Paulo, envolvendo 191 enfermeiros. Os resultados evidenciaram que os conflitos relacionados com tarefas apresentaram médias superiores quando comparados com os conflitos interpessoais, verificando-se diferença estatisticamente significativa. A estratégia de resolução mais

frequentemente utilizada foi a colaboração, superando a competição, também com significância estatística. Observou-se ainda uma correlação negativa entre a intensidade dos conflitos e a utilização da colaboração como estratégia de enfrentamento. Ficou demonstrado que, em contexto hospitalar, os conflitos de natureza operacional são mais prevalentes do que os conflitos relacionais, sendo a colaboração a estratégia predominante na sua gestão (Saito et al., 2025).

A realização do trabalho em epígrafe teve como objetivo geral compreender a gestão de conflitos no seio das equipas multidisciplinares, nomeadamente no contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica. Através de uma abordagem estruturada, procurámos atingir diversos objetivos específicos, nomeadamente: analisar o papel da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao doente crítico; reconhecer a importância do trabalho colaborativo; distinguir as funções e contributos do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista; identificar os diferentes tipos de conflito existentes; e destacar a comunicação como elemento-chave na sua gestão. Procurámos ainda explorar estratégias de resolução e promover a construção de soluções práticas e aplicáveis ao contexto real. Abordámos o papel da equipa multidisciplinar, dando especial enfoque às responsabilidades e funções diferenciadas dos enfermeiros especialistas, em contraste com os generalistas, no cuidado ao doente crítico. Esta análise permitiu refletir sobre a complementaridade dos saberes no seio da equipa, bem como sobre a importância da valorização do papel do enfermeiro especialista na liderança e na gestão de conflitos emergentes. Aprofundámos o conceito de conflito, a sua tipologia e as estratégias mais eficazes para a sua gestão. Recorrendo à literatura e à experiência prática vivida no campo de estágio, identificámos as principais causas de conflito, como a má comunicação, a ambiguidade de funções ou os diferentes estilos de liderança. Simultaneamente, destacámos estratégias como a negociação, a mediação, a escuta ativa e a empatia como ferramentas essenciais à resolução construtiva de conflitos.

Como complemento ao trabalho escrito, realizámos também uma apresentação em formato PowerPoint (Apêndice V). A apresentação foi concebida para facilitar a partilha do conhecimento de forma visual e interativa, incorporando exemplos práticos, esquemas explicativos e propostas concretas de intervenção para equipas de saúde. Este projeto permitiu não só aprofundar o conhecimento sobre a gestão de conflitos, mas também desenvolver competências de análise crítica, colaboração, comunicação e liderança, todas fundamentais no percurso de um futuro EEEMC-EPSC.

Face ao exposto, a evidência (Fitrianingsih et al., 2023) mostra que o ambiente hospitalar, marcado por elevada complexidade, dinamismo e pressão por resultados, favorece o surgimento de conflitos interpessoais e organizacionais. Neste contexto, os enfermeiros, à semelhança de outros profissionais de saúde, desempenham um papel estratégico na coordenação dos cuidados, liderança de equipas e tomada de decisões, que estão frequentemente expostos a

tensões associadas às tarefas, às interações interpessoais e à gestão do trabalho. Em contexto de elevada complexidade, os conflitos são frequentes e relacionam-se sobretudo com o stress profissional, falhas na articulação funcional e dificuldades de cooperação entre membros da equipa multidisciplinar (Nikitara et al., 2024). A sua mediação eficaz é fundamental para o bem-estar profissional e para a qualidade dos cuidados. A escolha das estratégias de enfrentamento depende de fatores como idade, experiência e cultura organizacional. Entre os principais fatores potenciadores de conflito destacam-se a comunicação ineficaz, a ausência de consenso nos protocolos assistenciais, a sobrecarga de trabalho e a distribuição desigual de recursos. São recorrentes conflitos entre enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde, frequentemente associados a divergências clínicas e falhas comunicacionais (Fitrianingsih et al., 2023; Nikitara et al., 2024).

Os conflitos internos na equipa de enfermagem também são prevalentes, impactando negativamente a coesão grupal, a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados. Resultam sobretudo de falhas comunicacionais, divergências interpessoais, desrespeito pessoal, conflitos laborais e diferenças na formação académica. Apesar de muitos serem transitórios, exigem intervenção imediata através da negociação e da procura de consenso (Adilah et al., 2025; Fitrianingsih et al., 2023). Os conflitos podem assumir diferentes formas: interprofissionais, frequentemente relacionados com prioridades assistenciais distintas, e intrapessoais, associados a desmotivação, dilemas éticos ou insatisfação profissional, com repercussões no desempenho e nas relações de trabalho. Embora inevitáveis nas organizações, os conflitos não são necessariamente disfuncionais. Quando adequadamente geridos, podem promover inovação, revisão de práticas e desenvolvimento institucional. Contudo, a ausência de estratégias eficazes tende a comprometer o clima organizacional, gerar exaustão emocional e prejudicar a qualidade dos cuidados (Adilah et al., 2025; Fitrianingsih et al., 2023).

Assim, a prática clínica e a realização do trabalho na área reforçam que o Enfermeiro Especialista detém competências para prevenir, identificar e gerir conflitos em contexto clínico e organizacional, através da promoção de uma comunicação eficaz, mediação construtiva e com recurso à coesão da equipa, com impacte direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

5. Unidade de Cuidados Intensivos – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

As Competências Específicas do EEEMC-EPSC, como mandatório da OE (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018), assumem-se como pilares de uma prática altamente diferenciada, sustentada no conhecimento científico, na tomada de decisão clínica avançada e na capacidade de resposta célere perante contextos de elevada complexidade. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista é chamado a intervir junto da PSC/família/cuidador que vivenciam processos críticos de doença e/ou falência orgânica, a liderar e dinamizar respostas eficazes em situações de emergência, exceção ou catástrofe, bem como para garantir a máxima prevenção e o controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos. Estas competências traduzem-se numa atuação integrada, ética e tecnicamente especializada, orientada para a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados, em contextos marcados pela instabilidade clínica e pela necessidade de decisões fundamentadas em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018).

Neste contexto, passo a descrever as atividades que me ajudaram a desenvolver competências como EEEMC-EPSC em formação, em concreto em UCIP.

5.1. Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exige do Enfermeiro Especialista uma intervenção muito diferenciada, sustentada no conhecimento científico, no pensamento crítico e numa profunda consciência ética e relacional. Neste contexto, a instabilidade clínica, a imprevisibilidade da evolução e a necessidade de decisões rápidas colocam este profissional perante desafios constantes, que ultrapassam a dimensão técnica e convocam igualmente as competências humanas, comunicacionais e emocionais. O cuidado assume, assim, uma natureza integral, centrada na monitorização e suporte das funções vitais e na preservação da dignidade, no apoio à família/cuidador e na gestão da vulnerabilidade extrema que caracteriza a PSC. Trata-se de uma prática que requer vigilância contínua, capacidade de antecipação e articulação eficaz em equipa, com vista à promoção da segurança, qualidade e humanização dos cuidados.

Assim como as gasimetrias arteriais realizadas através do cateter arterial, um procedimento realizado com bastante regularidade no serviço, na medida em que fornecem indicadores de extrema importância sobre o estado respiratório, nomeadamente os valores das pressões parciais de oxigénio (PaO_2) e dióxido de carbono (PaCO_2), da relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, bem

como sobre parâmetros metabólicos e eletrolíticos, como o pH sanguíneo, o bicarbonato (HCO_3^-), o excesso de bases (BE) e os valores iónicos, como o sódio (Na^+) e o potássio (K^+), fundamentais para o correto funcionamento do organismo.

No decorrer do estágio, tive a possibilidade de desenvolver competências na leitura e interpretação dos valores de gasometria arterial, analisando se o tratamento ventilatório instituído se encontrava adequado, a eventual necessidade de ajuste de parâmetros ventilatórios, de correção de distúrbios ácido-base, de reposição de iões e de modificação da terapêutica endovenosa, de acordo com o protocolo do serviço e prescrição médica.

No decorrer deste estágio clínico, tive a oportunidade de contactar com a técnica de monitorização invasiva da Pressão Intra-Abdominal (PIA), compreendendo a sua importância na identificação precoce de complicações, como a hipertensão intra-abdominal, que pode comprometer a perfusão renal, respiratória e gastrointestinal. O mesmo se verificou com a avaliação da Pressão Intracraniana (PIC), essencial na vigilância de doentes com patologia neurológica, nomeadamente em situações de traumatismo cranioencefálico, hemorragia intracraniana ou edema cerebral. A monitorização da PIC permite avaliar a dinâmica intracraniana, orientar intervenções terapêuticas destinadas à redução da pressão intracraniana e à manutenção de uma adequada pressão de perfusão cerebral, contribuindo para a prevenção de lesão cerebral secundária.

A monitorização da Pressão Arterial Invasiva (PAI), juntamente com outros parâmetros, como o ECG, a frequência cardíaca (FC), a frequência respiratória (FR), a saturação periférica de oxigénio (SpO_2), a capnografia (ETCO_2), o débito urinário, o balanço hídrico e a temperatura corporal, fornecem indicadores relevantes do estado hemodinâmico, respiratório e metabólico do doente, permitindo uma avaliação global e contínua da sua condição clínica e sustentando uma tomada de decisão fundamentada e segura.

De forma global, estas técnicas de monitorização invasiva constituem ferramentas fundamentais na abordagem ao doente crítico, permitindo vigilância contínua, tomada de decisão baseada em dados objetivos e intervenção atempada e direccionada às necessidades individuais.

No âmbito da segurança metabólica do doente crítico, encontra-se implementado na UCIP o protocolo de administração de insulina, com o objetivo de manter o controlo glicémico dentro dos valores-alvo e prevenir complicações associadas à hiperglicemia e à hipoglicemia. A alteração do metabolismo da glicose revela-se frequente em contexto crítico, quer em resultado da resposta inflamatória sistémica ao stresse, quer devido à terapêutica farmacológica, nomeadamente corticoterapia ou nutrição entérica/parenteral, o que torna imprescindível assegurar vigilância rigorosa (Elpasiony et al., 2025)

Este protocolo assenta na monitorização regular da glicemia capilar, com periodicidade ajustada à estabilidade clínica do doente e ao regime de perfusão de insulina instituído. Perante valores fora dos parâmetros definidos, impõe-se ajustar a perfusão contínua de insulina endovenosa de acordo com algoritmos previamente estabelecidos, de modo a garantir uma abordagem padronizada, segura e sustentada na evidência científica. Sempre que clinicamente indicado, procede-se à transição para esquemas subcutâneos, com o propósito de assegurar continuidade e estabilidade do controlo glicémico.

A aplicação do protocolo de insulina exige articulação estreita entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. Compete ao enfermeiro assegurar a vigilância contínua dos valores glicémicos, identificar precocemente sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia e implementar, em tempo útil, as medidas corretivas previstas. A correta execução deste protocolo contribui para promover estabilidade hemodinâmica e reduzir a morbilidade associada ao doente crítico. Durante o período de estágio, a utilização do protocolo de insulina permitiu-me consolidar competências na monitorização metabólica, na interpretação clínica dos valores glicémicos e na tomada de decisão fundamentada, reforçando a relevância do controlo glicémico enquanto componente integrante dos cuidados especializados em cuidados intensivos (Huang et al., 2024)

Relativamente à nutrição entérica (NE), a sua administração ocorre de forma progressiva, de acordo com a tolerância do doente e em conformidade com o protocolo instituído no serviço, constituindo a via de primeira linha sempre que o trato gastrointestinal se encontra funcional. Compete ao enfermeiro assegurar vigilância sistemática da tolerância à NE, nomeadamente através da avaliação da estase gástrica a cada quatro horas, com registo do volume e das características do resíduo gástrico. No serviço, consideram-se valores superiores a 250 ml como indicativos de estase gástrica, situação que exige desencadear intervenções adequadas, tais como suspender temporariamente a administração, ajustar o débito ou reavaliar a estratégia nutricional (Wang et al., 2024).

No que concerne à nutrição parentérica (NP), esta assegura a totalidade das necessidades calóricas e nutricionais quando a via entérica se encontra contraindicada ou revela-se insuficiente. A sua administração exige técnica assética rigorosa na preparação, manipulação e administração, sendo habitualmente realizada através de cateter venoso central. Para além de implicar custos mais elevados, associa-se a maior risco de complicações, designadamente infeção ou sépsis relacionada com o cateter, bem como distúrbios metabólicos, como hiperglicemia e desequilíbrios eletrolíticos (Lopez-Delgado et al., 2023).

Em comparação com a NP, a NE apresenta múltiplas vantagens, pelo que se considera mais prática, segura, económica e fisiológica. A sua utilização precoce associa-se à redução do tempo de internamento, da morbilidade infecciosa e da incidência de complicações, além de

contribuir para melhoria do prognóstico global do doente crítico. Acresce que a NE permite manter a integridade estrutural e funcional da mucosa intestinal, prevenir a atrofia das vilosidades e reduzir o risco de translocação bacteriana, preservando simultaneamente a função imunológica do intestino, reconhecido como o maior órgão imunológico do corpo humano (Viana et al., 2017).

Durante o estágio, foi possível observar ambos os métodos de suporte nutricional, o que permitiu compreender que a escolha da via deve resultar de decisão individualizada, baseada na avaliação clínica do doente, na funcionalidade do trato gastrointestinal e na monitorização contínua da resposta à terapêutica nutricional. Neste processo, o enfermeiro assume responsabilidade na vigilância, execução e avaliação do plano nutricional instituído.

A prática do EEEMC-EPSC deve assentar no princípio da antecipação. A avaliação contínua e rigorosa do doente permite identificar precocemente alterações no seu estado clínico e adequar as intervenções de enfermagem especializadas aos focos de instabilidade detetados. Impõe-se, assim, antecipar e diagnosticar de forma precoce eventuais complicações decorrentes da implementação de protocolos terapêuticos, da evolução clínica e do risco de falência orgânica (OE, Regulamento n.º 429/2018).

A promoção do bem-estar e do conforto constitui um princípio estruturante da prática em saúde, particularmente em contexto de cuidados intensivos, onde os doentes apresentam elevada complexidade clínica e, frequentemente, incapacidade para expressar necessidades. Esta responsabilidade é transversal à equipa multidisciplinar e exige abordagem integrada, sistemática e centrada na pessoa, com vista à prestação de cuidados seguros, humanizados e sustentados na melhor evidência científica disponível. A avaliação da dor assume, por isso, carácter essencial para uma gestão eficaz, recorrendo à combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A supervisão clínica contribui para o desenvolvimento profissional, para o reforço da segurança e para a melhoria da qualidade dos cuidados nas UCI (Coelho et al., 2025; Hamadeh & Garvey, 2026).

Uma das principais dificuldades na concretização deste princípio relaciona-se com a avaliação e controlo eficaz da dor. Em contexto de cuidados intensivos, a comunicação verbal encontra-se frequentemente comprometida devido à sedação farmacológica, alteração do estado de consciência, disfunção cognitiva, delírio ou necessidade de VMI. Perante estas limitações, torna-se indispensável recorrer a instrumentos alternativos que permitam avaliação objetiva e fiável (Coelho et al., 2025; Hamadeh & Garvey, 2026).

A utilização de ferramentas estruturadas e validadas, adaptadas ao estado clínico do doente, constitui condição *sine qua non* para garantir avaliação consistente e reprodutível. Nos doentes conscientes e colaborantes, a Escala Numérica da Dor (END) assume-se como instrumento de eleição, por permitir quantificar a intensidade da dor de forma simples e eficaz.

Nos doentes incapazes de comunicar verbalmente, as escalas comportamentais assumem papel central na prática clínica.

A Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) encontra ampla aplicação em UCI, baseando-se na observação sistemática de indicadores fisiológicos e comportamentais associados à dor. Entre os indicadores fisiológicos incluem-se taquicardia, taquipneia e dificuldade de sincronização com o ventilador. No domínio comportamental, consideram-se alterações da expressão facial, movimentos defensivos, posturas antiálgicas, aumento do tónus muscular, agitação psicomotora e alterações na adaptação ventilatória. A análise integrada destes parâmetros permite inferir a presença e intensidade da dor em doentes sem capacidade de comunicação verbal.

A avaliação da dor integrou sempre o processo de vigilância clínica ao longo de todo o turno e sustentava a tomada de decisão terapêutica. Os resultados obtidos eram sempre orientados para a adequação das intervenções farmacológicas, como administração de analgésicos em regime SOS, titulação de perfusões contínuas e ajustes terapêuticos, bem como intervenções não farmacológicas, tais como alternância de decúbitos, redução de estímulos ambientais, controlo do ruído e da luminosidade, promoção do sono, aplicação de técnicas de relaxamento, estratégias de distração e facilitação da presença familiar, quando clinicamente possível.

O controlo eficaz da dor contribui para reduzir a resposta neuroendócrina ao stresse, diminuir agitação e consumo excessivo de sedativos, melhorar adaptação à VMI e prevenir complicações associadas à imobilidade prolongada. Consequentemente, permite favorecer mobilização precoce, facilitar o desmame ventilatório e possibilitar extubação mais precoce, com impacto positivo na redução do tempo de internamento, na diminuição de complicações e na melhoria dos resultados clínicos globais (Seo et al., 2022).

Na UCIP, a promoção do conforto da PSC constitui uma prioridade transversal à prática assistencial. Apesar da elevada complexidade clínica, da utilização de tecnologia avançada e da necessidade de monitorização contínua, a equipa procura assegurar cuidados humanizados, centrados na pessoa, com atenção às dimensões física, emocional, sociocultural e ambiental do conforto. Neste contexto, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003) assume particular relevância, ao concetualizar o conforto como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência se encontram satisfeitas nos diferentes domínios da experiência humana. Esta perspetiva permite enquadrar o conforto como um fenómeno mensurável e operacionalizável na prática clínica, orientando as intervenções de enfermagem humanizadas e centradas na PSC, com impacto direto na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde.

O trabalho em equipa multidisciplinar, aliado à autonomia atribuída ao Enfermeiro Especialista na gestão terapêutica, implica elevada responsabilidade, mas também constitui fonte de realização profissional. A participação na gestão de fármacos sedoanalgésicos e no processo de despertar do doente exigiu desenvolver capacidade de reflexão crítica e fundamentação das decisões clínicas, fatores determinantes para consolidar confiança junto da equipa e aprofundar competências específicas.

Durante os processos de titulação, revelou-se essencial recorrer à *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) para avaliar o nível de sedação e à monitorização pelo *Bispectral Index* (BIS) para controlo do nível de consciência, particularmente em doentes sedados e ventilados. A utilização articulada destas ferramentas permitiu assegurar sedação eficaz e segura, ajustada às necessidades clínicas.

Na gestão de protocolos terapêuticos complexos, destacou-se a utilização de noradrenalina e a condução do respetivo desmame, sempre com monitorização rigorosa dos parâmetros hemodinâmicos. A realização e interpretação de gasimetrias arteriais assumiram igualmente relevância, ao permitir antecipar descompensações e ajustar terapêutica ou proceder à reposição de iões conforme prescrição médica ou protocolo institucional.

A UCIP constituiu um contexto de estágio particularmente enriquecedor, marcado pelo elevado grau de autonomia conferido ao enfermeiro, acompanhado de responsabilização. Esta dinâmica facilitou adaptação célere dos planos de cuidados e promoveu ganhos efetivos em saúde para o doente crítico.

Relativamente à Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), apesar de não ter existido contacto direto com a sua aplicação na UCIP durante o estágio, foi realizada uma pesquisa bibliográfica aprofundada com o objetivo de consolidar conhecimentos, reconhecendo a relevância desta técnica noutros contextos clínicos. A VMNI apresenta-se como uma alternativa eficaz à VMI em situações selecionadas, como exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crónica, edema agudo do pulmão e insuficiência respiratória hipercápnica, permitindo reduzir a necessidade de intubação, a incidência de infeções associadas à ventilação invasiva e o tempo de internamento (Seo et al., 2022).

A utilização da VMNI exige, contudo, competências específicas por parte do enfermeiro especialista, nomeadamente na seleção e adaptação da interface, na monitorização da tolerância do doente, na prevenção de lesões cutâneas, na avaliação da eficácia ventilatória e na identificação precoce de sinais de falência da técnica (Aksoy, 2025).

A intubação endotraqueal é um procedimento de alto risco em doentes críticos, com complicações a ocorrerem em até 40% dos casos. Entre estas complicações, o colapso cardiovascular e a hipoxemia grave representam os eventos mais ameaçadores de vida, estando

associados a paragem cardíaca, lesão neurológica e aumento da mortalidade (La Via et al., 2025). A pré-oxigenação antes da intubação tem como objetivo prolongar o tempo de apneia seguro através da maximização das reservas de oxigénio, principalmente ao nível da capacidade residual funcional, proporcionando assim uma margem de segurança crítica durante o período de apneia associado à instrumentação da via aérea (Karamchandani et al., 2024).

As técnicas convencionais de pré-oxigenação com a utilização da máscara facial com oxigénio a 100% através de circuito de Mapleson têm sido o padrão de cuidados durante décadas (Karamchandani et al., 2024). Contudo, estas abordagens revelam-se frequentemente inadequadas em doentes críticos devido a alterações da relação ventilação-perfusão, shunt, aumento do consumo de oxigénio e diminuição da capacidade residual funcional (Karamchandani et al., 2024).

Os doentes críticos, atualmente descritos como possuidores de uma “via aérea fisiologicamente difícil”, apresentam frequentemente hipoxemia basal, o que os torna particularmente vulneráveis durante as tentativas de intubação, com taxas de dessaturação reportadas até 50%, apesar das técnicas convencionais de pré-oxigenação (La Via et al., 2025). A ventilação não invasiva com pressão positiva (NIPPV) tem emergido como uma alternativa promissora para a pré-oxigenação nesta população desafiante. Ao administrar pressão positiva ao longo de todo o ciclo respiratório, a NIPPV pode recrutar alvéolos colapsados, reduzir o shunt e manter a capacidade residual funcional, podendo assim ultrapassar as limitações das abordagens convencionais (La Via et al., 2025). A divulgação da oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal (HFNCO) veio ainda tornar mais complexo o panorama da pré-oxigenação (Misseri et al., 2023). Ao contrário da NIPPV, a HFNCO pode permitir oxigenação contínua durante a laringoscopia, oferecendo potencialmente vantagens através da oxigenação apneica. Os aspetos técnicos da aplicação da NIPPV, compreendendo a seleção da interface, os níveis de pressão e a duração da aplicação, variam consideravelmente entre estudos, o que dificulta a interpretação dos resultados e o estabelecimento de protocolos padronizados (Misseri et al., 2023). Os potenciais efeitos adversos da NIPPV, como a insuflação gástrica, o risco de aspiração e o compromisso hemodinâmico, devem ser cuidadosamente ponderados face aos seus benefícios (Misseri et al., 2023).

Quanto à VMI representou técnica amplamente utilizada durante o estágio, essencial na abordagem de doentes com insuficiência respiratória aguda, traumatismo cranioencefálico, politraumatizados e doentes em período pós-operatório, frequentemente com necessidade de suporte ventilatório prolongado. A observação contínua da prática clínica, associada ao aprofundamento teórico, permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos aplicáveis à prática profissional futura, promovendo intervenção mais segura, crítica e fundamentada.

Os modos ventilatórios mais utilizados na UCIP incluíam Volume Controlado (VC), Pressão Controlada (PC) e Pressão de Suporte (PS). A seleção e ajuste dos parâmetros decorreram em estreita colaboração com a equipa médica, com base na avaliação clínica e gasimétrica do doente. Esta abordagem interdisciplinar permitiu desenvolver competências na interpretação de parâmetros como volume corrente, pressão inspiratória, frequência respiratória, fração inspirada de oxigénio (FiO_2) e pressão positiva no final da expiração (PEEP), bem como na identificação precoce de complicações associadas à ventilação mecânica. Assim, esta experiência possibilitou o desenvolvimento de competências diferenciadas na monitorização e gestão da ventilação mecânica, potenciando uma intervenção mais crítica, segura e baseada na evidência no cuidado ao doente crítico.

5.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

Durante o estágio, aprofundei conhecimentos sobre os Planos de Emergência internos e externos, que integram todos os serviços hospitalares e articulam com entidades externas como forças de segurança, proteção civil e bombeiros. O serviço dispõe de um armário de catástrofe com *kits* individuais preparados para atuação em cenários de emergência com múltiplas vítimas. Embora não tenha vivenciado diretamente situações de exceção, a compreensão do papel do EEEMC-PSC foi reforçada através da análise dos Planos Hospitalares de Emergência.

5.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a PSC e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

Na UCIP encontram-se formalmente instituídos protocolos no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), em conformidade com as normas e recomendações emanadas pela DGS.

No contexto da utilização de prótese ventilatória, encontra-se implementado o protocolo de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação, baseado no “Feixe de Intervenções” definido na Norma n.º 021/2015 da DGS, atualizada em 2022. Este protocolo integra práticas baseadas na evidência científica, com o objetivo de reduzir a incidência de Pneumonia Associada à Intubação (PAI), uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes e com maior impacto na morbilidade, mortalidade e tempo de internamento em UCI. Para a sua prevenção, são implementadas intervenções integradas como: sedação ligeira, preferencialmente baseada na analgesia, visando reduzir o tempo de ventilação invasiva e facilitar o desmame; realização diária de provas de ventilação espontânea nos doentes elegíveis

para extubação; manutenção da cabeceira do leito elevada aproximadamente a 30°, evitando períodos prolongados em posição supina; realização de higiene oral pelo menos três vezes por dia; e monitorização e manutenção da pressão do cuff endotraqueal mantida entre 20 e 30 cmH₂O, prevenindo microaspirações e lesão traqueal. A aplicação destas medidas, associada à vigilância contínua e à formação das equipas, constitui um pilar na prevenção da PAI e na promoção da segurança e qualidade dos cuidados ao doente crítico (DGS, 2022a)

A PAI constitui uma das infeções mais frequentes em contexto de cuidados intensivos, o que reforça a necessidade de estratégias preventivas sólidas e baseadas na evidência. Esta complicação encontra-se relacionada com o prolongamento da VMI e do tempo de internamento, bem como com o aumento do consumo de antibióticos, da morbimortalidade e dos custos em saúde (DGS, 2022a). Assim, os enfermeiros assumem um papel central na implementação e monitorização de medidas preventivas, com destaque para a formação contínua, a vigilância sistemática e a comunicação de resultados como estratégias fundamentais para a mudança sustentada de práticas e para a obtenção de ganhos em saúde (Lopes & Dias, 2024).

Relativamente à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, encontra-se implementado na UCIP o Projeto STOP, estratégia estruturada que visa reduzir o uso inadequado de sondas vesicais. Este projeto assenta na avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, promovendo a sua remoção precoce sempre que clinicamente possível, para minimizar o tempo de exposição ao dispositivo e o risco de infeção associado.

Segundo a Norma n.º 019/2015 da DGS (2022a), a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical exige o cumprimento rigoroso da técnica assética durante a sua inserção e conexão ao sistema de drenagem. Adicionalmente, deve ser assegurada a utilização de técnica limpa no manuseamento do cateter e respetivo sistema, bem como a realização de higiene diária do meato urinário com água e sabão. O cateter vesical deve encontrar-se devidamente fixado, para prevenir tração e traumatismo uretral, e o saco coletor deve permanecer abaixo do nível da bexiga, garantindo a manutenção de um sistema de drenagem em circuito fechado. É realizada vigilância contínua e rigorosa de sinais e sintomas sugestivos de infeção urinária e procede-se à avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, com constante reforço o princípio da sua utilização pelo menor tempo possível.

Como já referi, a implementação do Projeto STOP infeção alicerça-se através de estratégias organizacionais e formativas, destacando-se a realização periódica de reuniões de segurança com a participação da equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde. Estes momentos promovem a partilha de informação, a análise crítica das práticas, a identificação de riscos e a definição de medidas corretivas, fomentando a cultura de segurança e a responsabilização profissional.

No âmbito da prevenção da bacteriemia associada aos acessos vasculares, são seguidas as recomendações da Norma n.º 022/2015 da DGS, que orientam práticas baseadas na evidência ao longo de todo o processo de inserção e manutenção dos cateteres venosos centrais (CVC). Entre as medidas adotadas incluem-se a troca do penso com técnica assética a cada sete dias, quando utilizado penso transparente oclusivo, a substituição dos sistemas de perfusão a cada 72 horas, a desinfecção rigorosa das portas de acesso antes de cada utilização com solução alcoólica e a vigilância diária de sinais inflamatórios ou infecciosos no local de inserção. Previamente à colocação do CVC, é avaliada e devidamente registada a indicação clínica. O procedimento inclui higiene das mãos, utilização de barreira de proteção máxima (bata, luvas estéreis, máscara e touca) e antissepsia cutânea com clorhexidina a 2% em solução alcoólica. Sempre que possível, evita-se a utilização do acesso femoral, atendendo ao maior risco de infeção associado.

Relativamente à manutenção do acesso vascular, são cumpridas medidas sistemáticas, nomeadamente higiene das mãos antes de qualquer manipulação, descontaminação dos pontos de acesso com antisséptico adequado e realização do penso com técnica assética. O penso deve ser substituído sempre que se apresente sujo, com exsudado ou descolado. Os pensos com compressa são trocados até 48 horas após a sua colocação e os pensos transparentes até sete dias, conforme protocolo institucional. A aplicação destas medidas, associada à vigilância contínua e à formação das equipas, constitui um pilar fundamental na redução do risco de infeção associada aos CVC e na promoção da segurança do doente em contexto de cuidados intensivos.

No que respeita à prevenção da infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA), encontra-se instituído um protocolo de descontaminação cutânea que contempla a realização de banho diário com solução de clorhexidina durante cinco dias consecutivos, seguindo-se posteriormente a higiene corporal com água e sabão. É utilizado também o quadro Kamishibai como ferramenta visual de auditoria e comunicação, permitindo a monitorização contínua do cumprimento dos protocolos e a disponibilização de *feedback* imediato às equipas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Segundo a perceção da equipa, a implementação sistemática destes protocolos, aliada a um trabalho prévio de sensibilização e formação das equipas multidisciplinares, traduziu-se numa redução significativa da incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde no serviço. Contudo, apesar das medidas implementadas e dos resultados positivos alcançados, continuam a verificar-se episódios de infeção, o que evidencia a complexidade inerente ao contexto dos cuidados intensivos e a impossibilidade de eliminação total do risco. Esta realidade reforça a necessidade de encarar a prevenção das infeções como um processo contínuo, dinâmico e adaptativo, exigindo monitorização permanente, atualização de práticas e a procura constante de estratégias mais eficazes.

Durante o estágio, acompanhei e participei ativamente na implementação dos três principais feixes de intervenção para prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde: o feixe de prevenção da PAI, o feixe de prevenção da infecção urinária associada ao cateter vesical e o feixe de prevenção da bacteriemia associada ao cateter venoso central (CVC).

Esta participação permitiu consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências práticas na aplicação contínua das medidas preconizadas, desde a inserção dos dispositivos até à sua manutenção diária, com especial enfoque no cumprimento rigoroso das técnicas asséptica e limpa, na utilização adequada de equipamentos de proteção individual e na adesão à higiene das mãos como medida basilar na prevenção de infeção.

Contudo, foi possível reconhecer alguns constrangimentos à sua aplicação, particularmente no contexto de SMI, onde a elevada complexidade dos cuidados e a multiplicidade de intervenções podem dificultar o cumprimento sistemático de todas as recomendações. De igual modo, no contexto de urgência, a elevada afluência de doentes, a pressão assistencial e a necessidade de resposta célere constituem desafios adicionais à adesão rigorosa às práticas de controlo de infeção.

Estas intervenções reforçaram a consciencialização para a importância da prevenção de IACS, evidenciando a relevância da adesão aos protocolos institucionais e da atuação proativa na promoção da segurança do doente. Assim, o estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de uma prática profissional crítica, baseada na evidência e sensível ao contexto, orientada para a redução do risco de infeção e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Reflexão final

O percurso de estágio desenvolvido no SUP e na UCIP constituiu uma etapa determinante no meu processo de consolidação enquanto futura EEEMC-EPS. Estes dois contextos, embora distintos na sua dinâmica assistencial, revelaram-se complementares na aquisição e aprofundamento de competências especializadas, exigindo capacidade de adaptação, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada em cenários de elevada complexidade.

No SUP, o contacto com situações emergentes e com a necessidade de intervenção rápida e estruturada permitiu-me desenvolver e reforçar competências na prioridade de cuidados, na gestão do tempo e na atuação perante situações de instabilidade aguda. A tomada de decisão em contexto de incerteza, aliada à articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, evidenciou a importância da antecipação e da sistematização do raciocínio clínico como pilares da prática especializada.

Na UCIP, a prestação de cuidados à PSC, frequentemente dependente de suporte avançado de vida, proporcionou-me o aprofundamento de competências técnico-científicas altamente diferenciadas, nomeadamente na gestão de ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica invasiva, titulação de fármacos vasoativos e sedoanalgesia, bem como na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Este contexto exigiu vigilância contínua, capacidade de antecipar complicações e intervenção precoce, com constante reforço da centralidade do Enfermeiro Especialista na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados.

Em ambos os contextos, tornou-se evidente que o Enfermeiro Especialista assume um papel dinamizador na equipa multidisciplinar, constituindo referência técnico-científica e promotora de boas práticas baseadas na evidência. Para além da competência técnica, a prática especializada exige maturidade profissional, sensibilidade relacional e capacidade de integrar a pessoa e a família no processo de cuidados, mesmo em ambientes marcados pela urgência e pela elevada complexidade tecnológica.

O acompanhamento próximo das equipas e das enfermeiras orientadoras revelou-se fundamental para fomentar a reflexão crítica sobre a minha prática, identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens. A reflexão contínua e consciente sobre as experiências vivenciadas permitiu-me transformar situações clínicas desafiantes em oportunidades de crescimento, reforçar a consciência das minhas responsabilidades enquanto futura Enfermeira Especialista.

Ao longo deste percurso formativo, compreendi que tornar-me Enfermeira Especialista não significou somente adquirir conhecimentos técnicos ou dominar procedimentos complexos. Significou, sobretudo, transformar a forma como observo, interpreto e intervenho na realidade clínica. Cada contexto exigiu de mim adaptação, rigor científico, capacidade de decisão e

maturidade emocional. Exigiu similarmente humildade para reconhecer limites e disponibilidade para aprender com cada situação, com cada PSC e com cada elemento da equipa.

Cresci na capacidade de antecipar complicações, de fundamentar decisões, de integrar a tecnologia com sensibilidade humana e de compreender que o cuidar especializado implica responsabilidade acrescida. Desenvolvi competências técnicas diferenciadas e uma maior consciência ética, espírito crítico e solidez profissional. Aprendi que a excelência não reside apenas na execução correta de um procedimento, mas na intenção, na reflexão e no compromisso que o sustentam.

Encarei, metaforicamente, este processo formativo como o trabalho de um jardineiro. Primeiro, foi necessário preparar o terreno, consolidar conhecimentos, questionar práticas, abrir espaço à aprendizagem. Depois, semear, investir tempo, dedicação e esforço no desenvolvimento de novas competências. Seguiu-se o cuidar diário: *regar* com estudo e reflexão, *podar* inseguranças, *remover* dúvidas, *proteger* as pequenas conquistas das adversidades próprias de contextos exigentes como o SUP e a UCIP. Nem sempre o crescimento foi visível de imediato, mas, de forma gradual e consistente, as raízes fortaleceram-se.

Hoje, ao concluir esta etapa, reconheço que não saio com um jardim terminado, mas com um terreno fértil, preparado para continuar a crescer. Porque ser Enfermeira Especialista não é alcançar um ponto final; é assumir o compromisso contínuo de cultivar conhecimento, competência e humanidade, para que cada PSC encontre, no meio da complexidade, cuidado seguro, competente e profundamente humano.

Referências bibliográficas

- Adilah, R., Kamil, H., Putra, A., Yuswardi, Y., & Mayasari, P. (2025). Nurses conflict management in regional public hospital of Southeast Aceh District, Indonesia. *International Journal of Research and Innovation in Applied Science*, 9(12), 629–636.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos – RT 13/2019 (V. 2024)*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Aksoy, M. (2025). Evidence-based management of pain, sedation, and delirium in the intensive care unit and clinical pharmacists' contribution: A practical review. *Trends in Pharmacy*, 2, 0009. <https://doi.org/10.5152/TrendsPharm.2025.25009>
- Atkins, S., & Schutz, S. (2013). Developing skills for reflective practice. In C. Bulman & S. Schutz (Eds.), *Reflective practice in nursing* (pp. xx–xx). Wiley-Blackwell.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Brown, C. A., 3rd, et al. (2024). [Nota: manter conforme publicado se vier a citar no texto completo.]
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Coelho, T., Rodrigues, D., & Pinto, C. B. (2025). Improving pain management in critically ill surgical patients: The impact of clinical supervision. *Surgeries*, 6(3), 67. <https://doi.org/10.3390/surgeries6030067>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *“Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação (Norma n.º 021/2015, atualizada a 17/11/2022)*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical*.

- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do Programa Prioritário PPCIRA 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma n.º 020/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção do local cirúrgico*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma n.º 021/2015, atualizada a 17 de novembro de 2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022: “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central*.
- Dohms, M., & Gusso, G. (2021). *Comunicação clínica*. Artmed.
- Elpasiony, N., Hafez, A., Hendy, A., et al. (2025). Nurse-led insulin protocol efficacy for control of hyperglycemia in critically ill patients. *BMC Nursing*, 24, 924. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03553-4>
- Eraut, M. (1995). Schon shock: A case for refraining reflection-in-action? *Teachers and Teaching*, 1, 9–22.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2022). *Guia orientador dos estágios: 8.º CMEMC e 9.º CPLEEMC*. Viseu.
- Fitrianingsih, A., Anjani, A. H., Fitriya, N. I., Anggraini, P. D., Ridwan, H., & Purnama, A. (2023). Conflict management in service settings nursing in a hospital: Literature review. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 8(2). <https://doi.org/10.36916/jkm.v8i2.233>
- Güner, Y., Delibalta, B., Üçüncüoğlu, M., & Paslı, S. (2025). Challenges encountered by emergency nurses in forensic case management: A qualitative study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 109, 102807. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2025.102807>
- Hamadeh, S., & Garvey, L. (2026). Optimising pain management in intensive care setting: Insights from a realist evaluation. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 10, 100515. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2026.100515>
- Huang, M., Yang, R., Pang, D., & Gan, X. (2024). Insulin infusion protocols for blood glucose management in critically ill patients: A scoping review. *Critical Care Nurse*, 44(1), 21–32. <https://doi.org/10.4037/ccn2024427>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida* (Versão 2.0, 1.^a ed.). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancadode-Vida-2020.pdf>
- International Council of Nurses. (2022). *Core competencies in disaster nursing: Competencies for nurses involved in emergency medical teams (Level III)*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_2022_Disaster-Comp-Report_EN_WEB.pdf
- Karamchandani, K., Nasa, P., Jarzebowski, M., et al. (2024). Tracheal intubation in critically ill adults with a physiologically difficult airway: An international Delphi study. *Intensive Care Medicine*, 50(10), 1563–1579. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07578-2>
- Kaya Araújo Machado Saito, K., Cristina Kowal Olm Cunha, I., & de Oliveira Nogueira, V. (2025). Conflicts and resolution strategies adopted by nursing professionals in a Brazilian hospital. *Revista Nursing*, 30(326), 11122–11137. <https://doi.org/10.36489/nursing.2025v30i326p11122-11137>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- La Via, L., Cuttone, G., Senussi Testa, T., et al. (2025). Non-invasive positive pressure ventilation for pre-oxygenation of critically ill patients before intubation. *Journal of Clinical Medicine*, 14(15), 5356. <https://doi.org/10.3390/jcm14155356>
- Leal, P., Poeira, A., Mendes, D. A., Batalha, N., Franco, H., Nunes, L., Marques, F., Paden, L., Stefaniak, M., Pérez-Perdomo, A., et al. (2024). Teaching and learning clinical reasoning in nursing education: A student training course. *Healthcare*, 12, 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121219>
- Licen, S., & Prosen, M. (2023). [Completar se for citado no texto.]
- Lopes, E., & Dias, A. M. (2024). Nurses' attitudes and knowledge regarding the prevention of intubation-associated pneumonia. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(15e), e34046. <https://doi.org/10.29352/mill0215e.34046>
- Lopez-Delgado, J. C., Grau-Carmona, T., Mor-Marco, E., Bordeje-Laguna, M. L., Portugal-Rodriguez, E., Lorencio-Cardenas, C., Vera-Artazcoz, P., Macaya-Redin, L., Llorente-Ruiz, B., Iglesias-Rodriguez, R., Monge-Donaire, D., Martinez-Carmona, J. F., Sanchez-Ales, L., Sanchez-Miralles, A., Crespo-Gomez, M., Leon-Cinto, C., Flordelis-Lasierra, J. L., Servia-Goixart, L., & On behalf of the ENPIC Study Group. (2023). Parenteral nutrition: Current use, complications, and nutrition delivery in critically ill patients. *Nutrients*, 15(21), 4665. <https://doi.org/10.3390/nu15214665>

- Magalhães, C. M. S. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20P%C3%93S%20DEFESA.pdf>
- Misseri, G., Frassanito, L., Simonte, R., et al. (2023). Personalized noninvasive respiratory support in the perioperative setting: State of the art and future perspectives. *Journal of Personalized Medicine*, 14(1), 56. <https://doi.org/10.3390/jpm14010056>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Nikitara, M., Dimalibot, M. R., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2024). Conflict management in nursing: Analyzing styles, strategies, and influencing factors: A systematic review. *Nursing Reports*, 14(4), 4173–4192. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 01/2017: Atribuição de responsável de turno*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Parecer n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 743/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República.
- Ordem dos Médicos. (1993). *Declaração prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12/93: Critérios de morte cerebral*. Diário da República.
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel.
- República Portuguesa. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do exercício profissional do enfermeiro*. Diário da República.
- República Portuguesa. (2021). *Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. Diário da República.

- República Portuguesa. Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro*. Diário da República, 2.^a série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Rocha, E., & Passos, H. (2020). Nutrição artificial. In J. A. Pinho (Coord.), *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lidel.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Jossey-Bass.
- Seo, Y., Lee, H. J., Ha, E. J., & Ha, T. S. (2022). 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 37(1), 1–25. <https://doi.org/10.4266/acc.2022.00094>
- Shin, S., Lee, M., & Hong, E. (2024). Factors associated with critical reflection competency among clinical nurse educators. *Teaching and Learning in Nursing*, 19(4), e630–e637. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.05.008>
- Silitonga, E. M. I., Hariyati, R. T. S., Handiyani, H., & Wildani, A. A. (2026). Fostering critical thinking competence in nurses: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 92, 104730. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2026.104730>
- Song, J., Lee, S., & Kim, S. (2024). Effect of inter-hospital transfer on mortality in patients admitted through the emergency department. *Journal of Clinical Medicine*. <https://doi.org/10.3390/jcm13164944>
- Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alhaboob, A., et al. (2021). Adverse events experienced with intrahospital transfer of critically ill patients: A national survey. *Medicine*, 100(18), e25810. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025810>
- Velan, S., Lakshmi, S., & Raj, R. J. T. N. (2023). A study on the identification of causes of delays in internal patient transfer at multispeciality hospital. *European Chemical Bulletin*, 12, 997–1003. <https://doi.org/10.48047/ecb/2023.12.si12.084>
- Viana, J., Balinha, J., & Afonso, C. (2017). Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 10, 38–42. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1006>
- Wang, L., Zhong, X., Yang, H., Yang, J., Zhang, Y., Zou, X., Wang, L., Zhang, Z., Jin, X., Kang, Y., & Wu, Q. (2024). When can we start early enteral nutrition safely in patients with shock on vasopressors? *Clinical Nutrition ESPEN*, 61, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2024.03.007>

Resumo

Introdução: A intervenção do enfermeiro em contexto de urgência e emergência mediante as vítimas de violência é de particular relevo na identificação e preservação de vestígios com interesse forense, sendo um elemento primordial para a qualidade da resposta clínica e legal. A inadequada preservação dos vestígios forenses pode comprometer a investigação, a responsabilização do agressor e a proteção da vítima. Assim, é fundamental que os enfermeiros detenham competências nesta área.

Objetivos: Analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos de preservação de vestígios forenses por enfermeiros em contexto de urgência e emergência, bem como identificar fatores associados.

Métodos: Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com enfermeiros de um serviço de urgência e contexto pré-hospitalar de uma Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. A amostra foi não probabilística por conveniência. Foram analisadas variáveis como perceção do conhecimento, executabilidade e fatores sociodemográficos e profissionais.

Resultados: Prevalência do género feminino e experiência profissional relevante, embora apenas uma minoria possuísse formação em Ciências Forenses. Mais de metade referiu a existência de protocolos institucionais, sem garantia de prática eficaz. Nível moderado de conhecimento e executabilidade nos procedimentos gerais, a contrastar com as fragilidades nos procedimentos técnicos, nomeadamente na colheita e preservação de vestígios. Discrepância entre o conhecimento e a prática. As maiores dificuldades surgiram em situações de agressão sexual e em casos com arma branca ou de fogo.

Conclusão: Embora os enfermeiros revelem um nível adequado de conhecimento geral, persistem lacunas na componente técnica, o que leva a sugerir a promoção de mais a formação, treino prático e aplicação efetiva de protocolos, com impacto na qualidade dos cuidados e preservação da evidência.

Palavras-chave: Enfermagem forense; violência; serviço de urgência; vestígios forenses; conhecimento sobre gestão de vestígios; investigação na área forense.

Abstrat

Introduction: The intervention of nurses in urgent and emergency care settings involving victims of violence is of particular importance in the identification and preservation of forensic evidence, constituting a fundamental element for the quality of the clinical and legal response. Inadequate preservation of forensic evidence may compromise the investigation, the accountability of the aggressor, and the protection of the victim. Therefore, it is essential that nurses possess competencies in this area.

Objectives: To analyze nurses' perception of their knowledge and the executability of forensic evidence preservation procedures in emergency and urgent care settings, as well as to identify associated factors.

Methods: A descriptive, cross-sectional, and quantitative study was conducted with nurses working in an emergency department and pre-hospital care context of a Local Health Unit in the central region of Portugal. A non-probabilistic convenience sample was used. Variables analyzed included perceived knowledge, executability, and sociodemographic and professional factors.

Results: There was a predominance of female participants and relevant professional experience, although only a minority had training in Forensic Sciences. More than half reported the existence of institutional protocols, without ensuring effective practice. A moderate level of knowledge and executability was observed in general procedures, contrasting with weaknesses in technical procedures, particularly in the collection and preservation of evidence. A discrepancy between knowledge and practice was identified. The greatest difficulties were found in cases of sexual assault and incidents involving sharp or firearms.

Conclusion: Although nurses demonstrate an adequate level of general knowledge, gaps remain in the technical component, suggesting the need to promote further training, practical skills development, and effective implementation of protocols, with a direct impact on the quality of care and evidence preservation.

Keywords: Forensic nursing; violence; emergency department; forensic evidence; Knowledge of evidence management; Forensic research

1. Justificação do estudo

A violência é um fenómeno global, multideterminado, polissémico e intrinsecamente complexo, manifestando-se numa variedade de contextos e situações, como ações que geram medo, angústia, sofrimento psicológico ou danos físicos. Estes eventos têm impactos prejudiciais nos envolvidos e podem levar a desfechos fatais. Esta questão de saúde destaca-se como uma das principais razões que levam as vítimas a procurar o SU (Rosado et al., 2025).

Os enfermeiros que atuam em contexto de emergência e urgência estão frequentemente entre os primeiros profissionais de saúde a contactar com vítimas de diversas situações críticas, como os casos de violência. Estes contextos representam uma janela de oportunidade relevante para a identificação e salvaguarda de indícios forenses que poderão ter implicações legais posteriores, conforme apontado por diversos autores (Rocha et al., 2020; Souza et al., 2020). Ainda assim, a prioridade imediata da equipa de saúde, aquando da abordagem à vítima, é a prestação de cuidados clínicos urgentes. Tal como destacado por Cruz (2017), a recolha de evidência forense nunca deve comprometer ou atrasar intervenções críticas, nomeadamente a estabilização da vítima, a realização de exames diagnósticos ou o início de tratamentos imprescindíveis à preservação da vida. A manutenção da integridade física e vital da pessoa deve prevalecer sobre qualquer outro procedimento.

Assim, a escolha do tema justifica-se pela necessidade premente de aprofundar o conhecimento sobre o papel do enfermeiro forense neste cenário específico. A intervenção qualificada e precoce pode ser decisiva na preservação de provas, no apoio à vítima e na articulação com os sistemas judicial e de proteção social. Este trabalho visa, assim, contribuir para a valorização da enfermagem forense como área emergente e essencial na prática clínica extra-hospitalar e intra-hospitalar, oferecendo aos estudantes de enfermagem e aos enfermeiros da urgência pré-hospitalar uma reflexão crítica e fundamentada sobre as melhores práticas, protocolos e estratégias de atuação. Deste modo, pretende-se promover a literacia profissional nesta área, reforçando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados em situações de violência. Este estudo torna-se, portanto, pertinente no contexto atual da formação e prática em enfermagem, respondendo às exigências de uma sociedade em mudança e aos desafios enfrentados diariamente pelos enfermeiros no terreno.

Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos de preservação de vestígios forenses por parte dos enfermeiros que exercem funções em Serviço de Urgência e/ou Emergência de uma ULS da região centro do país, bem como identificar fatores académicos e profissionais associados a essas dimensões.

1.1. Estado da arte

A violência interpessoal é um fenómeno complexo e multidimensional que afeta gravemente a saúde pública no mundo e em Portugal. A sua manifestação abrange agressões físicas, psicológicas e sexuais, com impactos significativos na integridade física e mental das vítimas, bem como consequências sociais e económicas relevantes. As mulheres adultas são frequentemente as mais afetadas e os SU constituem, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APAV, 2024). Em Portugal, os dados sobre vítimas adultas atendidas em contexto extra-hospitalar e nos SU ainda são escassos e dispersos (APAV, 2024). Não obstante, estudos e relatórios institucionais permitem uma aproximação ao fenómeno. Um estudo realizado por Figueiredo et al. (2022) analisou 211 vítimas de violência interpessoal atendidas num SU hospitalar em Portugal, revelando que a maioria era do sexo masculino (63 %) com idade média de 45 anos. As agressões foram predominantemente físicas (99 %) e motivaram atendimento urgente (67 %), sendo que a maioria teve alta hospitalar no próprio dia. De forma mais abrangente, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) indica que, em 2024, atendeu mais de 16 mil pessoas, com uma média semanal de 177 mulheres adultas vítimas de violência, embora não distinga se foram atendidas em contexto hospitalar. A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG, 2025) reportou, só no primeiro trimestre de 2025, 7 056 participações de crimes de violência doméstica, das quais a maioria envolveu vítimas do sexo feminino.

Apesar da relevância do tema, as estatísticas nacionais publicadas pelo INE e pela PORDATA (2024) não desagregam suficientemente os dados por género, tipo de violência, nem distinguem claramente o atendimento hospitalar e extra-hospitalar. Este défice de informação dificulta não só a monitorização efetiva do fenómeno da violência interpessoal em adultos, como também compromete o desenvolvimento de respostas políticas, sociais e clínicas devidamente fundamentadas. A escassez de dados sistematizados e desagregados por tipo de atendimento, género e contexto de violência justifica, assim, a pertinência do presente estudo. Ainda que circunscrita a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país (Serviço de Urgência Geral – CHTV), esta investigação oferece um contributo relevante para o conhecimento da realidade local, permitindo identificar padrões, lacunas e necessidades específicas que podem informar intervenções mais eficazes e sustentadas, tanto a nível regional como nacional. É urgente melhorar os sistemas de registo clínico e estatístico para permitir a identificação sistemática de casos de violência em adultos, assegurando uma resposta integrada e informada por dados fiáveis.

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como uma ciência em constante evolução, com crescente especialização nas suas diferentes áreas de atuação e investigação. Este desenvolvimento tem promovido um maior grau de qualificação e exigência no exercício profissional dos enfermeiros, refletindo-se tanto na prática clínica como no compromisso ético e legal com que exercem os seus cuidados. O cuidado humanizado, entendido numa perspetiva holística, que integra corpo, mente e espírito, continua a ser o cerne da atuação do enfermeiro (Valentine et al., 2020). No entanto, a sua prática exige igualmente conhecimento da legislação aplicável, especialmente em situações complexas como aquelas que envolvem suspeita de crime. Em contextos onde há indícios de criminalidade, como em casos de agressões físicas, violência doméstica ou outros episódios de natureza violenta, o enfermeiro pode desempenhar um papel determinante na preservação de vestígios forenses. Esses vestígios, que podem estar presentes no corpo da vítima ou do agressor, ou mesmo no local da ocorrência, poderão mais tarde assumir importância probatória em sede judicial, com implicações médico-legais relevantes (Valentine et al., 2020; Mota et al., 2021).

No ambiente extra-hospitalar e nos serviços de urgência, os enfermeiros encontram-se frequentemente na linha da frente perante situações que envolvem vítimas de acidentes, agressões, patologias psiquiátricas, maus-tratos a idosos, entre outros cenários críticos (Mota et al., 2021). Esta posição estratégica permite-lhes identificar, recolher e preservar evidências que possam ser úteis em investigações criminais, contribuindo para uma atuação mais eficaz das entidades competentes na área da justiça (Emami et al., 2024). Quando devidamente capacitados, os enfermeiros podem recolher informações e vestígios de forma sistematizada e segura, permitindo que esses materiais sejam posteriormente analisados por peritos forenses. Este processo auxilia na construção de uma narrativa factual e objetiva, potenciando a identificação de responsabilidades e promovendo a justiça de forma mais célere e fundamentada (Mota et al., 2021; Emami et al., 2024).

A profissão de enfermagem tem-se transformado continuamente para acompanhar as crescentes exigências dos cuidados de saúde e a diversidade de cenários clínicos. Esta evolução traduz-se numa maior complexidade de saberes e competências, ampliando os âmbitos de intervenção do enfermeiro especialista, quer na sua prática autónoma, quer como parte integrante de equipas de saúde multidisciplinares, conforme estabelecido no Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho, da Ordem dos Enfermeiros.

A Enfermagem Forense representa uma área especializada da prática de enfermagem que intervém em situações relacionadas com violência, trauma de origem não acidental e catástrofes de grande escala, ao longo de todas as fases da vida. Esta especialidade distingue-se por “integrar os cuidados clínicos com a observação rigorosa de sinais e vestígios que possam

ter implicações legais, articulando a prática de enfermagem com os princípios das Ciências Forenses” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p. 5). O seu objetivo principal é prestar cuidados que, para além de restauradores, contemplem a identificação de potenciais situações de agressão e a preservação de elementos com relevância criminal. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), o enfermeiro forense é um profissional dotado de conhecimentos aprofundados na área da enfermagem e das ciências forenses, demonstrando competência efetiva na prestação de cuidados em contextos de violência, trauma forense ou situações de catástrofe. A sua atuação pauta-se pelo cumprimento das normas legais, princípios éticos e deontológicos, sendo orientada por práticas baseadas na evidência científica. Neste contexto, foi aprovada, em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros realizada em Castelo Branco a 26 de junho de 2021, a criação de uma competência acrescida e diferenciada em Enfermagem Forense, a qual se encontra em processo de regulamentação e publicação oficial em Diário da República.

Os enfermeiros que atuam em contexto de emergência e urgência estão frequentemente entre os primeiros profissionais de saúde a contactar com vítimas de diversas situações críticas, como os caso de violência. Estes contextos representam uma janela de oportunidade relevante para a identificação e salvaguarda de indícios forenses que poderão ter implicações legais posteriores, conforme apontado por diversos autores (Rocha et al., 2020; Souza et al., 2020). Ainda assim, a prioridade imediata da equipa de saúde, aquando da abordagem à vítima, é a prestação de cuidados clínicos urgentes. Tal como destacado por Cruz (2017), a recolha de evidência forense nunca deve comprometer ou atrasar intervenções críticas, nomeadamente a estabilização da vítima, a realização de exames diagnósticos ou o início de tratamentos imprescindíveis à preservação da vida. A manutenção da integridade física e vital da pessoa deve prevalecer sobre qualquer outro procedimento.

Decorrente do exposto e por constituir um tema de grande relevância, elaborou-se a questão de investigação:

- Qual é a perceção do conhecimento e da executabilidade dos procedimentos relacionados com a preservação de vestígios forenses pelos enfermeiros em contexto de Serviço de Urgência e/ou Emergência?

Da questão de Investigação emergiram os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Avaliar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos relacionados com a preservação de vestígios forenses pelos enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência;

Objetivos específicos:

- Determinar se existe associação entre a percepção do conhecimento e a executabilidade desses procedimentos, na população em epígrafe;
- Analisar a influência das habilitações acadêmicas dos participantes na executabilidade dos procedimentos forenses;
- Verificar a relação entre formação em Ciências/Enfermagem Forenses e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos;
- Explorar a associação entre a categoria profissional dos enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a sua percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos forenses;
- Estudar a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos;
- Avaliar se o tempo de exercício da profissão em Serviços de Urgência e/ou Emergência influencia a percepção do conhecimento e a executabilidade;
- Analisar a relação entre a frequência de assistência a vítimas e a executabilidade dos procedimentos forenses;
- Verificar se a existência de protocolo institucional está associada à percepção do conhecimento e à executabilidade dos procedimentos;
- Examinar a influência do local de trabalho na percepção do conhecimento e na executabilidade dos procedimentos forenses por parte dos participantes.

2. Métodos

Desenho do estudo, critérios de inclusão

O presente estudo caracterizou-se como descritivo, de natureza transversal, com uma abordagem quantitativa.

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a percepção dos enfermeiros que desempenham funções em Serviços de Urgência e/ou Emergência de uma ULS da região centro do país relativamente ao seu conhecimento e à capacidade de execução dos procedimentos de preservação de vestígios forenses. Pretende-se ainda identificar os fatores académicos e profissionais que possam estar relacionados com essas dimensões

Relativamente às variáveis em estudo, considerou-se como variável dependente a executabilidade dos procedimentos de preservação de vestígios forenses, entendida como a capacidade prática, real ou percebida, dos enfermeiros em aplicar corretamente os procedimentos forenses no contexto de urgência e/ou emergência.

Como variáveis independentes, foram consideradas a percepção do conhecimento dos procedimentos de preservação de vestígios forenses, definida como o nível de conhecimento declarado pelos enfermeiros; as habilitações académicas, correspondentes ao grau académico obtido (licenciatura, mestrado, doutoramento ou outro); a formação em Ciências Forenses ou Enfermagem Forense, incluindo a presença, tipo e duração da formação; a categoria profissional (enfermeiro, enfermeiro especialista ou enfermeiro gestor); o tempo de exercício da profissão em Enfermagem, expresso em anos de experiência total; o tempo de exercício em Serviço de Urgência e/ou Emergência, correspondente à experiência específica neste contexto; a frequência de assistência à vítima, traduzida pelo número ou frequência de contacto com vítimas de violência; a existência de protocolo no serviço, considerada como a presença ou ausência de protocolo institucional orientador da prática; e, por fim, o local de trabalho, distinguindo entre contexto de serviço de urgência e contexto extra-hospitalar.

A população-alvo foi constituída por enfermeiros a exercer funções no serviço de urgência e no contexto pré-hospitalar de uma ULS da região centro do país (ULSVDL). A amostra foi obtida através de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, incluindo todos os enfermeiros disponíveis que aceitaram participar no estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão todos os enfermeiros que exerciam funções em serviço de urgência e/ou no contexto pré-hospitalar da referida unidade de saúde, que prestavam cuidados diretos a pessoas com idade superior a 18 anos e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Como critérios de exclusão, consideraram-se os enfermeiros a exercer funções noutros serviços, aqueles que prestavam cuidados a pessoas com idade inferior

ou igual a 18 anos, bem como os profissionais em situação de absentismo laboral no período de recolha de dados.

Instrumento de recolha de dados e procedimento metodológico

O instrumento de recolha de dados consiste no Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros, o QPVAVE (Gomes, Chaves, & Corte-Real, 2014), com parecer favorável para a sua utilização no presente estudo pela autora principal, Cristiana Isabel de Almeida Gomes (Anexo I).

Análise dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27, tendo por base os procedimentos metodológicos descritos por Maroco (2011) e Pestana e Gageiro (2008).

No que respeita ao tratamento dos dados, procedeu-se inicialmente à análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever a distribuição das variáveis em estudo. Para as variáveis de natureza qualitativa, foram elaboradas tabelas e gráficos de frequências, permitindo a apresentação das distribuições observadas. Relativamente às variáveis quantitativas, calcularam-se medidas estatísticas consideradas relevantes, nomeadamente a média (M), o desvio padrão (DP), que traduz a dispersão absoluta dos dados, o coeficiente de variação (CV), indicador da dispersão relativa, bem como os valores mínimo (Min) e máximo (Max), conforme proposto por Guimarães e Cabral (2010).

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e a partir das questões que as integram, sendo o Alfa de Cronbach é o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas, medindo a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Um valor do coeficiente de consistência interna medido pelo Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado, de acordo com Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnally (1978).

Os testes estatísticos são utilizados para apoiar a tomada de decisões com base em dados, permitindo verificar se os resultados observados numa amostra podem ser generalizados para a população. Em particular, ajudam a determinar se as diferenças ou relações encontradas são reais ou se podem ter ocorrido por acaso.

O nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) funciona como um critério de decisão: quando o valor de p é inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que existem diferenças ou

associações estatisticamente significativas; quando é superior, não há evidência suficiente para rejeitar a hipótese nula.

Antes de escolher os testes adequados, é necessário verificar pressupostos, como a normalidade da distribuição dos dados. Neste caso, o teste de Kolmogorov-Smirnov indicou que as variáveis não seguem uma distribuição normal. Por esse motivo, opta-se por testes não paramétricos, que não exigem esse pressuposto.

Assim:

- O Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) foi utilizado para verificar se os dados seguem uma distribuição normal, o que é um passo essencial antes de escolher os testes estatísticos a aplicar (Tabela 1);
- O coeficiente de Spearman é usado para avaliar a associação entre variáveis, substituindo o de Pearson quando não há normalidade (Tabela 2);
- O teste de Mann-Whitney é utilizado para comparar dois grupos independentes;
- O teste de Kruskal-Wallis é aplicado quando existem mais de dois grupos;

Em suma, estes testes permitem analisar relações e diferenças entre variáveis de forma rigorosa e adequada às características dos dados, garantindo conclusões estatisticamente válidas mesmo quando os pressupostos dos testes paramétricos não são cumpridos.

Tabela 1 - Teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Dimensão	Z	g.l.	p
Gestão de Vestígios: Percepção de Conhecimento	,280	30	*** 0,000
Gestão de Vestígios: Executabilidade	,169	30	* 0,028
Agressão Sexual: Percepção de Conhecimento	,348	30	*** 0,000
Agressão Sexual: Executabilidade	,252	30	*** 0,000
Lesões: Percepção de Conhecimento	,537	30	*** 0,000
Lesões: Executabilidade	,267	30	*** 0,000
Arma Branca: Percepção de Conhecimento	,281	30	*** 0,000
Arma Branca: Executabilidade	,269	30	*** 0,000
Arma de Fogo: Percepção de Conhecimento	,324	30	*** 0,000
Arma de Fogo: Executabilidade	,235	30	*** 0,000
Acidente de viação: Percepção de Conhecimento	,466	30	*** 0,000
Acidente de viação: Executabilidade	,200	30	** 0,003
Intoxicação: Percepção de Conhecimento	,371	30	*** 0,000
Intoxicação: Executabilidade	,239	30	*** 0,000
Asfixia: Percepção de Conhecimento	,353	30	*** 0,000
Asfixia: Executabilidade	,351	30	*** 0,000
Z: teste K-S	* p≤0,05	* p≤0,01	*** p≤0,001

Em virtude dos resultados obtidos ($p < 0,05$) para todas as dimensões rejeita-se a hipótese de seguirem uma distribuição normal, pelo que os testes paramétricos são substituídos pelos testes não paramétricos em todas as análises inferenciais.

Tabela 2 – Coeficiente de Correlação de Spearman

Correlação	Interpretação
0,90 a 1,00 (-0,90 a -1,00)	Correlação muito forte positiva (negativa)
0,75 a 0,90 (-0,90 a -0,75)	Correlação forte positiva (negativa)
0,60 a 0,75 (-0,75 a -0,60)	Correlação moderada forte positiva (negativa)
0,40 a 0,60 (-0,60 a -0,40)	Correlação moderada positiva (negativa)
0,25 a 0,40 (-0,40 a -0,25)	Correlação fraca positiva (negativa)
0,00 a 0,25 (-0,25 a 0,00)	Correlação muito fraca positiva (negativa)

Considerações éticas

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética a 11 de fevereiro 2026 com a referência nº I04888-202602 (Anexo II).

Neste estudo, foi rigorosamente assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações recolhidas, tendo o dever de sigilo profissional sido integralmente assumido pela equipa de investigação. A participação foi voluntária, sendo apenas possível aceder ao questionário após o consentimento expresso de cada participante, mediante a seleção da opção “Sim”, que permitia avançar para o preenchimento. Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento disponibilizado online, via plataforma Google Forms, através de um link partilhado pelos enfermeiros. O processo de recolha de dados respeitou integralmente a política de proteção de dados da Google Forms. Após a conclusão da recolha, os dados foram exportados da plataforma e armazenados num disco externo, tendo sido realizados backups regulares e verificação periódica das cópias de segurança. Estes procedimentos incluíram análises antivírus e triagens rotineiras realizadas

através dos sistemas de segurança dos equipamentos utilizados. Todos os softwares utilizados possuíam licenças válidas, minimizando os riscos de segurança digital, e o acesso à internet foi filtrado com ferramentas como Adblock, que bloquearam conteúdos publicitários e hiperligações não seguras. Os computadores utilizados tinham antivírus atualizado instalado. A confidencialidade foi garantida ao longo de todo o processo de investigação, não tendo sido incluída qualquer identificação pessoal nas publicações. Após a divulgação dos resultados, todos os dados recolhidos foram eliminados de forma definitiva.

3. Resultados

Análise Descritiva

O questionário *online* foi iniciado por 40 enfermeiros, mas apenas 30 responderam afirmativamente a “Após leitura da informação apresentada, aceita participar neste estudo?”, tendo os restantes 10 respondido “não aceitam participar”. Ficando assim amostra constituída por 30 enfermeiros, tendo as respostas sido recolhidas entre 16 de fevereiro e 3 de março de 2026.

3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Na amostra, 60,0% são do género feminino, 36,7% são do género masculino, e 3,3% (um elemento) prefere não responder (Tabela 3).

Tabela 3 - Género		
	N	%
Masculino	11	36,7
Feminino	18	60,0
Prefiro não responder	1	3,3
Total	30	100,0

Na amostra, a idade apresenta um valor médio $M=30,7$ anos com um desvio padrão $DP=11,1$ anos a que corresponde um coeficiente de variação $CV=30\%$, variando entre o mínimo de $Min=25$ anos e o máximo de $Max=56$ anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas: Idade						
	N	M	DP	CV	Min	Max
Idade	30	36,7	11,1	30%	25	59

Na amostra, relativamente às habilitações académicas, 40,0% têm Licenciatura, 33,3% têm Pós-Graduação, 20,0% têm Mestrado, 3,3% (um elemento) tem Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem, e 3,3% (um elemento) tem Doutoramento (Tabela 5).

Tabela 5 - Habilitações Acadêmicas

	N	%
Licenciatura	12	40,0
Pós-Graduação	10	33,3
Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem	1	3,3
Mestrado	6	20,0
Doutoramento	1	3,3
Total	30	100,0

Na amostra, 13,3% possui algum tipo de formação acadêmica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e os restantes 86,7% respondem negativamente (Tabela 6).

Tabela 6 - Possui algum tipo de formação acadêmica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses?

	N	%
Não	26	86,7
Sim	4	13,3
Total	30	100,0

Na amostra, relativamente à categoria profissional, 60,0% respondem ser Enfermeiro(a), 13,3% respondem ser Enfermeiro(a) graduado(a), e 26,7% respondem ser Enfermeiro(a) especialista, e todos estes indicam ter a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Tabela 7).

Tabela 7 - Categoria Profissional

	N	%
Enfermeiro(a)	18	60,0
Enfermeiro(a) graduado(a)	4	13,3
Enfermeiro(a) especialista	8	26,7
Total	30	100,0

Na amostra, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem apresenta M=12,8 anos com DP=9,71 anos com um CV=76%, variando entre Min=4 anos e o Max=35 anos (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)

	N	M	DP	CV	Min	Max
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)	30	12,8	9,71	76%	4	35

Para efeito das análises inferenciais a realizar, este tempo foi recodificado em categorias, de acordo com o seguinte agrupamento (Tabela 9).

Tabela 9 - Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)

	N	%
Até 5 anos	8	26,7
6 a 15 anos	13	43,3
Mais de 15 anos	9	30,0
Total	30	100,0

Na amostra, relativamente ao tempo de exercício da profissão de Enfermagem, 26,7% têm até 5 anos, 43,3% têm 6 a 15 anos, e 30,0% têm mais de 15 anos. (Tabela 9)

Tabela 10 - Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)

	N	M	DP	CV	Min	Max
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)	30	6,08	8,45	139%	0	35

Na amostra, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência apresenta M=6,08 anos com DP=8,45 anos com um CV=139%, variando entre Min=0 anos e o Max=35 anos (Tabela 10).

A distribuição de valores do tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos) verifica-se principalmente entre 0 e 5 anos e os tempos superiores a 10 anos são considerados *outliers*. Para efeito das análises inferenciais a realizar, este tempo foi recodificado em categorias, de acordo com o seguinte agrupamento. Assim relativamente ao tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, 33,3% têm até 1 ano, 36,7% têm 2 a 5 anos, e 30,0% têm mais de 5 anos (Tabela 11).

Tabela 11 - Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)

	N	%
Até 1 ano	10	33,3
2 a 5 anos	11	36,7
Mais de 5 anos	9	30,0
Total	30	100,0

Na amostra, relativamente à frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, 3,3% (um elemento) responde nunca, 33,3% respondem poucas vezes (1x/mês), 46,7% respondem algumas vezes (1x/semana), e 16,7% respondem muitas vezes (3x/semana) (Tabela 12).

Tabela 12 - No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.

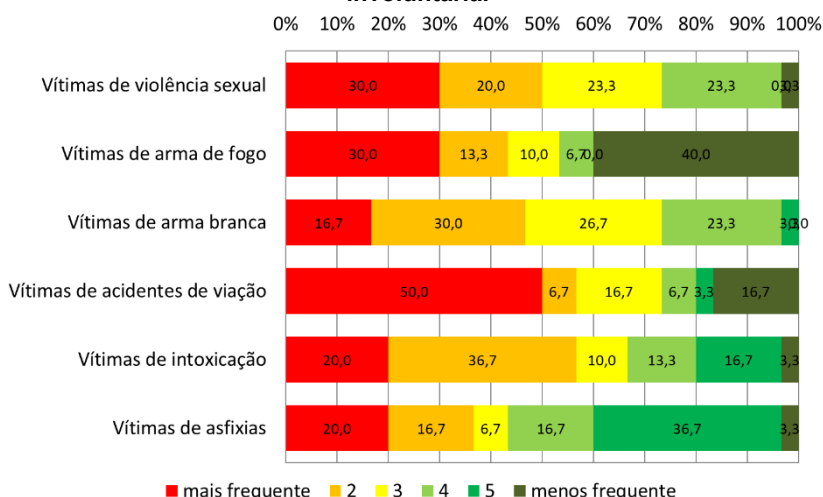
	N	%
Nunca	1	3,3
Poucas vezes (1x/mês)	10	33,3
Algumas vezes (1x/semana)	14	46,7
Muitas vezes (3x/semana)	5	16,7
Total	30	100,0

A resposta mais frequente verifica-se mais para Vítimas de acidentes de viação, seguida de Vítimas de violência sexual e de Vítimas de arma de fogo, por outro lado a resposta menos frequente verifica-se mais para Vítimas de arma de fogo, seguida de Vítimas de acidentes de viação (Tabela 13 e Gráfico 1).

Tabela 13 - No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.

	1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vítimas de violência sexual	9	30,0	6	20,0	7	23,3	7	23,3			1	3,3
Vítimas de arma de fogo	9	30,0	4	13,3	3	10,0	2	6,7			12	40,0
Vítimas de arma branca	5	16,7	9	30,0	8	26,7	7	23,3	1	3,3		
Vítimas de acidentes de viação	15	50,0	2	6,7	5	16,7	2	6,7	1	3,3	5	16,7
Vítimas de intoxicação	6	20,0	11	36,7	3	10,0	4	13,3	5	16,7	1	3,3
Vítimas de asfixias	6	20,0	5	16,7	2	6,7	5	16,7	11	36,7	1	3,3

Escala de medida: 1- mais frequente; ... 6– menos frequente.

Gráfico 1 - No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.

Em média, as situações mais frequentes são Vítimas de violência sexual ($M=2,53$), Vítimas de acidentes de viação ($M=2,57$), e Vítimas de arma branca ($M=2,67$), seguidas pela situação de Vítimas de intoxicação ($M=2,80$), sendo menos frequentes as situações de Vítimas de asfixias ($M=3,43$) e Vítimas de arma de fogo ($M=3,53$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Se assiste, qual é o tipo de vítimas que assiste?

	N	M	DP	CV
Vítimas de violência sexual	30	2,53	1,33	53%
Vítimas de arma de fogo	30	3,53	2,21	63%
Vítimas de arma branca	30	2,67	1,12	42%
Vítimas de acidentes de viação	30	2,57	1,92	75%
Vítimas de intoxicação	30	2,80	1,52	54%
Vítimas de asfixias	30	3,43	1,68	49%

Escala de medida: 1- mais frequente; ... 6– menos frequente.

Na amostra, 56,7% respondem que existe algum protocolo que delinea a sua atuação no seu atual serviço e os restantes 43,3% respondem negativamente (Tabela 15).

Tabela 15 - Se assiste, indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que delinea a sua atuação

	N	%
Não	13	43,3
Sim	17	56,7
Total	30	100,0

3.2. Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

3.2.1. Gestão de vestígios

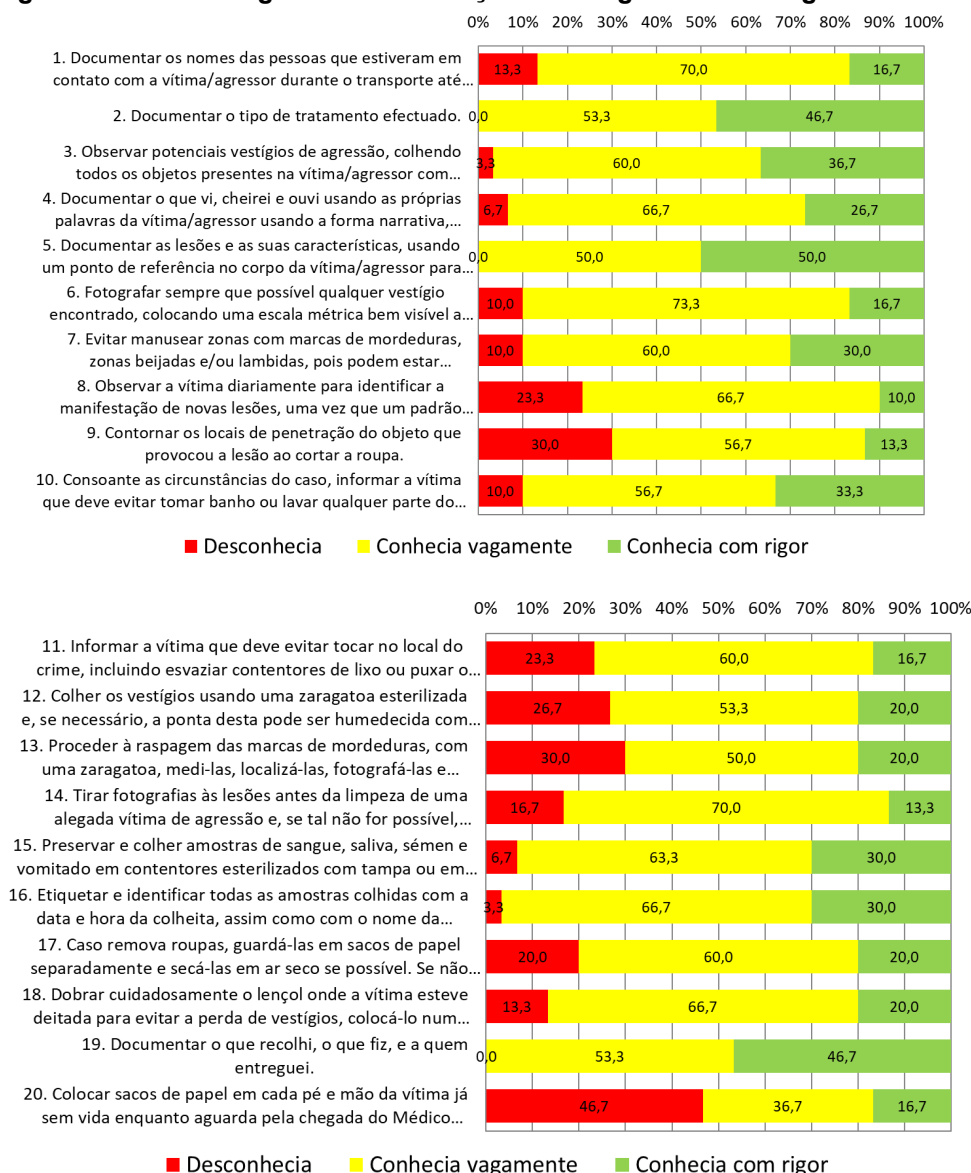
Os procedimentos relativos à gestão de vestígios mais conhecidos são “5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas de padrão”, “2. Documentar o tipo de tratamento efetuado” e “19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei”, e os menos conhecidos são “20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local”, “13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las”, e “9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa”. (Tabela 16 e Gráfico 2)

Tabela 16 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	4	13,3%	21	70,0%	5	16,7%
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.			16	53,3%	14	46,7%
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	1	3,3%	18	60,0%	11	36,7%
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões, no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	2	6,7%	20	66,7%	8	26,7%
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas de padrão.			15	50,0%	15	50,0%
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	3	10,0%	22	73,3%	5	16,7%
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	3	10,0%	18	60,0%	9	30,0%
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	7	23,3%	20	66,7%	3	10,0%
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	9	30,0%	17	56,7%	4	13,3%
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	3	10,0%	17	56,7%	10	33,3%
11. Informar a vítima que deve evitar tocar no local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	7	23,3%	18	60,0%	5	16,7%
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	8	26,7%	16	53,3%	6	20,0%
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	5	16,7%	21	70,0%	4	13,3%
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	2	6,7%	19	63,3%	9	30,0%
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	1	3,3%	20	66,7%	9	30,0%
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	6	20,0%	18	60,0%	6	20,0%
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	4	13,3%	20	66,7%	6	20,0%
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.			16	53,3%	14	46,7%
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	14	46,7%	11	36,7%	5	16,7%

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 2 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



Os procedimentos relativos à gestão de vestígios mais executados são “16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita”, “2. Documentar o tipo de tratamento efectuado”, “1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, e “19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei”, e os menos executados são “6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor”, “18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo”, “9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa”, “12.

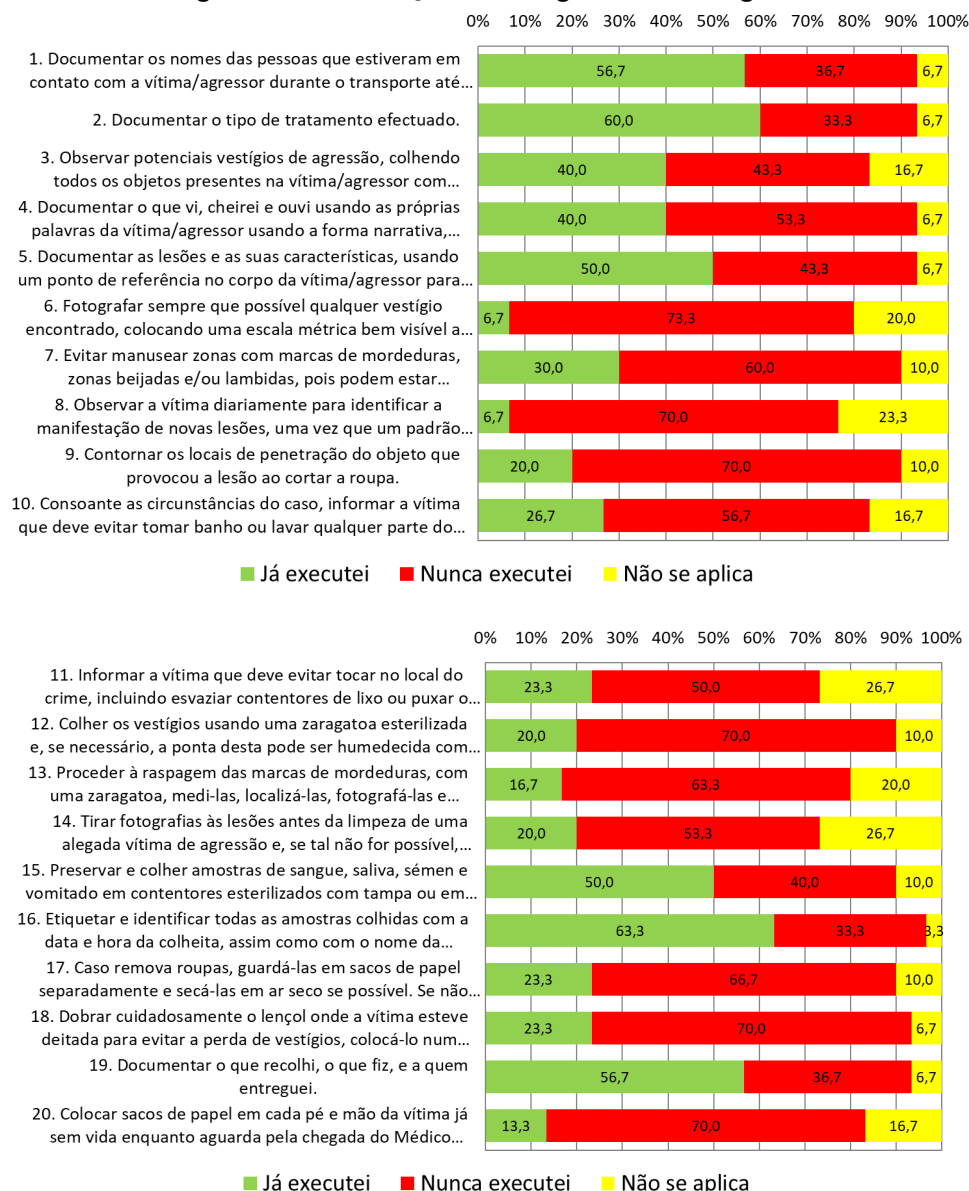
Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante”, “20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local”, e “8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir”. (Tabela 17 e Gráfico 3)

Tabela 17 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	17	56,7%	11	36,7%	2	6,7%
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	18	60,0%	10	33,3%	2	6,7%
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	12	40,0%	13	43,3%	5	16,7%
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões, no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	12	40,0%	16	53,3%	2	6,7%
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas de padrão.	15	50,0%	13	43,3%	2	6,7%
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	2	6,7%	22	73,3%	6	20,0%
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	9	30,0%	18	60,0%	3	10,0%
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	2	6,7%	21	70,0%	7	23,3%
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	6	20,0%	21	70,0%	3	10,0%
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	8	26,7%	17	56,7%	5	16,7%
11. Informar a vítima que deve evitar tocar no local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	7	23,3%	15	50,0%	8	26,7%
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	6	20,0%	21	70,0%	3	10,0%
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	5	16,7%	19	63,3%	6	20,0%
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	6	20,0%	16	53,3%	8	26,7%
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	15	50,0%	12	40,0%	3	10,0%
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	19	63,3%	10	33,3%	1	3,3%
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	7	23,3%	20	66,7%	3	10,0%
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	7	23,3%	21	70,0%	2	6,7%
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	17	56,7%	11	36,7%	2	6,7%
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	4	13,3%	21	70,0%	5	16,7%

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 3 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.2. Agressão sexual

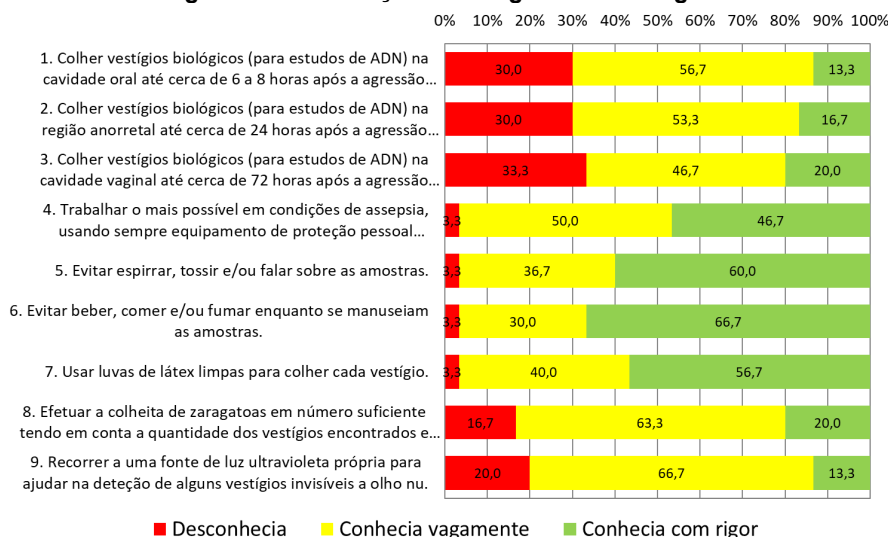
Os procedimentos relativos a agressões sexuais mais conhecidos são “6. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras”, “5. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras” e “7. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio”, e os menos conhecidos são “3. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual”, “1. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, e “2. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”. (Tabela 18 e Gráfico 4)

Tabela 18 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	9	30,0	17	56,7	4	13,3
2. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	9	30,0	16	53,3	5	16,7
3. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	10	33,3	14	46,7	6	20,0
4. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	1	3,3	15	50,0	14	46,7
5. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	1	3,3	11	36,7	18	60,0
6. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	1	3,3	9	30,0	20	66,7
7. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	1	3,3	12	40,0	17	56,7
8. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	5	16,7	19	63,3	6	20,0
9. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	6	20,0	20	66,7	4	13,3

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 4 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



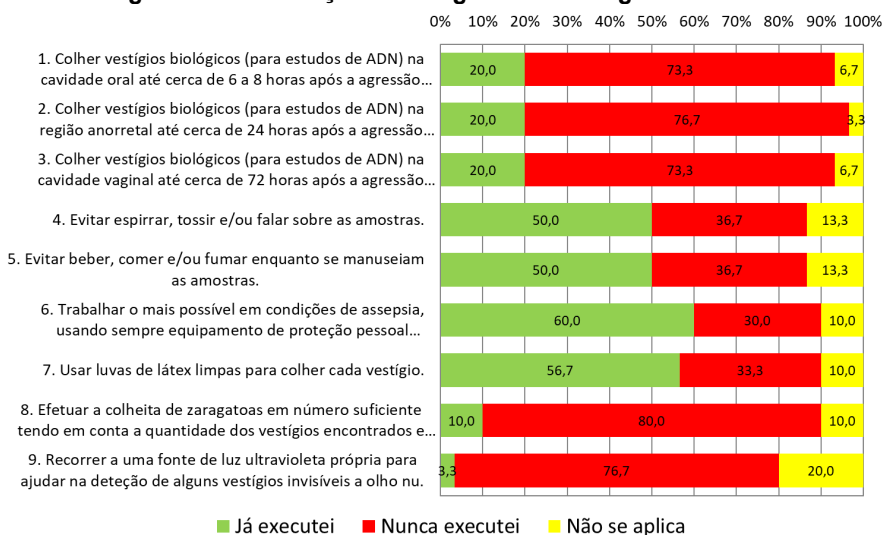
Os procedimentos relativos a agressões sexuais mais executados são “6. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável”, “7. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio”, “4. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras”, e “5. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras”, e os menos executados são “8. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados”, “2. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”, “9. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu”, “1. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, e “3. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual”. (Tabela 19 e Gráfico 5)

Tabela 19 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	6	20,0	22	73,3	2	6,7
2. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	6	20,0	23	76,7	1	3,3
3. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	6	20,0	22	73,3	2	6,7
4. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	15	50,0	11	36,7	4	13,3
5. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	15	50,0	11	36,7	4	13,3
6. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	18	60,0	9	30,0	3	10,0
7. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	17	56,7	10	33,3	3	10,0
8. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	3	10,0	24	80,0	3	10,0
9. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	1	3,3	23	76,7	6	20,0

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 5 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.3. Lesões

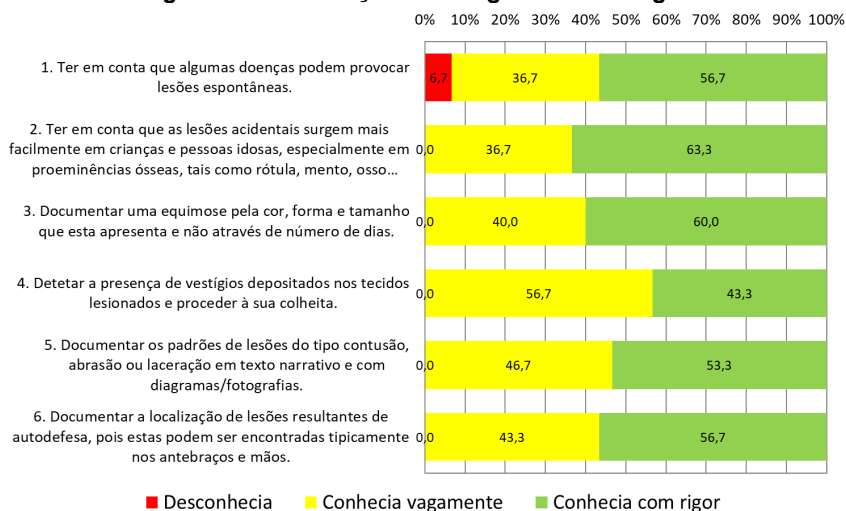
Os procedimentos relativos a lesões mais conhecidos são “2. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos” e “3. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias”, e os menos conhecidos são “1. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas”, “4. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita”, e “5. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias”. (Tabela 20 e Gráfico 6)

Tabela 20 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	2	6,7%	11	36,7%	17	56,7%
2. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.			11	36,7%	19	63,3%
3. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.			12	40,0%	18	60,0%
4. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.			17	56,7%	13	43,3%
5. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.			14	46,7%	16	53,3%
6. Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.			13	43,3%	17	56,7%

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 6: Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



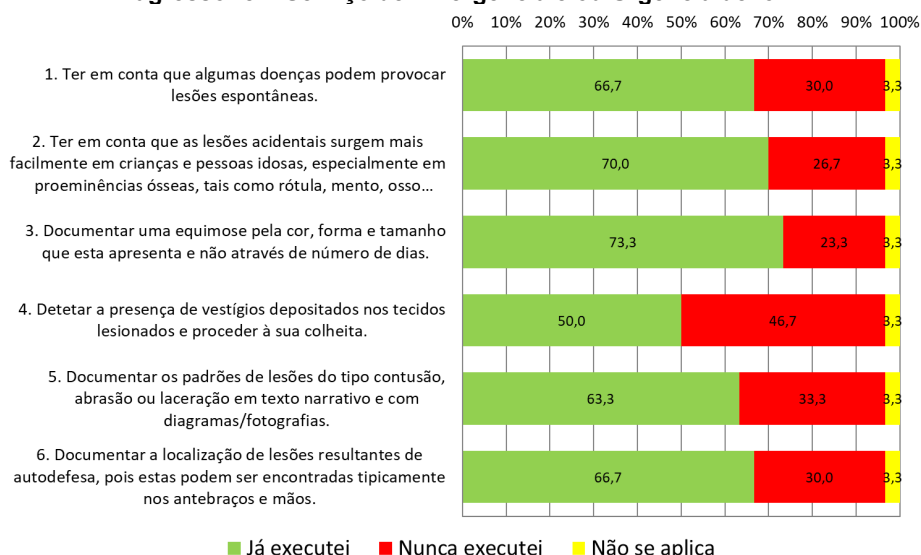
Os procedimentos relativos a lesões mais executados são “3. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias”, e “2. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos”, e os menos executados são “4. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita”, e “35. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias”. (Tabela 21 e Gráfico 7)

Tabela 21 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	20	66,7	9	30,0	1	3,3
2. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	21	70,0	8	26,7	1	3,3
3. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	22	73,3	7	23,3	1	3,3
4. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	15	50,0	14	46,7	1	3,3
5. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	19	63,3	10	33,3	1	3,3
6. Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	20	66,7	9	30,0	1	3,3

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 7 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.4. Arma branca

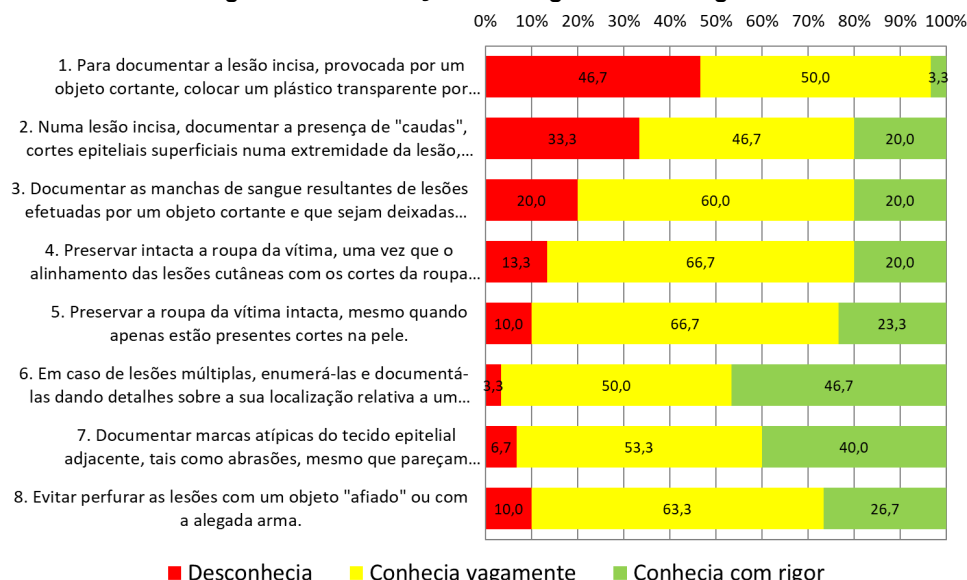
Os procedimentos relativos a arma branca mais conhecidos são “6. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las” e “7. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes”, e os menos conhecidos são “1. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta”, e “2. Numa lesão incisa, documentar a presença de "caudas", cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão”. (Tabela 22 e Gráfico 8)

Tabela 22 - Percepção do Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	14	46,7	15	50,0	1	3,3
2. Numa lesão incisa, documentar a presença de "caudas", cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	10	33,3	14	46,7	6	20,0
3. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	6	20,0	18	60,0	6	20,0
4. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	4	13,3	20	66,7	6	20,0
5. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	3	10,0	20	66,7	7	23,3
6. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	1	3,3	15	50,0	14	46,7
7. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	2	6,7	16	53,3	12	40,0
8. Evitar perfurar as lesões com um objeto "afiado" ou com a alegada arma.	3	10,0	19	63,3	8	26,7

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 8 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



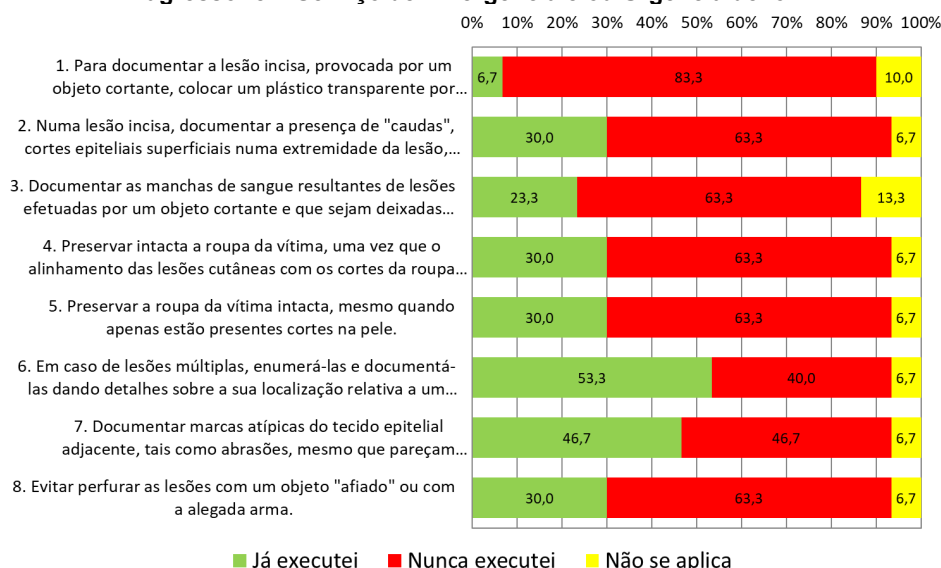
Os procedimentos relativos a arma branca mais executada são “6. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las” e “7. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes”, e os menos executados são “1. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta”, e “3. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime”. (Tabela 23 e Gráfico 9)

Tabela 23 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	2	6,7	25	83,3	3	10,0
2. Numa lesão incisa, documentar a presença de "caudas", cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	9	30,0	19	63,3	2	6,7
3. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	7	23,3	19	63,3	4	13,3
4. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	9	30,0	19	63,3	2	6,7
5. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	9	30,0	19	63,3	2	6,7
6. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	16	53,3	12	40,0	2	6,7
7. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	14	46,7	14	46,7	2	6,7
8. Evitar perfurar as lesões com um objeto "afiado" ou com a alegada arma.	9	30,0	19	63,3	2	6,7

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 9 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.5. Arma fogo

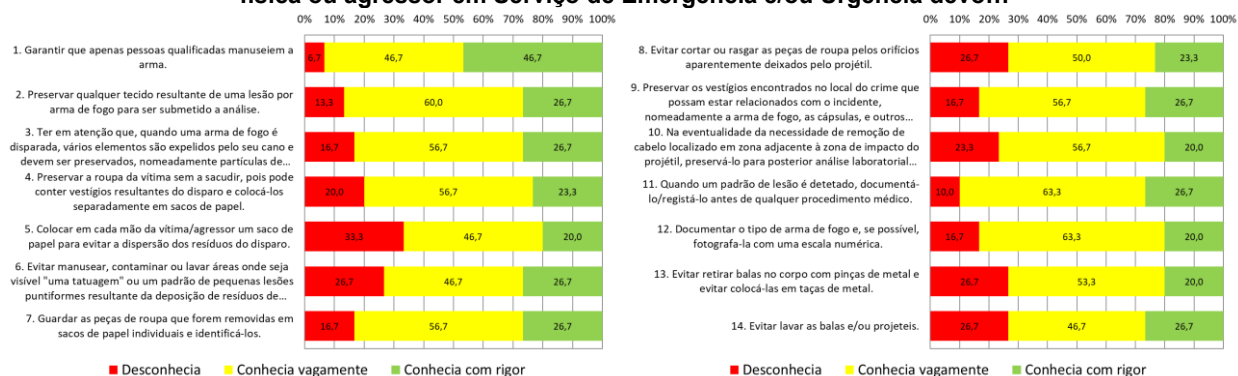
Os procedimentos relativos a arma de fogo mais conhecidos são “1. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma” e “11. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico”, e os menos conhecidos são “5. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo”, e “13. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal”. (Tabela 24 e Gráfico 10)

Tabela 24 - Percepção do Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	2	6,7	14	46,7	14	46,7
2. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	4	13,3	18	60,0	8	26,7
3. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	5	16,7	17	56,7	8	26,7
4. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	6	20,0	17	56,7	7	23,3
5. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	10	33,3	14	46,7	6	20,0
6. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	8	26,7	14	46,7	8	26,7
7. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	5	16,7	17	56,7	8	26,7
8. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	8	26,7	15	50,0	7	23,3
9. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	5	16,7	17	56,7	8	26,7
10. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	7	23,3	17	56,7	6	20,0
11. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	3	10,0	19	63,3	8	26,7
12. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografa-la com uma escala numérica.	5	16,7	19	63,3	6	20,0
13. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	8	26,7	16	53,3	6	20,0
14. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	8	26,7	14	46,7	8	26,7

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 10 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



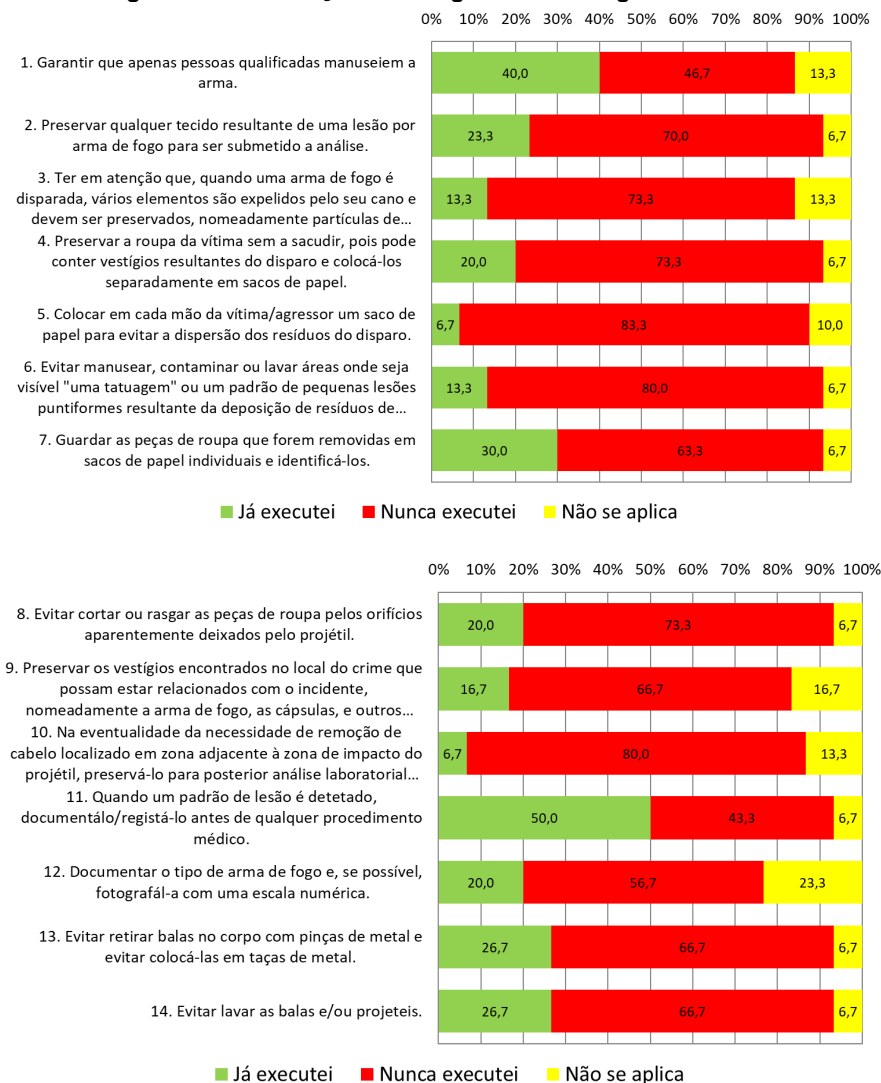
Os procedimentos relativos a arma de fogo mais executados são “11. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico” e “1. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma”, e os menos executados são “5. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo”, “6. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta”, e “10. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo”. (Tabela 25 e Gráfico 11)

Tabela 25 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	12	40,0	14	46,7	4	13,3
2. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	7	23,3	21	70,0	2	6,7
3. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	4	13,3	22	73,3	4	13,3
4. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	6	20,0	22	73,3	2	6,7
5. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	2	6,7	25	83,3	3	10,0
6. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	4	13,3	24	80,0	2	6,7
7. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	9	30,0	19	63,3	2	6,7
8. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	6	20,0	22	73,3	2	6,7
9. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	5	16,7	20	66,7	5	16,7
10. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	2	6,7	24	80,0	4	13,3
11. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	15	50,0	13	43,3	2	6,7
12. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	6	20,0	17	56,7	7	23,3
13. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	8	26,7	20	66,7	2	6,7
14. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	8	26,7	20	66,7	2	6,7

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 11 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.6. Acidente de viação

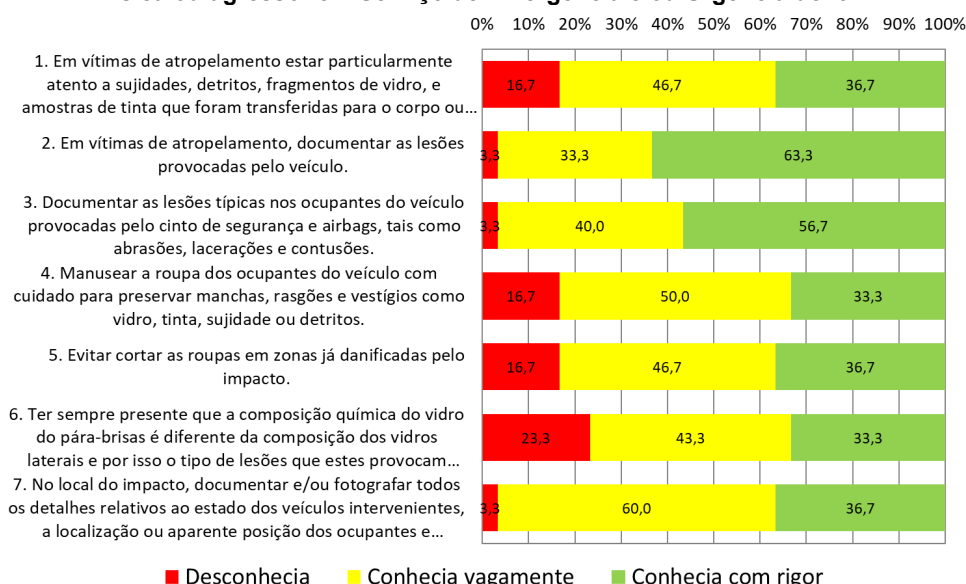
Os procedimentos relativos a acidentes de viação mais conhecidos são “2. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo” e “3. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões”, e os menos conhecidos são “6. Ter sempre presente que a composição química do vidro do para-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente”, e “4. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos”. (Tabela 26 e Gráfico 12)

Tabela 26 - Percepção do Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	5	16,7%	14	46,7%	11	36,7%
2. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	1	3,3%	10	33,3%	19	63,3%
3. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	1	3,3%	12	40,0%	17	56,7%
4. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	5	16,7%	15	50,0%	10	33,3%
5. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.	5	16,7%	14	46,7%	11	36,7%
6. Ter sempre presente que a composição química do vidro do para-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	7	23,3%	13	43,3%	10	33,3%
7. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	1	3,3%	18	60,0%	11	36,7%

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 12 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



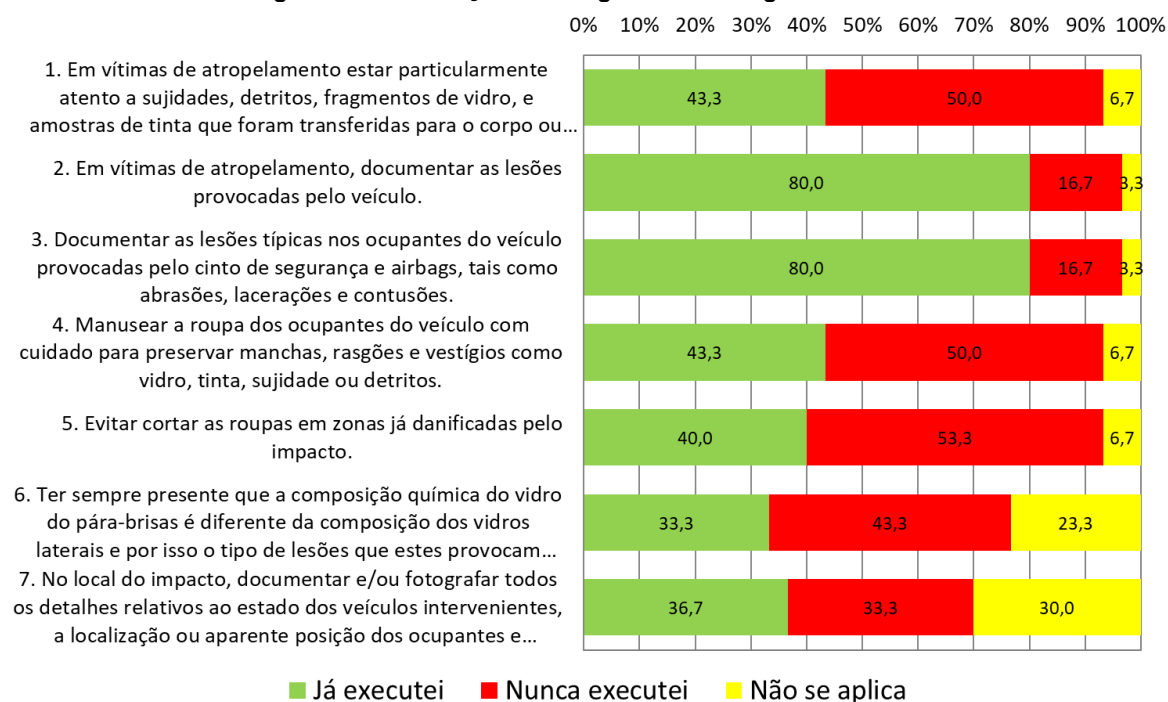
Os procedimentos relativos a acidentes de viação mais executados são “2. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo” e “3. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões”, e os menos executados são “5. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto”, “1. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto”, e “4. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos”. (Tabela 27 e Gráfico 13)

Tabela 27 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	13	43,3	15	50,0	2	6,7
2. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	24	80,0	5	16,7	1	3,3
3. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	24	80,0	5	16,7	1	3,3
4. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	13	43,3	15	50,0	2	6,7
5. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.	12	40,0	16	53,3	2	6,7
6. Ter sempre presente que a composição química do vidro do para-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	10	33,3	13	43,3	7	23,3
7. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	11	36,7	10	33,3	9	30,0

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 13 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.7. Intoxicação

Os procedimentos relativos a intoxicação mais conhecida são “6. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local” e “2. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos”, e os menos conhecidos são “5. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada”, e “3.

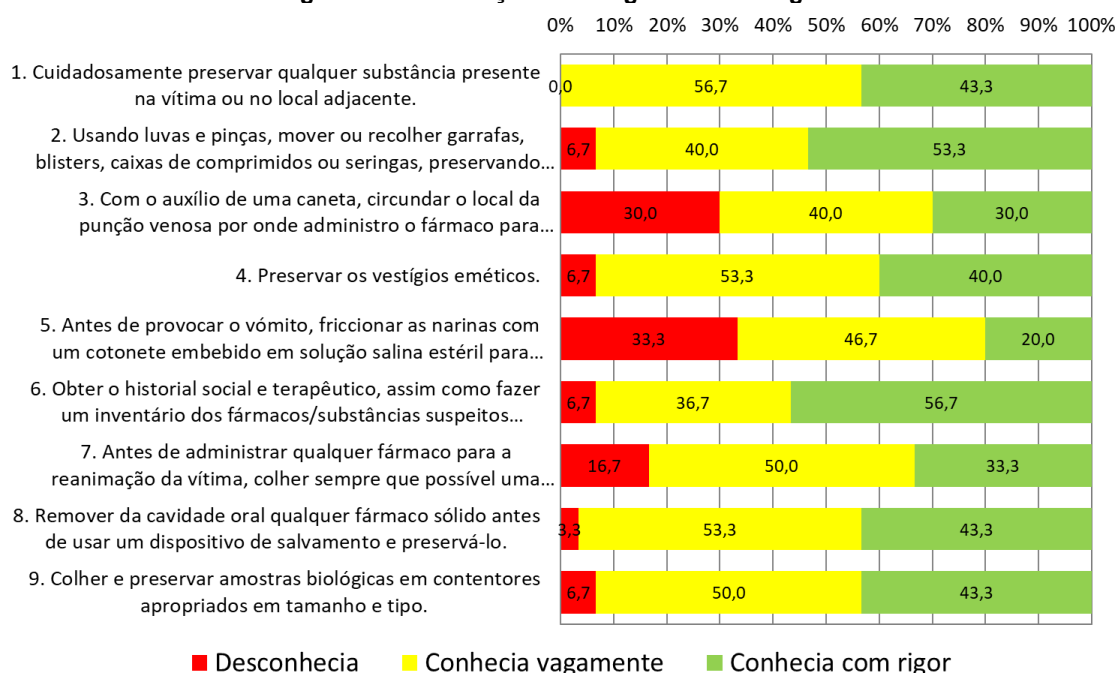
Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso”. (Tabela 28 e Gráfico 14)

Tabela 28 - Percepção do Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			17	56,7	13	43,3
2. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	2	6,7	12	40,0	16	53,3
3. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	9	30,0	12	40,0	9	30,0
4. Preservar os vestígios eméticos.	2	6,7	16	53,3	12	40,0
5. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	10	33,3	14	46,7	6	20,0
6. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	2	6,7	11	36,7	17	56,7
7. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	5	16,7	15	50,0	10	33,3
8. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	1	3,3	16	53,3	13	43,3
9. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	2	6,7	15	50,0	13	43,3

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 14 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



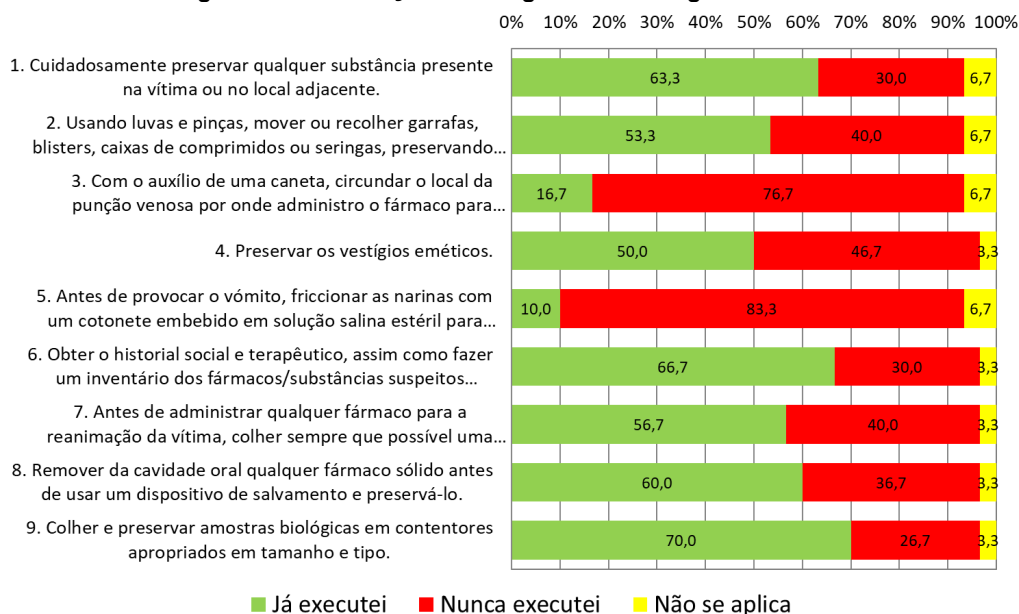
Os procedimentos relativos a intoxicação mais executada são “9. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo” e “6. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local”, e os menos executados são “5. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada”, e “3. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso”. (Tabela 29 e Gráfico 15)

Tabela 29 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	19	63,3	9	30,0	2	6,7
2. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	16	53,3	12	40,0	2	6,7
3. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	5	16,7	23	76,7	2	6,7
4. Preservar os vestígios eméticos.	15	50,0	14	46,7	1	3,3
5. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	3	10,0	25	83,3	2	6,7
6. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	20	66,7	9	30,0	1	3,3
7. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	17	56,7	12	40,0	1	3,3
8. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	18	60,0	11	36,7	1	3,3
9. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	21	70,0	8	26,7	1	3,3

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 15 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.2.8. Asfixia

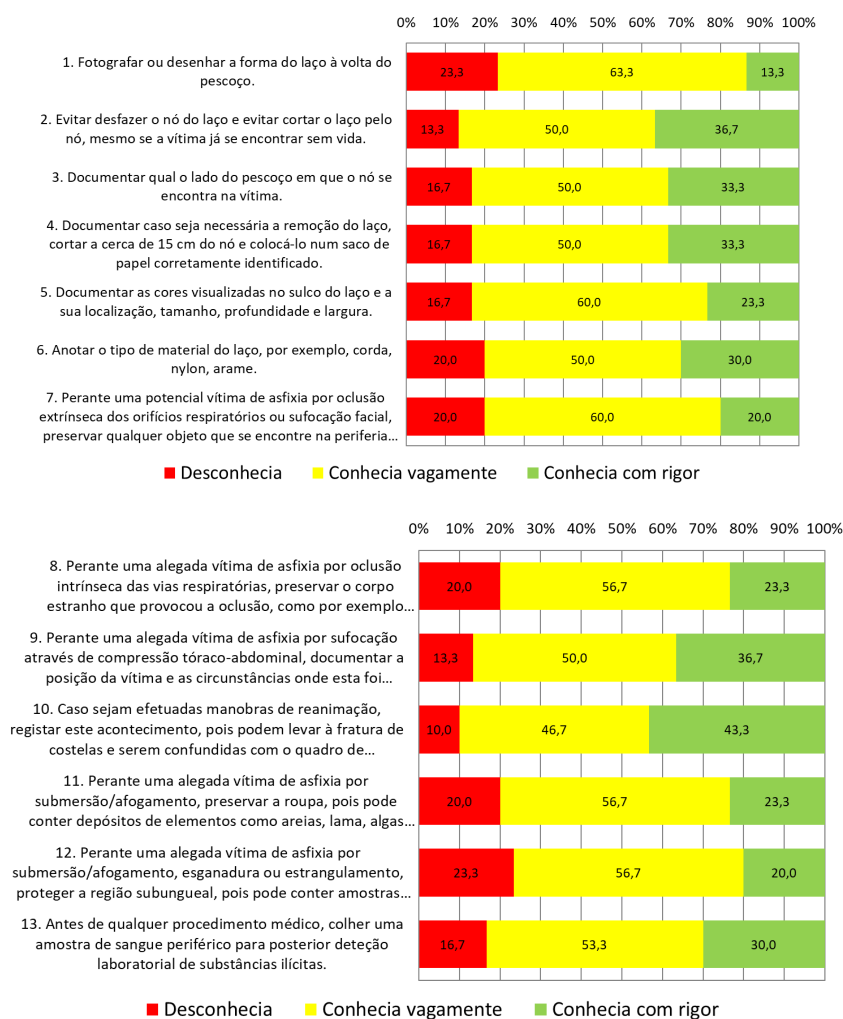
Os procedimentos relativos a asfixia mais conhecidos são “10. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal”, “2. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida” e “9. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada”, e os menos conhecidos são “1. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço” e “12. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor”. (Tabela 30 e Gráfico 16)

Tabela 30 - Percepção do Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	7	23,3%	19	63,3%	4	13,3%
2. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	4	13,3%	15	50,0%	11	36,7%
3. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	5	16,7%	15	50,0%	10	33,3%
4. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	5	16,7%	15	50,0%	10	33,3%
5. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	5	16,7%	18	60,0%	7	23,3%
6. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	6	20,0%	15	50,0%	9	30,0%
7. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel,	6	20,0%	18	60,0%	6	20,0%
8. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	6	20,0%	17	56,7%	7	23,3%
9. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	4	13,3%	15	50,0%	11	36,7%
10. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	3	10,0%	14	46,7%	13	43,3%
11. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	6	20,0%	17	56,7%	7	23,3%
12. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	7	23,3%	17	56,7%	6	20,0%
13. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	5	16,7%	16	53,3%	9	30,0%

Escala de medida: 1- Desconhecia; 2- Conhecia vagamente; 3- Conhecia com rigor.

Gráfico 16 - Percepção de Conhecimento - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



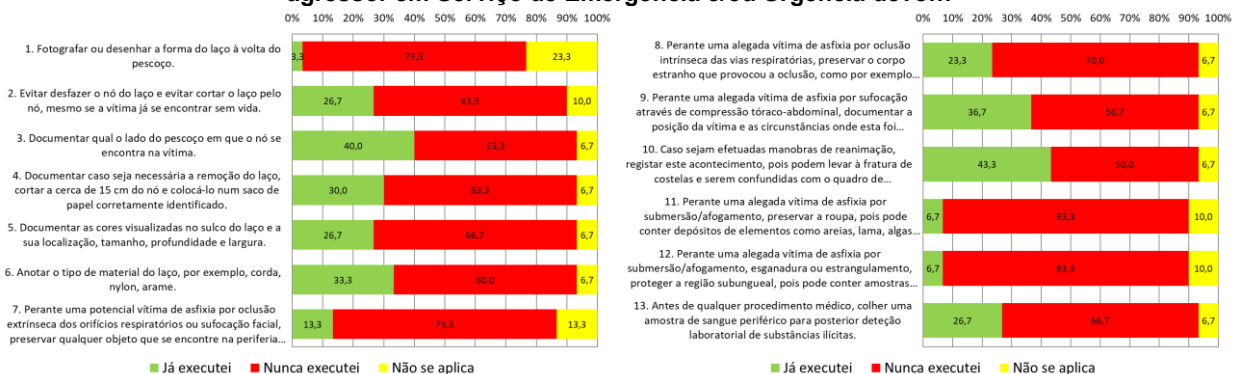
Os procedimentos relativos a asfixia mais executada são “10. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal” e “3. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima”, e os menos executados são “11. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos” e “12. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor”. (Tabela 31 e Gráfico 17)

Tabela 31 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...

	1		2		3	
	N	%	N	%	N	%
1. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	1	3,3%	22	73,3%	7	23,3%
2. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	8	26,7%	19	63,3%	3	10,0%
3. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	12	40,0%	16	53,3%	2	6,7%
4. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	9	30,0%	19	63,3%	2	6,7%
5. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	8	26,7%	20	66,7%	2	6,7%
6. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	10	33,3%	18	60,0%	2	6,7%
7. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel,	4	13,3%	22	73,3%	4	13,3%
8. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	7	23,3%	21	70,0%	2	6,7%
9. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	11	36,7%	17	56,7%	2	6,7%
10. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	13	43,3%	15	50,0%	2	6,7%
11. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	2	6,7%	25	83,3%	3	10,0%
12. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	2	6,7%	25	83,3%	3	10,0%
13. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	8	26,7%	20	66,7%	2	6,7%

Escala de medida: 1- Já executei; 2- Nunca executei; 3- Não se aplica.

Gráfico 17 - Executabilidade - Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...



3.3. Análise de consistência interna da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real, Chaves, 2016)

A escala de Percepção de Conhecimento foi recodificada de “0” a “1”, entre “0 – Desconhecia” até “1 – Conhecia com rigor”, considerando o ponto intermédio “0,5 – Conhecia vagamente”, para que a Percepção de Conhecimento possa ser medida numa escala percentual. A escala de Executabilidade também foi recodificada de “0” a “1”, entre “0 – Nunca executei ou Não se aplica” até “1 – Já executei”, para que a Executabilidade também possa ser medida numa escala percentual.

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80 para todas as dimensões em estudo, pelo que os itens que as constituem medem de forma adequada os construtos associados. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores mínimos superiores a 0,3 para quase todas as situações, com apenas três exceções e o efeito da eliminação de cada item não provoca um aumento relevante do valor do Alfa de Cronbach da respetiva dimensão, como seria desejável. (Tabela 32)

Em conclusão, nesta amostra, todas as dimensões da escala são medidas de forma adequada. Portanto, a escala pode ser utilizada nesta amostra pelos resultados aqui expostos e também em virtude de já estar validada pelos seus autores.

Tabela 32 - Estatísticas de consistência interna: Dimensões da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

		N Itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
Gestão de Vestígios	Perceção de Conhecimento	20	0,921	0,231-0,793
	Executabilidade	20	0,930	0,463-0,741
Agressão Sexual	Perceção de Conhecimento	9	0,849	0,259-0,772
	Executabilidade	9	0,884	0,323-0,812
Lesões	Perceção de Conhecimento	6	0,943	0,702-0,922
	Executabilidade	6	0,935	0,707-0,884
Arma Branca	Perceção de Conhecimento	8	0,871	0,253-0,814
	Executabilidade	8	0,928	0,340-0,885
Arma de Fogo	Perceção de Conhecimento	14	0,969	0,376-0,930
	Executabilidade	14	0,940	0,541-0,826
Acidente de viação	Perceção de Conhecimento	7	0,920	0,463-0,915
	Executabilidade	7	0,913	0,582-0,833
Intoxicação	Perceção de Conhecimento	9	0,914	0,577-0,874
	Executabilidade	9	0,869	0,380-0,885
Asfixia	Perceção de Conhecimento	13	0,963	0,663-0,914
	Executabilidade	13	0,931	0,425-0,893

3.4. Análise Descritiva da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real, Chaves, 2016)

Para cada uma das dimensões da escala, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que as constituem, de acordo com a codificação utilizada no ponto anterior, para termos uma medida percentual em cada dimensão. Os resultados apresentados neste ponto permitem estudar o objetivo específico:

- Avaliar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos relacionados com a preservação de vestígios forenses pelos enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência.

Em primeiro lugar, verifica-se que a Executabilidade é sempre muito inferior à Percepção de Conhecimento, para todas as dimensões.

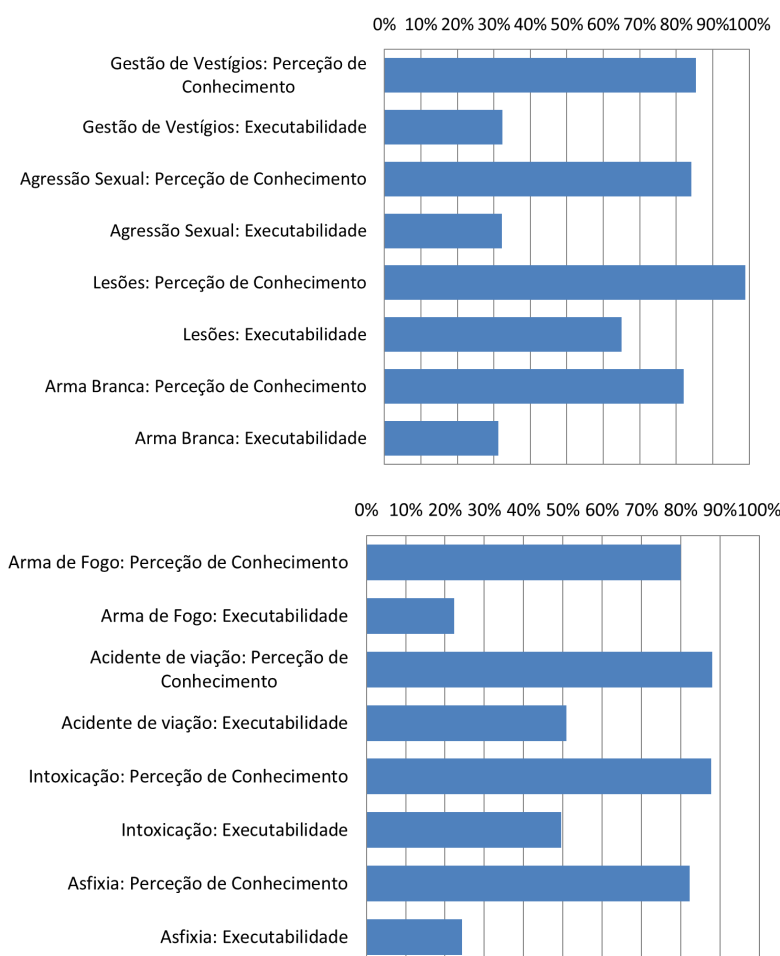
Relativamente à Executabilidade, o seu valor médio varia entre 65% e 22% para as dimensões em estudo, sendo superior para Lesões (M=98,9%), seguida de Acidente de viação (M=88,1%) e Intoxicação (M=87,8%), depois de Gestão de Vestígios (M=85,3%) e Agressão Sexual (M=84,1%), seguidos de Asfixia (M=82,3%) e Arma Branca (M=82,1%), e finalmente de Arma de Fogo (M=80,0%). (Tabela 33 e Gráfico 18)

Relativamente à Percepção de Conhecimento, o seu valor médio varia entre 99% e 80% para as dimensões em estudo, sendo superior para Lesões (M=65,0%), seguida de Acidente de viação (M=51,0%) e Intoxicação (M=49,6%), depois de Gestão de Vestígios (M=32,3%), Agressão Sexual (M=32,2%) e Arma Branca (M=31,3%), e finalmente de Asfixia (M=24,4%) e Arma de Fogo (M=22,4%). (Tabela 33 e Gráfico 18)

Tabela 33 - Dimensões da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real, Chaves, 2016)

N=30	M	DP	CV	Min	Max
Gestão de Vestígios: Percepção de Conhecimento	85,3%	17,2%	20%	45,0%	100,0%
Gestão de Vestígios: Executabilidade	32,3%	28,8%	89%	0,0%	100,0%
Agressão Sexual: Percepção de Conhecimento	84,1%	23,8%	28%	22,2%	100,0%
Agressão Sexual: Executabilidade	32,2%	30,8%	96%	0,0%	88,9%
Lesões: Percepção de Conhecimento	98,9%	4,2%	4%	83,3%	100,0%
Lesões: Executabilidade	65,0%	41,6%	64%	0,0%	100,0%
Arma Branca: Percepção de Conhecimento	82,1%	26,4%	32%	0,0%	100,0%
Arma Branca: Executabilidade	31,3%	36,8%	118%	0,0%	100,0%
Arma de Fogo: Percepção de Conhecimento	80,0%	31,8%	40%	0,0%	100,0%
Arma de Fogo: Executabilidade	22,4%	30,6%	137%	0,0%	100,0%
Acidente de viação: Percepção de Conhecimento	88,1%	22,8%	26%	28,6%	100,0%
Acidente de viação: Executabilidade	51,0%	38,2%	75%	0,0%	100,0%
Intoxicação: Percepção de Conhecimento	87,8%	19,2%	22%	22,2%	100,0%
Intoxicação: Executabilidade	49,6%	32,5%	65%	0,0%	100,0%
Asfixia: Percepção de Conhecimento	82,3%	32,7%	40%	0,0%	100,0%
Asfixia: Executabilidade	24,4%	30,9%	127%	0,0%	100,0%

Gráfico 18 - Dimensões da Escala de Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)



Associação entre a percepção do conhecimento e a executabilidade desses procedimentos, na população em epígrafe

As correlações entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as dimensões da Executabilidade são todas fracas ou muito fracas, além de não serem estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Nenhuma dimensão da Percepção do Conhecimento está significativamente correlacionada com essa mesma dimensão da Executabilidade.

Apesar de quase todas as correlações serem positivas, continuam a ser muito fracas. Em conclusão, para todas as situações, não existe associação significativa entre a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos, na população em epígrafe. (Tabela 34)

Tabela 34 -Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as dimensões da Executabilidade

Percepção do Conhecimento:		Executabilidade:							
		Gestão de Vestígios	Agressão Sexual	Lesões	Arma Branca	Arma de Fogo	Acidente de viação	Intoxicação	Asfixia
Gestão de Vestígios	r	-0,029	-0,092	-0,063	0,066	0,026	0,056	-0,043	-0,245
	p	0,878	0,630	0,740	0,729	0,891	0,769	0,822	0,193
Agressão Sexual	r	-0,062	-0,048	-0,160	0,145	-0,221	0,253	0,135	-0,258
	p	0,744	0,801	0,400	0,445	0,241	0,178	0,477	0,168
Lesões	r	0,000	0,057	0,222	0,262	0,033	0,191	0,314	0,223
	p	1,000	0,766	0,239	0,162	0,864	0,313	0,091	0,237
Arma Branca	r	0,066	0,065	-0,213	0,166	-0,069	0,112	0,150	-0,033
	p	0,731	0,732	0,259	0,380	0,717	0,557	0,430	0,861
Arma de Fogo	r	0,158	-0,019	-0,325	0,075	0,111	0,214	-0,021	-0,192
	p	0,404	0,922	0,080	0,692	0,558	0,256	0,912	0,310
Acidente de viação	r	-0,231	-0,085	-0,181	0,028	-0,153	0,144	0,052	-0,297
	p	0,219	0,654	0,339	0,883	0,420	0,449	0,783	0,111
Intoxicação	r	0,082	0,105	0,027	0,215	0,105	0,129	0,243	-0,120
	p	0,666	0,579	0,888	0,253	0,580	0,497	0,196	0,527
Asfixia	r	-0,020	0,239	0,142	0,342	0,083	-0,035	0,156	0,203
	p	0,918	0,203	0,456	0,064	0,663	0,854	0,411	0,283

r: coeficiente de correlação de Spearman p: valor de prova

Influência das habilitações acadêmicas dos participantes na percepção do conhecimento e na executabilidade dos procedimentos forenses

Para efeito das análises inferenciais, como se verifica apenas uma observação de “Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem”, esta será agregada à categoria “Pós-Graduação” e como se verifica apenas uma observação de “Doutoramento”, esta será agregada à categoria “Mestrado”, de acordo com a tabela 35.

Tabela 35 - Habilitações Acadêmicas

	N	%
Licenciatura	12	40,0
Pós-Graduação ou Pós-licenciatura	11	36,7
Mestrado ou Doutoramento	7	23,3
Total	30	100,0

Relativamente à Percepção do Conhecimento, na Gestão de Vestígios é inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, na Agressão Sexual é superior para Mestrado ou Doutoramento e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, nas Lesões é superior para Mestrado ou Doutoramento, na Arma Branca é superior para Licenciatura e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, na Arma de Fogo é superior para Licenciatura, no Acidente de viação é superior para Licenciatura e inferior para Mestrado ou Doutoramento, na Intoxicação é superior para Licenciatura e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, na Asfixia é superior para Mestrado ou Doutoramento e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, mas nenhuma

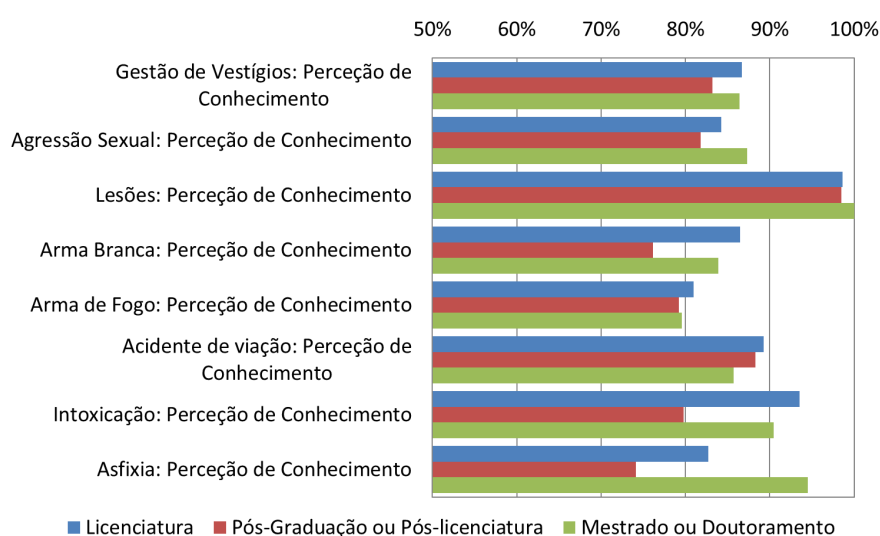
das diferenças observadas são estatisticamente significativas, de acordo com os testes de Kruskal-Wallis ($p>0,05$). (Tabela 36 e Gráfico 19)

Tabela 36 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as Habilitações Académicas

Percepção de Conhecimento	Habilitações Acadêmicas						H	p
	Licenciatura		Pós-Graduação ou Pós-licenc.		Mestrado ou Doutorado			
	(N=12)		(N=11)		(N=7)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	87%	16%	83%	17%	86%	21%	0,74	0,692
Agressão Sexual	84%	20%	82%	30%	87%	23%	0,39	0,824
Lesões	99%	5%	98%	5%	100%	0%	0,64	0,728
Arma Branca	86%	19%	76%	35%	84%	25%	0,12	0,940
Arma de Fogo	81%	33%	79%	35%	80%	31%	0,02	0,990
Acidente de viação	89%	25%	88%	21%	86%	25%	0,23	0,892
Intoxicação	94%	13%	80%	25%	90%	16%	2,41	0,299
Asfixia	83%	39%	74%	35%	95%	9%	1,07	0,586

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 19 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as Habilitações Académicas



Podemos observar na Tabela 37 e no Gráfico 20 que a Executabilidade, na Agressão Sexual é superior para Mestrado ou Doutorado e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, sendo as diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Kruskal-Wallis ($H=8,41$; $p=0,015$).

Ainda para a Executabilidade, na Gestão de Vestígios, na Intoxicação e na Asfixia é superior para Mestrado ou Doutorado e inferior para Licenciatura, nas Lesões e na Arma Branca é superior para Mestrado ou Doutorado, na Arma de Fogo é superior para Mestrado ou Doutorado e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura, no Acidente de viação é superior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura e inferior para Licenciatura, mas nenhuma das diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Portanto, podemos concluir que existe influência significativa das habilitações académicas dos participantes na Executabilidade dos procedimentos forenses na Agressão Sexual, que é superior para Mestrado ou Doutoramento e inferior para Pós-Graduação ou Pós-licenciatura. De resto, conclui-se que não existe influência significativa das habilitações académicas dos participantes sobre todas as dimensões da percepção do conhecimento e as restantes dimensões da executabilidade dos procedimentos forenses.

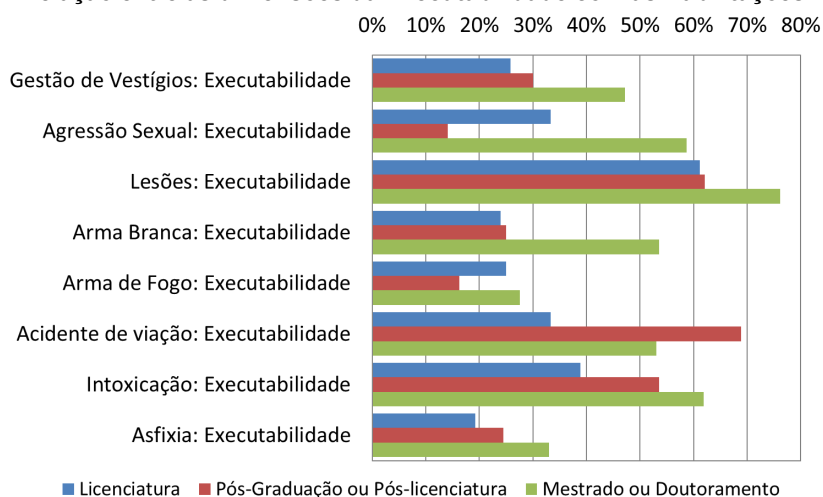
Tabela 37 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com as Habilitações Académicas

Executabilidade	Habilitações Acadêmicas							
	Licenciatura		Pós-Graduação		Mestrado ou		H	p
	(N=12)		ou Pós-licenc.		Doutoramento			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	26%	30%	30%	27%	47%	28%	3,38	0,185
Agressão Sexual	33%	28%	14%	21%	59%	31%	8,41	* 0,015
Lesões	61%	44%	62%	44%	76%	38%	0,57	0,751
Arma Branca	24%	31%	25%	39%	54%	39%	4,03	0,133
Arma de Fogo	25%	29%	16%	32%	28%	35%	1,64	0,439
Acidente de viação	33%	36%	69%	35%	53%	38%	5,39	0,068
Intoxicação	39%	31%	54%	34%	62%	31%	2,62	0,270
Asfixia	19%	25%	24%	37%	33%	33%	0,94	0,626

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade
 $p \leq 0,05$

*

Gráfico 20 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com as Habilitações Académicas



Verificar a relação entre formação em Ciências/Enfermagem Forenses e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos

A Percepção do Conhecimento na Gestão de Vestígios ($U=16,0$; $p=0,023$) e na Arma Branca ($U=22,0$; $p=0,049$) é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses em comparação com quem não possui, sendo as diferenças estatisticamente significativas, de acordo com os testes de Mann-Whitney.

Relativamente à Percepção do Conhecimento, na Agressão Sexual, na Arma de Fogo, no Acidente de viação, na Intoxicação, e na Asfixia é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e inferior para quem não possui, a Percepção do Conhecimento nas Lesões é superior para quem não possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e inferior para quem possui, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com os testes de Mann-Whitney ($p>0,05$). (Tabela 38 e Gráfico 21)

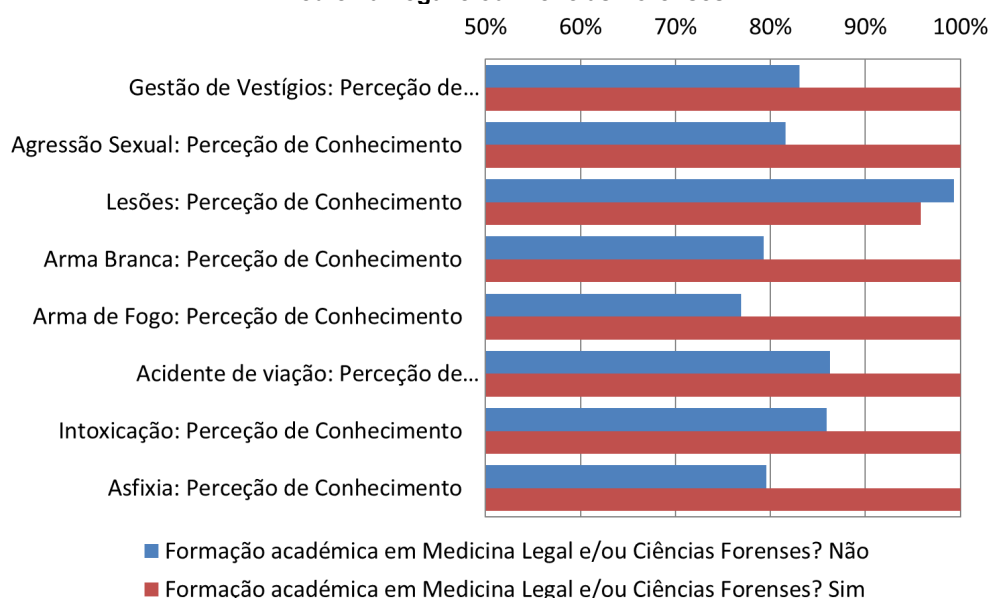
Tabela 38 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses

Medicina Legal e/ou Ciências Forenses						
	Possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses?					
	Não (N=26)		Sim (N=4)			
Percepção de Conhecimento	M	DP	M	DP	U	p
Gestão de Vestígios	83%	17%	100%	0%	16,0	* 0,023
Agressão Sexual	82%	25%	100%	0%	28,0	0,097
Lesões	99%	3%	96%	8%	41,0	0,121
Arma Branca	79%	27%	100%	0%	22,0	* 0,049
Arma de Fogo	77%	33%	100%	0%	26,0	0,079
Acidente de viação	86%	24%	100%	0%	38,0	0,249
Intoxicação	86%	20%	100%	0%	30,0	0,119
Asfixia	80%	34%	100%	0%	30,0	0,120

U: teste de Mann-Whitney para amostras independentes

* $p\leq 0,05$

Gráfico 21 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses



Quanto à análise da Tabela 39 e Gráfico 22, a Executabilidade na Arma Branca ($U=21,5$; $p=0,049$) e na Arma de Fogo ($U=8,0$; $p=0,005$) é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses em comparação com quem não possui, sendo as diferenças estatisticamente significativas, de acordo com os testes de Mann-Whitney.

Relativamente à Executabilidade, Gestão de Vestígios, na Agressão Sexual, nas Lesões, no Acidente de viação, na Intoxicação, e na Asfixia é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e inferior para quem não possui, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com os testes de Mann-Whitney ($p>0,05$).

Portanto, podemos concluir que existe relação significativa entre formação em Ciências/Enfermagem Forenses e a Perceção do Conhecimento dos procedimentos forenses na Gestão de Vestígios e na Arma Branca, que é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses em comparação com quem não possui, e que existe relação significativa entre formação em Ciências/Enfermagem Forenses e a Executabilidade dos procedimentos forenses na Arma Branca e na Arma de Fogo, que é superior para quem possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses em comparação com quem não possui. De resto, conclui-se que não existe relação significativa entre formação em Ciências/Enfermagem Forenses e a Perceção do Conhecimento dos procedimentos forenses com as restantes dimensões da perceção do conhecimento e da executabilidade dos procedimentos forenses.

Tabela 39 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com a formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses

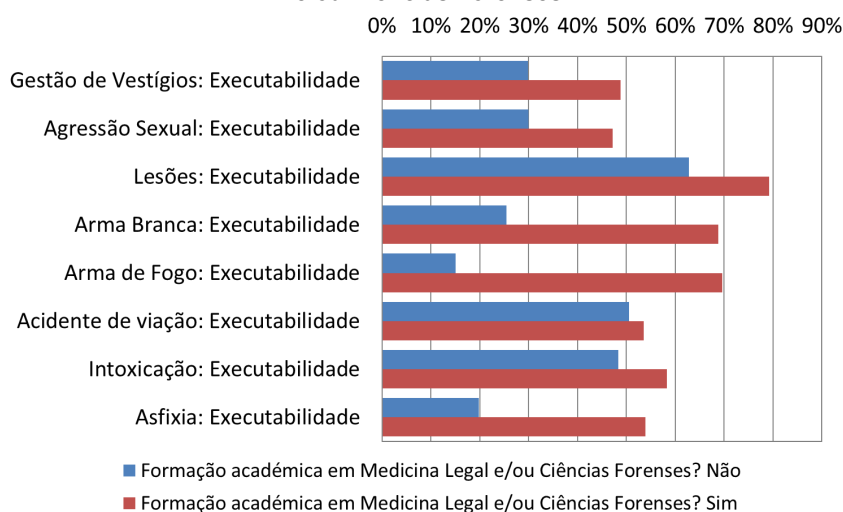
Perceção de Conhecimento	Possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses?				U	p
	Não (N=26)		Sim (N=4)			
	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	30%	28%	49%	35%	32,0	0,215
Agressão Sexual	30%	30%	47%	38%	39,0	0,404
Lesões	63%	42%	79%	42%	35,5	0,284
Arma Branca	25%	32%	69%	46%	21,5	* 0,049
Arma de Fogo	15%	24%	70%	31%	8,0	** 0,005
Acidente de viação	51%	38%	54%	43%	48,5	0,826
Intoxicação	48%	32%	58%	39%	34,0	0,265
Asfixia	20%	27%	54%	44%	26,5	0,084

U: teste de Mann-Whitney para amostras independentes

* $p\leq 0,05$

** $p\leq 0,01$

Gráfico 22 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com a formação acadêmica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses



Explorar a associação entre a categoria profissional dos enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a sua percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos forenses

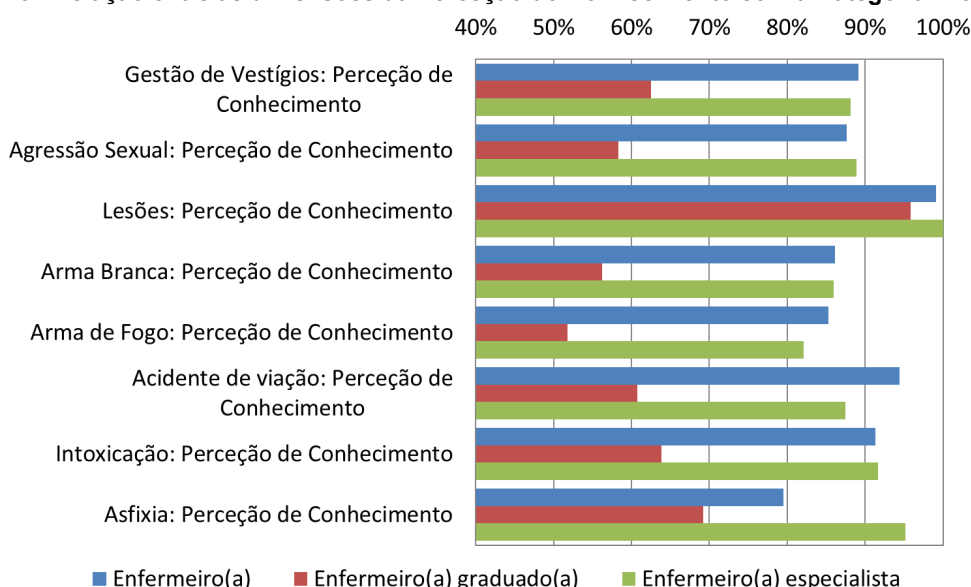
Relativamente à Percepção do Conhecimento, na Gestão de Vestígios é superior para Enfermeiro(a) e Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a) ($H=7,89$; $p=0,019$), na Arma de Fogo é superior para Enfermeiro(a), seguido de Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a) ($H=6,01$; $p=0,050$), no Acidente de viação é superior para Enfermeiro(a), seguido de Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a) ($H=7,26$; $p=0,026$), sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 40 e Gráfico 23)

Ainda relativamente à Percepção do Conhecimento, na Agressão Sexual, nas Lesões, na Arma Branca, na Intoxicação é superior para Enfermeiro(a) e Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a), na Asfixia é superior para Enfermeiro(a), seguido de Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a), mas nenhuma das diferenças observadas são estatisticamente significativas. (Gráfico 23)

Tabela 40 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a Categoria Profissional

Percepção de Conhecimento	Categoria Profissional						H	p
	Enfermeiro(a) (N=12)		Enfermeiro(a) graduado(a) (N=4)		Enfermeiro(a) especialista (N=8)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	89%	14%	63%	3%	88%	20%	7,89	* 0,019
Agressão Sexual	88%	22%	58%	28%	89%	21%	4,45	0,108
Lesões	99%	4%	96%	8%	100%	0%	2,68	0,262
Arma Branca	86%	25%	56%	30%	86%	24%	5,43	0,066
Arma de Fogo	85%	32%	52%	27%	82%	29%	6,01	* 0,050
Acidente de viação	94%	18%	61%	27%	88%	23%	7,26	* 0,026
Intoxicação	91%	14%	64%	32%	92%	15%	4,54	0,103
Asfixia	79%	36%	69%	47%	95%	8%	0,64	0,727

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade * $p \leq 0,05$

Gráfico 23 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a Categoria Profissional

Relativamente à Executabilidade, na Gestão de Vestígios é superior para Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) ($H=6,53$; $p=0,038$), na Agressão Sexual é superior para Enfermeiro(a) especialista, seguido de Enfermeiro(a) graduado(a) e inferior para Enfermeiro(a) ($H=6,67$; $p=0,036$), na Arma Branca é superior para Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) ($H=7,64$; $p=0,022$), sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 41 e Gráfico 24)

Ainda para a Executabilidade, nas Lesões é superior para Enfermeiro(a) graduado(a) e inferior para Enfermeiro(a), na Arma de Fogo é superior para Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a), no Acidente de viação é superior para Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a), na Intoxicação é superior para Enfermeiro(a) especialista, na Asfixia é inferior para Enfermeiro(a), mas nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa. (Gráfico 24)

Portanto, podemos concluir que existe associação significativa entre a categoria profissional dos enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a sua percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos forenses. A Percepção do Conhecimento, na Gestão de Vestígios é superior para Enfermeiro(a) e Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a), na Arma de Fogo e no Acidente de viação é superior para Enfermeiro(a), seguido de Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a) graduado(a). A Executabilidade, na Gestão de Vestígios e na Arma Branca é superior para Enfermeiro(a) especialista e inferior para Enfermeiro(a), na Agressão Sexual é superior para Enfermeiro(a) especialista, seguido de Enfermeiro(a) graduado(a) e inferior para Enfermeiro(a).

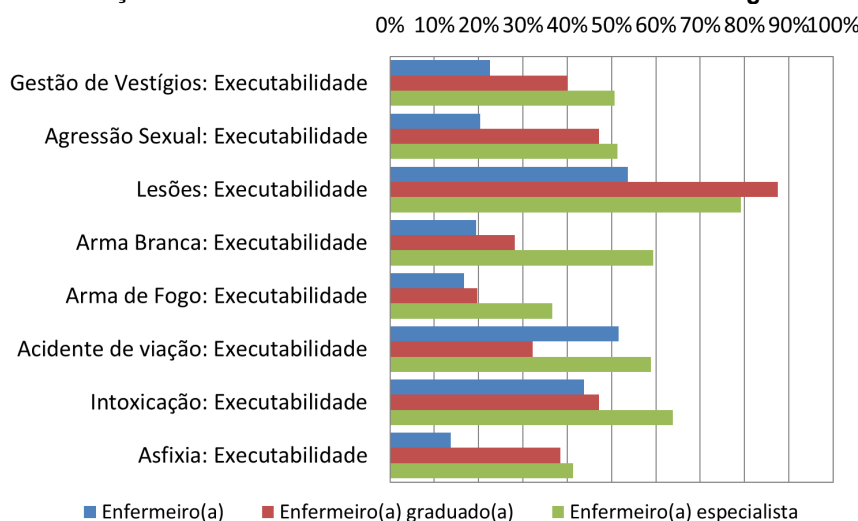
De resto, conclui-se que não existe associação significativa da categoria profissional dos enfermeiros sobre as restantes dimensões da percepção do conhecimento e as restantes dimensões da executabilidade dos procedimentos forenses.

Tabela 41 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com a Categoria Profissional

Executabilidade	Categoria Profissional						H	P
	Enfermeiro(a) (N=12)		Enfermeiro(a) graduado(a) (N=4)		Enfermeiro(a) especialista (N=8)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	23%	27%	40%	21%	51%	28%	6,53	* 0,038
Agressão Sexual	20%	25%	47%	23%	51%	36%	6,67	* 0,036
Lesões	54%	44%	88%	25%	79%	36%	3,44	0,179
Arma Branca	19%	32%	28%	26%	59%	40%	7,64	* 0,022
Arma de Fogo	17%	27%	20%	18%	37%	41%	1,61	0,447
Acidente de viação	52%	42%	32%	7%	59%	39%	1,13	0,569
Intoxicação	44%	35%	47%	25%	64%	30%	2,41	0,300
Asfixia	14%	24%	38%	27%	41%	39%	5,41	0,067

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade
 $p \leq 0,05$

*

Gráfico 24 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com a Categoria Profissional

Estudar a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos

Relativamente à Percepção do Conhecimento, quanto à relação com o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, na Gestão de Vestígios é inferior para até 5 anos, na Agressão Sexual é superior para 6 a 15 anos e inferior para mais de 15 anos, nas Lesões aumenta ligeiramente com o aumento do tempo de exercício da profissão, na Arma Branca é superior para 6 a 15 anos e inferior para até 5 anos, na Arma de Fogo é inferior para 6 a 15 anos, no Acidente de viação é superior para até 5 anos e inferior para 6 a 15 anos, na Intoxicação é inferior para até 5 anos, na Asfixia aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão, mas nenhuma das diferenças observadas são estatisticamente significativas. (Tabela 42 e Gráfico 25)

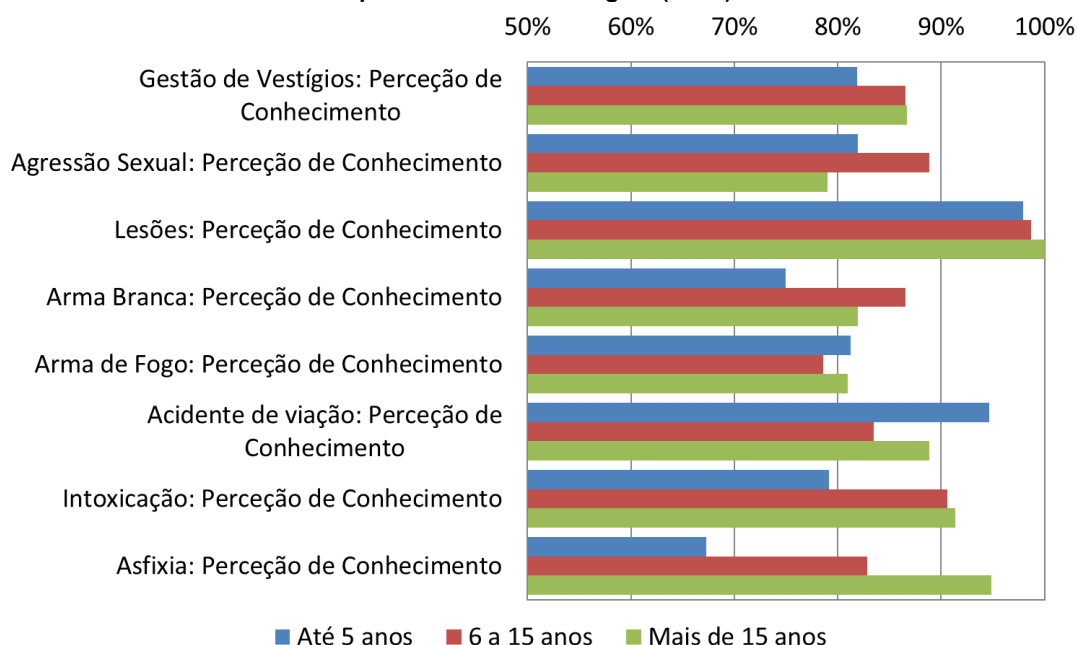
Tabela 42 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)

Processos de Enfermagem (anos)								
Percepção de Conhecimento	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem						H	p
	6 a 15 anos				Mais de 15 anos			
	Até 5 anos (N=8)		(N=13)		(N=9)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	82%	18%	87%	17%	87%	19%	0,77	0,681
Agressão Sexual	82%	31%	89%	18%	79%	26%	0,41	0,816
Lesões	98%	6%	99%	5%	100%	0%	1,07	0,587
Arma Branca	75%	33%	87%	20%	82%	29%	0,88	0,645
Arma de Fogo	81%	33%	79%	33%	81%	32%	0,02	0,990
Acidente de viação	95%	15%	84%	27%	89%	22%	1,12	0,571
Intoxicação	79%	28%	91%	15%	91%	14%	1,07	0,585
Asfixia	67%	39%	83%	37%	95%	8%	1,70	0,428

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade *

$p \leq 0,05$

Gráfico 25 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)



Relativamente à Executabilidade, quanto à relação com o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, na Agressão Sexual aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão ($H=6,59$; $p=0,037$), na Arma Branca é superior para mais de 15 anos ($H=6,50$; $p=0,039$), no Acidente de viação é superior para até 5 anos e inferior para 6 a 15 anos ($H=10,54$; $p=0,005$), sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 43 e Gráfico 26)

Ainda para a Executabilidade, quanto à relação com o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, na Gestão de Vestígios e nas Lesões é superior para mais de 15 anos e inferior para 6 a 15 anos, na Arma de Fogo é superior para mais de 15 anos, na Intoxicação é superior para até 5 anos e inferior para 6 a 15 anos, na Asfixia aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão, mas nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa. (Gráfico 25)

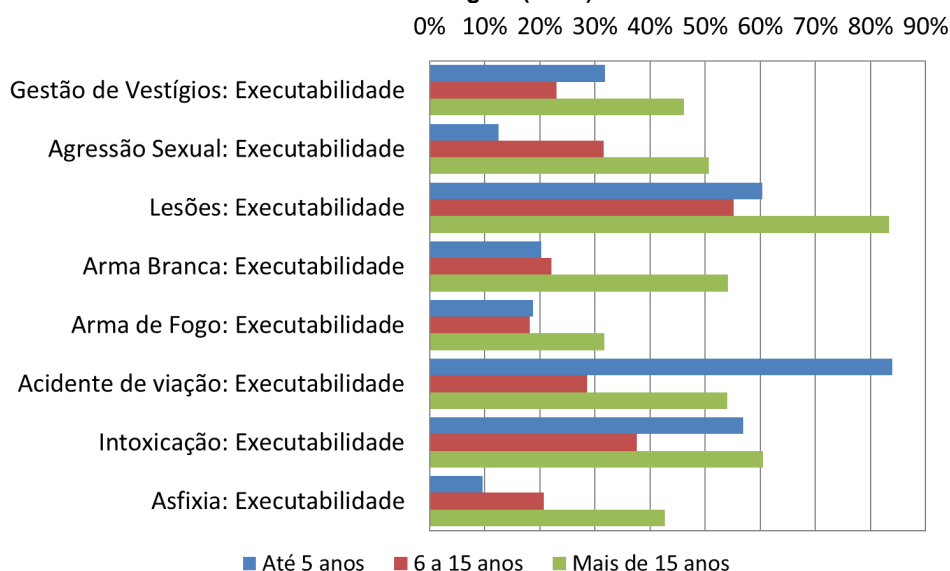
Portanto, quanto à relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos, para a Executabilidade, na Agressão Sexual aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão, na Arma Branca é superior para mais de 15 anos, no Acidente de viação é superior para até 5 anos e inferior para 6 a 15 anos. De resto, conclui-se que não existe relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e todas as dimensões da percepção do conhecimento e as restantes dimensões da executabilidade dos procedimentos.

Tabela 43 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)

Executabilidade	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem							
	Até 5 anos (N=8)				Mais de 15 anos (N=9)			
	M	DP	M	DP	M	DP	H	p
Gestão de Vestígios	32%	37%	23%	22%	46%	28%	2,65	0,266
Agressão Sexual	12%	18%	32%	29%	51%	33%	6,59	* 0,037
Lesões	60%	42%	55%	45%	83%	33%	2,61	0,271
Arma Branca	20%	38%	22%	32%	54%	36%	6,50	* 0,039
Arma de Fogo	19%	37%	18%	21%	32%	37%	1,74	0,420
Acidente de viação	84%	23%	29%	30%	54%	39%	10,54	* 0,005
Intoxicação	57%	33%	38%	33%	60%	27%	2,34	0,310
Asfixia	10%	27%	21%	24%	43%	36%	5,07	0,079

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade * p≤0,05

** p≤0,01

Gráfico 26 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem (anos)

Avaliar se o tempo de exercício da profissão em Serviços de Urgência e/ou Emergência influencia a percepção do conhecimento e a executabilidade

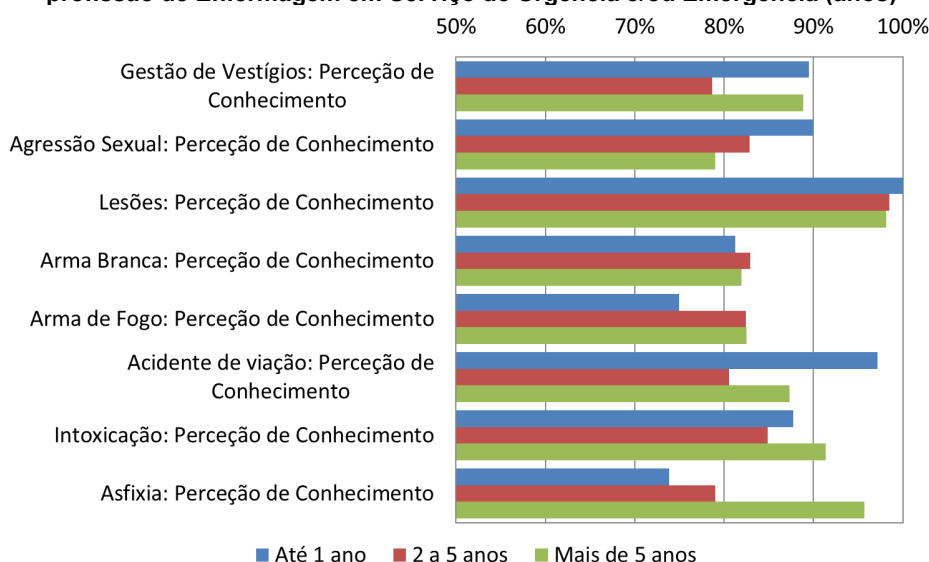
Relativamente à Percepção do Conhecimento, quanto à relação com o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, na Gestão de Vestígios é inferior para 2 a 5 anos, na Agressão Sexual diminui com o aumento do tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, nas Lesões é superior para até 1 ano, na Arma Branca é superior para 2 a 5 anos, na Arma de Fogo é inferior para até 1 ano, no Acidente de viação é superior para até 1 ano e inferior para 2 a 5 anos, na Intoxicação é superior para mais de 5 anos e inferior para 2 a 5 anos, na Asfixia aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, mas nenhuma das diferenças observadas são estatisticamente significativas. (Tabela 44 e Gráfico 27)

Tabela 44 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)

Percepção de Conhecimento	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)							
					Mais de 5 anos			
	Até 1 ano (N=10)		2 a 5 anos (N=11)		(N=9)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	90%	15%	79%	20%	89%	15%	2,22	0,330
Agressão Sexual	90%	24%	83%	23%	79%	26%	0,87	0,646
Lesões	100%	0%	98%	5%	98%	6%	1,07	0,587
Arma Branca	81%	32%	83%	20%	82%	29%	0,45	0,798
Arma de Fogo	75%	41%	82%	27%	83%	29%	0,00	0,999
Acidente de viação	97%	9%	81%	28%	87%	25%	2,33	0,312
Intoxicação	88%	17%	85%	25%	91%	14%	0,16	0,925
Asfixia	74%	37%	79%	40%	96%	8%	0,63	0,729

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 27 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)



Relativamente à Tabela 45 Executabilidade, a relação com o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos), na Gestão de Vestígios é inferior para até 1 ano, na Agressão Sexual, nas Lesões, na Arma Branca, na Arma de Fogo e na Asfixia aumenta com o aumento do tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, no Acidente de viação é inferior para mais de 5 anos, na Intoxicação é inferior para 2 a 5 anos, mas nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa.

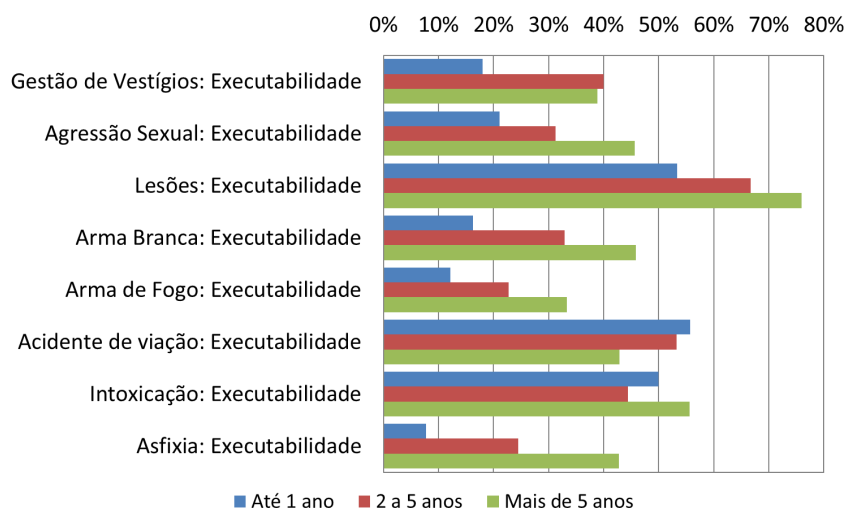
Portanto, quanto a avaliar se o tempo de exercício da profissão em Serviços de Urgência e/ou Emergência influencia a percepção do conhecimento e a executabilidade, conclui-se que não influencia nenhuma das dimensões da percepção do conhecimento nem da executabilidade dos procedimentos. (Gráfico 28)

Tabela 45 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)

Executabilidade	Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)							
	Até 1 ano (N=10)				Mais de 5 anos (N=9)			
	M	DP	M	DP	M	DP	H	p
Gestão de Vestígios	18%	21%	40%	29%	39%	32%	3,31	0,191
Agressão Sexual	21%	29%	31%	30%	46%	32%	2,83	0,243
Lesões	53%	48%	67%	38%	76%	40%	1,73	0,421
Arma Branca	16%	34%	33%	35%	46%	39%	4,90	0,086
Arma de Fogo	12%	24%	23%	31%	33%	36%	3,26	0,196
Acidente de viação	56%	44%	53%	35%	43%	38%	0,72	0,699
Intoxicação	50%	38%	44%	28%	56%	34%	0,69	0,709
Asfixia	8%	16%	24%	30%	43%	36%	5,84	0,054

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 28 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com o Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência (anos)



Analisar a relação entre a frequência de assistência a vítimas e a percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos forenses

Para efeito das análises inferenciais, como se verifica apenas uma observação de “Nunca”, esta será agregada à categoria “Poucas vezes (1x/mês)”, de acordo com a seguinte tabela.

Relativamente à Percepção do Conhecimento, para a relação com a frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, na Gestão de Vestígios, na Agressão Sexual, na Arma Branca, na Arma de Fogo, no Acidente de viação é superior para muitas vezes e inferior para algumas vezes, nas Lesões é inferior para poucas vezes ou nunca, na Intoxicação é superior para muitas vezes, na Asfixia é superior para muitas vezes e inferior para poucas vezes ou nunca, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas. (Tabela 46, Tabela 47 e Gráfico 29)

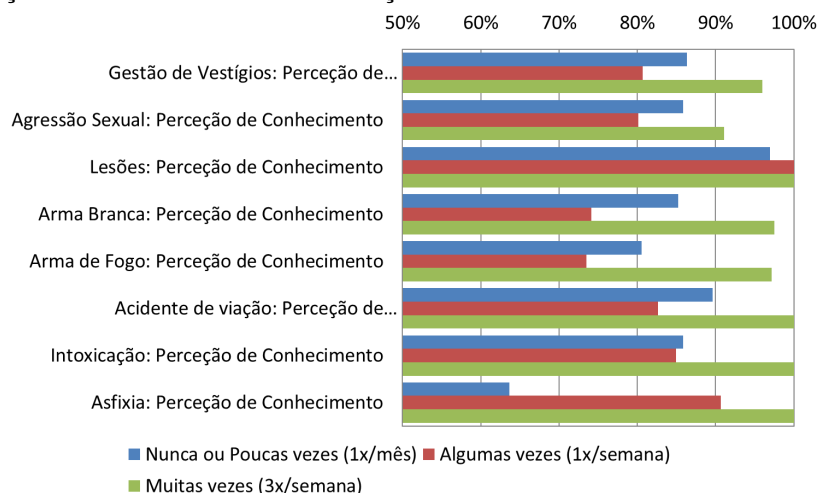
Tabela 46 - No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.

	N	%
Nunca ou Poucas vezes (1x/mês)	11	36,7
Algumas vezes (1x/semana)	14	46,7
Muitas vezes (3x/semana)	5	16,7
Total	30	100,0

Tabela 47 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as Habilitações Acadêmicas

Percepção de Conhecimento	No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.						H	p
	Nunca ou Poucas vezes (1x/mês) (N=11)		Algumas vezes (1x/semana) (N=14)		Muitas vezes (3x/semana) (N=5)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	86%	16%	81%	19%	96%	7%	2,15	0,342
Agressão Sexual	86%	27%	80%	24%	91%	20%	1,28	0,527
Lesões	97%	7%	100%	0%	100%	0%	3,58	0,167
Arma Branca	85%	15%	74%	35%	98%	6%	2,61	0,272
Arma de Fogo	81%	32%	73%	36%	97%	4%	0,64	0,725
Acidente de viação	90%	24%	83%	25%	100%	0%	2,55	0,279
Intoxicação	86%	24%	85%	17%	100%	0%	3,61	0,165
Asfixia	64%	45%	91%	19%	100%	0%	5,11	0,078

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

Gráfico 29 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com as Habilitações Acadêmicas

Relativamente à Executabilidade, para a relação com a frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, na Arma Branca ($H=10,51$; $p=0,005$), e na Asfixia ($H=14,07$; $p=0,001$) aumenta com o aumento da frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 48 e Gráfico 30)

Ainda para a Executabilidade, para a relação com a frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, na Gestão de Vestígios, nas Lesões, na Arma de Fogo, na Intoxicação aumenta com o aumento da frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço, na Agressão Sexual é superior para algumas vezes e inferior para poucas vezes ou nunca, no Acidente de viação é inferior para algumas vezes, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. (Gráfico 30)

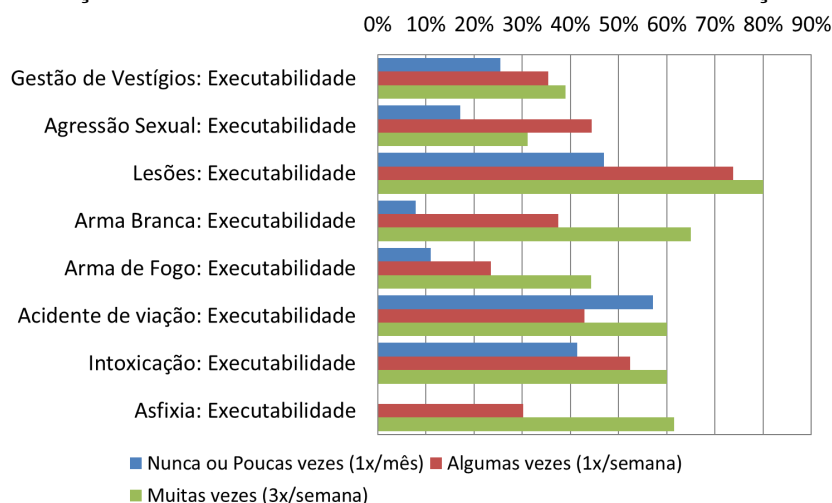
Portanto, podemos concluir que existe relação entre a frequência de assistência a vítimas e a executabilidade dos procedimentos forenses na Arma Branca e na Asfixia que aumenta com o aumento da frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária no seu atual serviço. De resto, conclui-se que não existe relação significativa entre a frequência de assistência a vítimas e todas as dimensões da percepção do conhecimento e as restantes dimensões da executabilidade dos procedimentos forenses.

Tabela 48 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com as Habilitações Acadêmicas

Executabilidade	No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária.							
	Nunca ou Poucas vezes (1x/mês) (N=11)		Algumas vezes (1x/semana) (N=14)		Muitas vezes (3x/semana) (N=5)		H	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	25%	31%	35%	26%	39%	35%	1,29	0,524
Agressão Sexual	17%	29%	44%	24%	31%	43%	5,67	0,059
Lesões	47%	45%	74%	36%	80%	45%	3,53	0,171
Arma Branca	8%	26%	38%	33%	65%	39%	10,51	** 0,005
Arma de Fogo	11%	20%	23%	29%	44%	47%	3,30	0,192
Acidente de viação	57%	42%	43%	34%	60%	44%	1,15	0,563
Intoxicação	41%	42%	52%	24%	60%	34%	1,69	0,431
Asfixia	0%	0%	30%	25%	62%	38%	14,07	** 0,001

H: teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes com 2 graus de liberdade

** $p \leq 0,01$

Gráfico 30 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com as Habilitações Acadêmicas

Verificar se a existência de protocolo institucional está associada à percepção do conhecimento e à executabilidade dos procedimentos

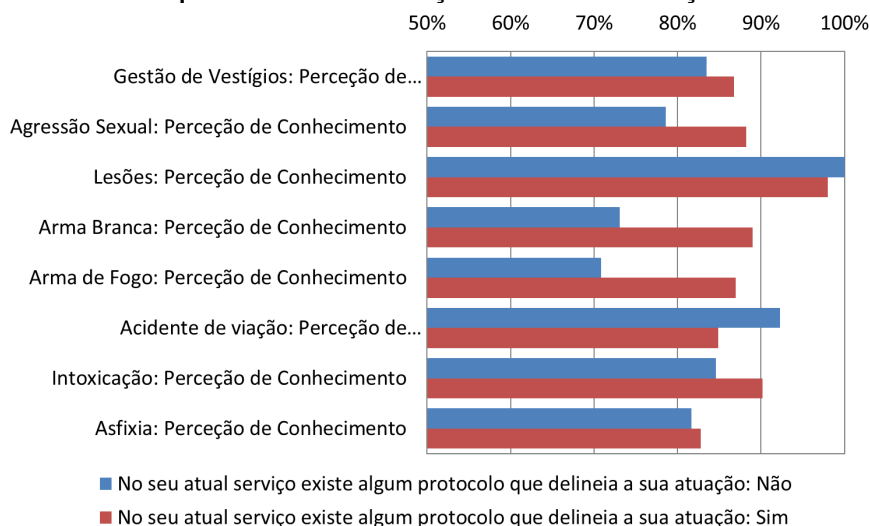
Relativamente à Percepção do Conhecimento, na Gestão de Vestígios, na Agressão Sexual, na Arma Branca, na Arma de Fogo, na Intoxicação, e na Asfixia é superior para quando existe algum protocolo que delinea a sua atuação no seu atual serviço e inferior para quando não existe, a Percepção do Conhecimento nas Lesões e no Acidente de viação é superior para quando não existe algum protocolo que delinea a sua atuação no seu atual serviço e inferior para quando existe, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. (Tabela 49 e Gráfico 31)

Tabela 49 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a existência de algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço

Percepção de Conhecimento	Indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que delineia a sua atuação:					
	Não (N=13)		Sim (N=17)		U	p
	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	83%	19%	87%	16%	106,0	0,845
Agressão Sexual	79%	27%	88%	21%	84,0	0,209
Lesões	100%	0%	98%	6%	97,5	0,208
Arma Branca	73%	32%	89%	20%	77,5	0,138
Arma de Fogo	71%	39%	87%	24%	94,5	0,459
Acidente de viação	92%	19%	85%	25%	94,5	0,366
Intoxicação	85%	17%	90%	21%	81,0	0,152
Asfixia	82%	33%	83%	33%	108,0	0,903

U: teste de Mann-Whitney para amostras independentes

Gráfico 31 - Relação entre as dimensões da Percepção do Conhecimento com a existência de algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço



A Executabilidade na Gestão de Vestígios ($U=61,5$; $p=0,037$), no Acidente de viação ($U=59,0$; $p=0,027$) e na Intoxicação ($U=61,0$; $p=0,035$) é superior para quando existe algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço em comparação com quando não existe, sendo as diferenças estatisticamente significativas. (Tabela 50 e Gráfico 32)

Relativamente à Executabilidade, na Agressão Sexual, nas Lesões, na Arma Branca, na Arma de Fogo, e na Asfixia é superior para quando existe algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço e inferior para quando não existe, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. (Gráfico 32)

Portanto, podemos concluir que a existência de protocolo institucional está associada à executabilidade dos procedimentos na Gestão de Vestígios, no Acidente de viação e na Intoxicação ($U=61,0$; $p=0,035$), que é superior para quando existe algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço em comparação com quando não existe. De resto, conclui-se que a existência de protocolo institucional não está associada com todas as dimensões da

percepção do conhecimento nem com as restantes dimensões da executabilidade dos procedimentos forenses.

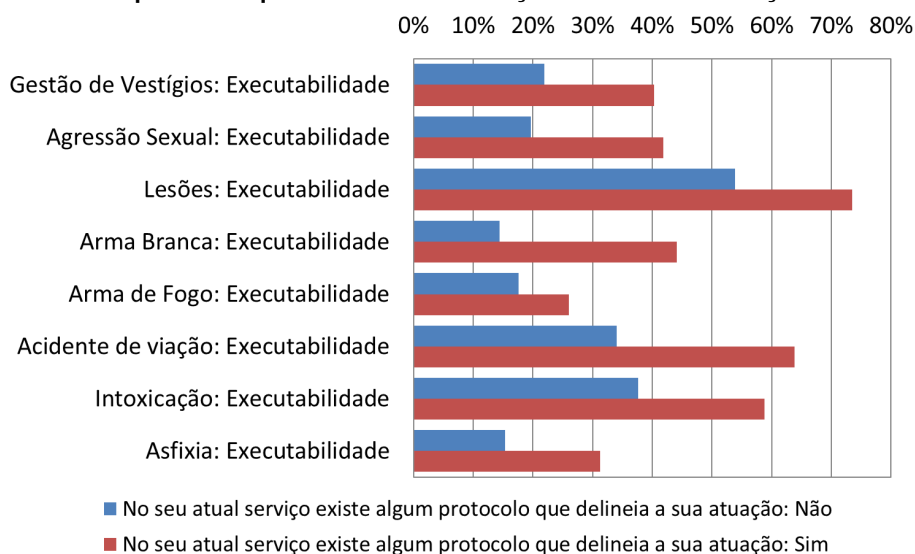
Tabela 50 - Relação entre as dimensões da Executabilidade com a existência de algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço

Percepção de Conhecimento	Indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que delineia a sua atuação:					
	Não (N=13)		Sim (N=17)		U	p
	M	DP	M	DP		
Gestão de Vestígios	22%	29%	40%	26%	61,5	* 0,037
Agressão Sexual	20%	22%	42%	33%	69,0	0,068
Lesões	54%	46%	74%	37%	84,0	0,238
Arma Branca	14%	25%	44%	40%	68,5	0,063
Arma de Fogo	18%	29%	26%	32%	92,0	0,414
Acidente de viação	34%	37%	64%	35%	59,0	* 0,027
Intoxicação	38%	30%	59%	32%	61,0	* 0,035
Asfixia	15%	25%	31%	34%	83,0	0,202

U: teste de Mann-Whitney para amostras independentes

* $p \leq 0,05$

Gráfico 32 - Gráfico de médias: Relação entre as dimensões da Executabilidade com a existência de algum protocolo que delineia a sua atuação no seu atual serviço



4. Discussão

A violência constitui um fenómeno global, multidimensional e complexo, com repercussões físicas, psicológicas e sociais significativas, sendo frequentemente uma das principais razões que levam as vítimas a recorrer aos serviços de urgência (Rosado et al., 2025). Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel central, uma vez que são, frequentemente, os primeiros profissionais de saúde a contactar com vítimas de agressão, configurando uma oportunidade crítica para a identificação e preservação de vestígios com relevância forense (Rocha et al., 2020; Souza et al., 2020).

A análise da executabilidade dos procedimentos forenses por parte dos enfermeiros em contexto de urgência e emergência permitiu identificar padrões relevantes, lacunas formativas e implicações significativas para a prática clínica, enquadradas no contexto mais amplo da violência enquanto problema de saúde pública.

O perfil sociodemográfico e profissional identificado neste estudo encontra-se em consonância com a realidade da profissão de enfermagem, tradicionalmente caracterizada por uma maior representação do sexo feminino, fenómeno descrito na literatura nacional e internacional (Valentine et al., 2020; Mota et al., 2021). A média observada e a diversidade do tempo de experiência profissional sugerem uma amostra composta por profissionais com maturidade clínica e contacto significativo com contextos assistenciais complexos, particularmente em serviços de urgência e emergência.

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, verificou-se um predomínio do género feminino (60,0%) em comparação com o masculino (36,7%). A média de idades situou-se nos 36,7 anos (DP=11,1), com valores compreendidos entre 25 e 59 anos, revelando uma população relativamente jovem. Paralelamente, os participantes apresentaram uma experiência profissional considerável, com média de 12,8 anos (DP=9,71), variando entre 4 e 35 anos. Estes resultados sugerem uma amostra com maturidade profissional relevante e são consistentes com a evolução da profissão de enfermagem, caracterizada por uma crescente qualificação e diferenciação profissional (Valentine et al., 2020).

Relativamente às habilitações académicas, os resultados evidenciam níveis de qualificação diferenciados, incluindo formação pós-graduada e especializada, o que acompanha a evolução da enfermagem enquanto profissão científica e especializada. Contudo, a reduzida formação específica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses corrobora estudos prévios que apontam para a insuficiente integração da enfermagem forense nos currícula académicos e nos programas de formação contínua dos enfermeiros (Mota et al., 2021; Emami et al., 2024). Esta

limitação poderá comprometer a capacidade dos profissionais para identificar, preservar e documentar adequadamente vestígios com relevância médico-legal.

Contudo, apesar deste nível académico globalmente elevado, apenas uma minoria dos participantes (13,3%) apresentou formação específica em Ciências Forenses, o que corrobora a literatura que aponta para a insuficiente integração da enfermagem forense na formação base e contínua dos enfermeiros (Mota et al., 2021; Emami et al., 2024). Este dado sugere não apenas uma lacuna formativa individual, mas também uma fragilidade estrutural na preparação dos profissionais para responder adequadamente a situações com implicações médico-legais.

A predominância de enfermeiros de cuidados gerais também encontra paralelo em estudos desenvolvidos em contexto de urgência e emergência, nos quais os profissionais especialistas representam uma proporção inferior da força de trabalho (Souza et al., 2020). Ainda assim, a presença de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica pode constituir uma mais-valia na abordagem de situações complexas, pela diferenciação técnico-científica associada à especialização.

No que concerne à exposição a vítimas de agressão voluntária ou involuntária, os resultados corroboram a literatura que identifica os serviços de urgência como locais privilegiados de contacto com situações de violência interpessoal, acidentes e trauma (Rosado et al., 2025). A maior frequência de contacto com vítimas de violência sexual, acidentes de viação e agressões por arma branca encontra-se de acordo com dados epidemiológicos descritos em estudos anteriores, enquanto a menor frequência de situações relacionadas com arma de fogo e asfixia poderá refletir características epidemiológicas e socioculturais do contexto português, marcado por menor prevalência de violência armada comparativamente a outros países (Rocha et al., 2020).

Relativamente à existência de protocolos institucionais, os resultados vão ao encontro de estudos que referem uma implementação crescente de orientações formais nos serviços de urgência e emergência. Contudo, vários autores salientam que a mera existência de protocolos não garante a sua efetiva aplicação na prática clínica, sendo fundamental associá-los a formação contínua, treino prático e sensibilização das equipas (Souza et al., 2020; Emami et al., 2024).

No que respeita ao contexto de urgência e emergência, os resultados evidenciaram que, embora os enfermeiros contactem regularmente com vítimas de agressão, muitos apresentam reduzida experiência específica nestes serviços. Esta heterogeneidade experiencial pode comprometer a consistência da prática clínica, sobretudo em contextos onde a tomada de decisão exige rapidez, precisão e integração de múltiplas competências, incluindo as forenses. Este dado assume particular relevância, uma vez que estes contextos são considerados uma “janela de oportunidade” para a recolha e preservação de evidência forense, podendo influenciar

diretamente os desfechos legais subsequentes (Souza et al., 2020). Importa, contudo, reconhecer que, conforme defendido por Cruz (2017), a prioridade da intervenção em contexto de urgência deve centrar-se na estabilização clínica da vítima, não devendo a recolha de vestígios comprometer os cuidados imediatos.

Relativamente à tipologia de vítimas, verificou-se maior frequência de contacto com vítimas de violência sexual, acidentes de viação e agressões por arma branca, enquanto as situações relacionadas com arma de fogo e asfixia surgiram com menor frequência. Estes dados refletem a realidade epidemiológica nacional e a exposição diferenciada dos profissionais a diferentes tipos de eventos traumáticos. Assim, a competência profissional parece ser moldada não apenas pela formação, mas também pela exposição prática, reforçando a necessidade de estratégias formativas baseadas em simulação e cenários clínicos menos frequentes.

No domínio da gestão de vestígios, emergiu um padrão consistente: maior domínio em procedimentos de natureza documental e menor competência em procedimentos técnicos especializados. Os enfermeiros demonstraram maior perceção de conhecimento em procedimentos relacionados com a documentação clínica, nomeadamente documentar o tipo de tratamento e registar os vestígios recolhidos e o respetivo destinatário. Em contraste, procedimentos mais técnicos, como a colocação de sacos de papel em vítimas cadáver ou a raspagem de marcas de mordedura, apresentaram menor domínio. Este achado é consistente com a literatura, que reconhece a documentação como uma competência transversal consolidada na prática de enfermagem, enquanto as competências forenses mais específicas permanecem subdesenvolvidas. No entanto, verificaram-se lacunas significativas em procedimentos relacionados com a colheita e preservação de vestígios biológicos, o que pode comprometer a cadeia de custódia e a validade da prova em contexto judicial (Mota et al., 2021).

No que respeita à executabilidade, observou-se que os procedimentos mais frequentemente executados correspondem igualmente à documentação e identificação de vestígios, como etiquetar amostras, documentar tratamentos e registar intervenções. Contudo, verificou-se menor executabilidade em procedimentos técnicos, como a colheita com zaragatoa, o contorno de lesões ao cortar roupa ou a colocação de sacos em cadáveres. Esta discrepância entre conhecimento e prática reforça a evidência de que o conhecimento teórico não se traduz automaticamente em competência prática, sobretudo na ausência de treino específico (Emami et al., 2024). Assim, torna-se evidente a necessidade de estratégias formativas que integrem componentes práticas e baseadas em cenários reais.

Relativamente às lesões, verificou-se um nível satisfatório de conhecimento e executabilidade na observação e documentação, mas menor consistência na identificação de vestígios associados. Este resultado sugere que, embora os enfermeiros dominem competências

clínicas básicas, existe necessidade de aprofundar a componente forense da avaliação das lesões.

Nas situações de agressão sexual, os resultados evidenciaram maior domínio de procedimentos gerais de prevenção de contaminação, mas dificuldades na colheita de vestígios dentro das janelas temporais recomendadas, o que poderá comprometer a validade da prova. Este achado assume particular relevância, uma vez que a literatura enfatiza a importância da recolha precoce e tecnicamente adequada de evidência biológica para garantir a sua validade (Valentine et al., 2020). A insuficiência de formação específica nesta área poderá justificar estas limitações.

No que concerne às situações de arma branca e arma de fogo, os resultados revelaram maiores fragilidades, tanto ao nível do conhecimento como da prática, o que poderá estar associado à menor frequência de contacto com estes casos. Estes dados são consistentes com a literatura, que aponta para a reduzida exposição a estes cenários e para a ausência de formação específica como fatores limitantes (Mota et al., 2021). Ainda assim, a correta atuação nestes casos é fundamental, dado o elevado valor probatório dos vestígios associados.

Quanto às situações de intoxicação, estas apresentam uma frequência considerável na prática dos enfermeiros, sendo frequentemente associadas a contextos complexos que podem envolver tentativa de suicídio, consumo de substâncias ilícitas ou exposição acidental. Do ponto de vista forense, estas situações assumem particular relevância pela necessidade de correta colheita e preservação de amostras biológicas, como sangue, urina ou conteúdo gástrico, essenciais para análise toxicológica. No entanto, os resultados sugerem que, apesar de algum conhecimento geral sobre estes procedimentos, a sua executabilidade não é consistente, podendo comprometer a qualidade da evidência recolhida. Esta lacuna pode estar relacionada com a falta de protocolos específicos ou com a insuficiência de treino prático nesta área. A literatura destaca que a correta abordagem destas situações exige não só conhecimentos técnicos, mas também uma atuação rigorosa e atempada, para garantir a integridade das amostras e a validade dos resultados laboratoriais (Rosado et al., 2025).

No caso da asfixia, os resultados evidenciaram lacunas relevantes no conhecimento e na execução de práticas relacionadas com a preservação de vestígios forenses. Esta situação pode ser explicada pela complexidade deste tipo de ocorrência, uma vez que os sinais clínicos podem ser subtis ou facilmente desvalorizados em contexto de urgência, onde a prioridade é frequentemente a estabilização da pessoa em situação crítica. A identificação de indicadores de asfixia, como marcas cervicais, petéquias ou alterações respiratórias, exige elevado grau de suspeição clínica e formação específica, nem sempre consolidada na prática dos enfermeiros (Çelik et al., 2024; Williams et al., 2024).

Apesar de mais de metade dos participantes referirem a existência de protocolos institucionais, tal não se revelou suficiente para garantir uma prática eficaz. Este resultado vai ao encontro de estudos que indicam que a mera existência de protocolos não assegura a sua aplicação, sendo necessária formação contínua e integração efetiva na prática clínica (Souza et al., 2020).

Importa ainda referir que os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciaram ausência de normalidade em todas as dimensões analisadas ($p < 0,05$), justificando a utilização de testes não paramétricos nas análises inferenciais. Este resultado reforça a variabilidade dos dados e a heterogeneidade das respostas, podendo refletir diferenças significativas nas experiências, formações e contextos de prática dos participantes. Esta heterogeneidade deve ser interpretada como um indicador adicional da falta de uniformização das práticas forenses em enfermagem, indo ao encontro de Citolin et al. (2024).

Os resultados obtidos evidenciam que a perceção do conhecimento dos enfermeiros relativamente aos procedimentos forenses nem sempre se traduz na sua executabilidade prática. Apesar de, na maioria das dimensões, as correlações entre conhecimento percebido e executabilidade serem positivas, estas revelaram-se fracas ou muito fracas e sem significado estatístico, sugerindo que sentir-se conhecedor de determinado procedimento não implica necessariamente maior capacidade ou oportunidade para o executar em contexto clínico.

Verificou-se ainda que as habilitações académicas não influenciaram significativamente a perceção do conhecimento, nem a maioria das dimensões da executabilidade. Contudo, observou-se influência significativa na executabilidade dos procedimentos relacionados com agressão sexual, superior nos participantes com mestrado ou doutoramento. Este achado pode indicar que níveis académicos mais avançados favorecem maior preparação para lidar com situações forenses específicas e de maior complexidade.

A formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses revelou-se particularmente relevante, associando-se a maior perceção do conhecimento na gestão de vestígios e arma branca, bem como a maior executabilidade nos procedimentos relacionados com arma branca e arma de fogo. Estes dados reforçam a importância da formação específica nesta área, uma vez que o conhecimento generalista parece não ser suficiente para garantir uma atuação segura e eficaz perante situações com implicações legais.

Também a categoria profissional demonstrou influência em algumas dimensões. Os enfermeiros especialistas apresentaram maior executabilidade na gestão de vestígios, agressão sexual e arma branca, o que pode refletir maior experiência, autonomia, pensamento crítico e capacidade de decisão perante situações complexas. Por outro lado, o tempo de exercício profissional apenas se associou significativamente à executabilidade em algumas áreas,

nomeadamente agressão sexual, arma branca e acidente de viação, sugerindo que a experiência profissional pode contribuir para maior segurança na prática, embora não substitua a necessidade de formação específica.

A frequência de assistência a vítimas mostrou relação significativa com a executabilidade dos procedimentos em situações de arma branca e asfixia, evidenciando que a exposição prática a estes casos pode favorecer maior capacidade de intervenção. De igual modo, a existência de protocolos institucionais associou-se a maior executabilidade na gestão de vestígios, acidente de viação e intoxicação, reforçando a importância de normas orientadoras claras, acessíveis e uniformizadas nos serviços de urgência e emergência.

Em síntese, os resultados apontam para a necessidade de investir na formação contínua em Enfermagem Forense, na implementação de protocolos institucionais e na capacitação das equipas, de modo a reduzir a distância entre o conhecimento percebido e a execução efetiva dos procedimentos forenses na prática clínica.

Neste contexto, a enfermagem forense emerge como uma área especializada fundamental, integrando os cuidados clínicos com a identificação e preservação de vestígios com relevância legal, conforme definido pela OE (2021). O enfermeiro, enquanto profissional dotado de competências técnicas, científicas e éticas, assume um papel determinante na articulação entre o sistema de saúde e o sistema judicial, contribuindo para uma resposta mais eficaz às situações de violência.

Entre as limitações deste estudo salientam-se a pequena dimensão da amostra e o facto de ter sido realizado apenas num único contexto institucional, o que poderá restringir a generalização dos resultados obtidos. Ainda assim, considera-se que os dados recolhidos são relevantes para a reflexão sobre as práticas profissionais, podendo servir de base para futuras investigações nesta área, nomeadamente para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados e/ou projetos de intervenção focados na capacitação dos enfermeiros em enfermagem forense.

Face ao exposto, pode afirmar-se que existe uma clara disjunção entre o potencial papel do enfermeiro na preservação de vestígios e a sua efetiva operacionalização. Os resultados deste estudo, considerando a evidência científica, reforçam a necessidade de investir na formação em enfermagem forense, particularmente em contextos de urgência e emergência. Torna-se fundamental implementar programas de formação contínua, treino prático e simulação, bem como reforçar a aplicação de protocolos institucionais, o que poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, assegurar a preservação adequada de vestígios e potenciar uma resposta mais eficaz no âmbito clínico e judicial.

Conclusão

O presente relatório permitiu refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, evidenciando a importância da articulação entre a prática clínica, a reflexão crítica e a investigação científica no desenvolvimento de competências especializadas.

Relativamente à componente de investigação, o estudo desenvolvido sobre “Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência” permitiu aprofundar conhecimentos acerca da enfermagem forense e da relevância da atuação do enfermeiro na identificação, abordagem e preservação de vestígios forenses em contexto de urgência, evidenciando aspetos relevantes para a prática clínica e para o desenvolvimento profissional nesta área.

Os resultados demonstraram que os enfermeiros possuem um nível razoável de conhecimento relativamente a procedimentos gerais, sobretudo aqueles mais integrados na prática quotidiana, como a documentação clínica e a observação de lesões. No entanto, verificaram-se lacunas significativas ao nível de procedimentos mais específicos e técnicos, particularmente na colheita, preservação e manuseamento de vestígios com interesse forense.

Constatou-se a existência de um desfasamento entre a perceção de conhecimento e a executabilidade dos procedimentos, evidenciando que o conhecimento teórico nem sempre se traduz em prática efetiva. Este aspeto poderá estar relacionado com a reduzida formação específica na área da enfermagem forense, bem como com a limitada experiência em determinadas situações clínicas menos frequentes. A baixa percentagem de profissionais com formação em Medicina Legal ou Ciências Forenses reforça a necessidade de investimento nesta área, uma vez que os enfermeiros em contexto de urgência e emergência assumem um papel fundamental no primeiro contacto com vítimas, sendo determinantes na preservação de vestígios e na qualidade da informação recolhida. Apesar de mais de metade dos participantes referir a existência de protocolos institucionais, os resultados sugerem que estes, por si só, não são suficientes para garantir uma prática adequada, sendo essencial assegurar a sua efetiva implementação, bem como a formação dos profissionais para a sua correta utilização.

Portanto, a crescente incidência de situações de violência e a complexidade das suas implicações clínicas, legais, sociais e emocionais tornam imprescindível a integração da enfermagem forense nos diferentes contextos assistenciais, particularmente nos serviços de urgência e emergência, onde frequentemente ocorre o primeiro contacto da vítima com os cuidados de saúde. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel determinante não só na

prestação de cuidados imediatos e humanizados, mas também na preservação da dignidade da vítima, na recolha adequada de vestígios e na articulação com os sistemas de proteção e justiça.

Como limitações do estudo, destaca-se a reduzida dimensão da amostra e a sua realização num único contexto institucional, fatores que podem limitar a generalização dos resultados. Contudo, considera-se que os dados obtidos apresentam relevância para a reflexão sobre as práticas profissionais e poderão constituir um ponto de partida para futuras investigações nesta área, nomeadamente estudos aprofundados na área e/ou projetos de intervenção direcionados para a capacitação dos enfermeiros em enfermagem forense.

Assim, torna-se evidente a necessidade de reforçar a formação contínua em enfermagem forense, privilegiando não só a componente teórica, mas também o treino prático e a simulação de cenários reais. A implementação de estratégias formativas estruturadas poderá contribuir para o desenvolvimento de competências específicas, aumentando a confiança e a capacidade de intervenção dos enfermeiros nestas situações.

Importa salientar que o desenvolvimento de competências nesta área melhora a qualidade dos cuidados prestados às vítimas e contribui para a preservação adequada de prova forense, com impacto direto nos processos legais e na administração da justiça.

Neste contexto, podemos ainda acrescentar que o enfermeiro especialista assume um papel fundamental enquanto elemento promotor da mudança, da formação em serviço e da implementação de boas práticas clínicas, contribuindo ativamente para a sensibilização das equipas e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, este estudo reforça a importância da integração da enfermagem forense na prática clínica, evidenciando a necessidade de investimento na formação, na organização dos serviços e na sensibilização dos profissionais para a relevância do seu papel neste contexto.

Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). *Estatísticas APAV – Totais nacionais 2024*. <https://apav.pt/estatisticas-apav-totais-nacionais-2024>
- Çelik, P, Çelik, Ş, Hastaoğlu, F, & Mollaoğlu, M (2024) Multicenter evaluation to determine the deficiencies of emergency nurses in forensic case management *International Emergency Nursing*, 74, 101440 <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101440>
- Citolin, M O, Vargas, M A D O, Santos, D G, Hilleshein, A G, Brasil, G, & Ramos, F R S (2024) Assistance to victims of violence in emergency services from the forensic nursing perspective *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4137 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6780.4137>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. (2025). *Dados oficiais relativos à violência doméstica – 1.º trimestre de 2025*. <https://www.cig.gov.pt/2025/07/dados-oficiais-relativos-a-violencia-domestica-em-portugal-1o-trimestre-de-2025>
- Cruz, C. (2017). *Práticas e conhecimentos dos enfermeiros de serviço de urgência na recolha e manutenção de vestígios forenses* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da ESEnfC.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde* (2.ª ed.). <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-emrisco/ficheiros-externos/violencia-interpessoal-pdf.aspx>
- Emami, S. Z., Lynch, V. A., & Banazadeh, M. (2024). Forensic nursing in the emergency department: The distance between nurses' performed role behaviors and their perception of behaviors' importance. *BMC Nursing*, 23, Article 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01682-2>
- Figueiredo, N. A. L., et al. (2022). Vítimas de violência interpessoal: Caracterização dos atendimentos em serviço de urgência. *Servir*. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/27549/20121>
- Guimarães, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da saúde*. <https://www.ine.pt>
- Maroco, João (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições ReportNumber.
- Misseri, G., Frassanito, L., Simonte, R., et al. (2023). Personalized noninvasive respiratory support in the perioperative setting: State of the art and future perspectives. *Journal of Personalized Medicine*, 14(1), 56. <https://doi.org/10.3390/jpm14010056>

- Mota, E. M., Cunha, M., & Santos, E. (2021). Forensic nursing care: An analysis of knowledge and practices of Portuguese nurses. *Millenium*, 2(9e), 149–160. <https://doi.org/10.29352/mill029e.25287>
- Muñiz, J. (2003). Teoría clásica de los tests. Madrid: Pirâmide.
- Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martinez, R.J. & Moreno, R. (2005). Análisis de los ítems. Madrid: La Muralla.
- Nikitará, M., Dimalibot, M. R., Latzourakis, E., & Constantinou, C. S. (2024). Conflict management in nursing: Analyzing styles, strategies, and influencing factors: A systematic review. *Nursing Reports*, 14(4), 4173–4192. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040304>
- Nunnaly, J.C. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw-Hill.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Proposta de regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem forense*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento n.º 613/2022*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt>
- Pestana, Maria Helena; Gageiro; João Nuno (2008). Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS. 5.ª Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.
- PORDATA. (2025). *Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais*. <https://www.pordata.pt>
- Rocha, H. N., Rodrigues, B. A., Paula, G. V. N., et al. (2020). O enfermeiro e a equipa multidisciplinar na preservação de vestígios forenses no serviço de urgência e emergência. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 2208–2217.
- Rosado, M E C P, Oliveira, T D, Soares, J S, Barbosa, K T F, Almeida, F C A, et al (2025) Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: Scoping review *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46, e20240350 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240350.e>
- Rosado, M. E. C. P., Oliveira, T. D., Soares, J. S., et al. (2025). Forensic practices performed by nurses in emergency and urgent care for people in situations of violence: Scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46, e20240350. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240350.en>
- Santos, J. S., Santos, R. C., Araújo-Monteiro, G. K. N., et al. (2021). Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: Revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE002425. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ar02425>
- Souza, J, Resck, Z, & Vilela, S (2025) Forensic nursing in undergraduate courses: Focus on the health of children, women and the elderly / Enfermagem forense em cursos de graduação:

- foco na saúde de crianças, mulheres e idosos *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 17 <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13507>
- Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alhaboob, A., et al. (2021). Adverse events experienced with intrahospital transfer of critically ill patients: A national survey. *Medicine*, 100(18), e25810. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025810>
- Valentine, J. L., Sekula, L. K., & Lynch, V. (2020). Evolution of forensic nursing theory. *Journal of Forensic Nursing*, 16(4), 188–198. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000287>
- Velan, S., Lakshmi, S., & Raj, R. J. T. N. (2023). A study on the identification of causes of delays in internal patient transfer at multispeciality hospital. *European Chemical Bulletin*, 12, 997–1003. <https://doi.org/10.48047/ecb/2023.12.si12.084>
- Williams, J P, Downing, N, & Miyamoto, S (2024) The purpose, process, and advancement of forensic nursing standards *Journal of Forensic Nursing*, 20(3), 160–165 <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000488>
- World Health Organization. (2024). *Youth violence*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

Apêndices

Apêndice I - Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem

	 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES	
Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem		Documento Data:
Aprovado:		Data de Aprovação:

TÍTULO: Proposta de protocolo de atuação na abordagem da pessoa com febre na triagem

ÂMBITO: Todos os profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde Dão-Lafões

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO: Enfermeiros

FUNDAMENTOS: A febre é um dos sinais clínicos mais frequentes observados em contexto de urgência, representando uma resposta fisiológica complexa do organismo a processos inflamatórios, infecciosos ou não infecciosos (Malinowska et al., 2022). Em adultos, a febre constitui um **mecanismo de defesa adaptativo**, mediado por citocinas pirogênicas endógenas que atuam sobre o centro termorregulador hipotalâmico, elevando o ponto de referência térmico corporal (Dinarelli, 2021).

Em ambiente de urgência, a febre é um **sintoma transversal a múltiplas patologias**, desde infeções agudas do trato respiratório ou urinário até condições graves como sépsis, endocardite ou meningite (Singer et al., 2016). A sua presença desencadeia frequentemente o recurso aos serviços de saúde, sendo por isso essencial que os profissionais de enfermagem realizem uma **avaliação sistematizada e célere**, de forma a distinguir situações benignas de quadros potencialmente críticos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023).

A febre acompanhada de taquipneia, hipotensão, taquicardia ou alteração do estado de consciência deve motivar uma avaliação imediata, dado o risco de sépsis ou de outra condição grave. O reconhecimento precoce destes sinais é essencial para o prognóstico e exige vigilância contínua; neste contexto, o enfermeiro assume um papel determinante na monitorização e implementação de medidas adequadas para prevenir a deterioração clínica (Dinarelli, 2021; O’Grady et al., 2008; Laupland, 2009).

Além disso, a febre, enquanto sinal vital alterado, deve ser analisada em conjunto com outros parâmetros fisiológicos, integrando sistemas de **avaliação precoce do risco de deterioração clínica**, como o National Early Warning Score (NEWS2), amplamente utilizado nos serviços de urgência hospitalar (Royal College of Physicians, 2017).

Assim, compreender a fisiopatologia da febre e a sua relevância no contexto de urgência permite uma atuação fundamentada, segura e baseada na evidência científica, reforçando a importância da **vigilância clínica contínua** e do **raciocínio crítico** no cuidado à pessoa adulta com febre.

A escolha do tema “febre em contexto de urgência” justifica-se pela elevada prevalência deste sinal clínico como motivo de admissão hospitalar e pela sua relevância no processo de avaliação e tomada de decisão clínica em enfermagem. A febre, sendo um dos sintomas mais frequentemente reportados pelos utentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), requer uma abordagem criteriosa e sistematizada, uma vez que pode refletir desde processos infecciosos autolimitados até condições potencialmente fatais, como sépsis ou choque séptico (Singer et al., 2016).

O aumento da complexidade e gravidade das condições clínicas, associado à sobrecarga e limitação de recursos nos serviços de urgência, exige que os enfermeiros possuam competências avançadas de avaliação, monitorização e tomada de decisão clínica, de modo a assegurar a gestão segura e eficaz das pessoas com febre e outras situações críticas (Cabilan & Eley, 2021; Baernholdt, Cox, & Scully, 2018). A febre, quando corretamente interpretada, constitui um marcador clínico importante que pode orientar a priorização de cuidados e a implementação precoce de medidas terapêuticas adequadas.

A pertinência deste tema também se relaciona com a necessidade de reforçar o raciocínio clínico e a prática baseada na evidência, pilares fundamentais da enfermagem médico-cirúrgica e da especialização na pessoa em situação crítica (Benner, 2001). A abordagem estruturada da febre permite aos enfermeiros reconhecer precocemente situações de risco, como a progressão para disfunção orgânica ou instabilidade hemodinâmica, promovendo uma resposta rápida e eficaz (Royal College of Physicians, 2017).

Adicionalmente, este tema reveste-se de interesse académico e profissional, pois contribui para o desenvolvimento de protocolos e boas práticas que sustentem a segurança

da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados em serviços de urgência. Assim, a elaboração deste protocolo visa não apenas uniformizar condutas, mas também potencializar a tomada de decisão fundamentada e a articulação das equipas de saúde da ULS Dão Lafões.

OBJETIVOS:

- Elaborar um protocolo de atuação para a abordagem da febre em contexto de urgência na ULS Dão Lafões, que oriente a prática de enfermagem baseada na evidência científica, promovendo a avaliação sistematizada, a intervenção precoce e a segurança da pessoa adulta em situação crítica ou potencialmente crítica.
- Identificar a fisiopatologia e mecanismos reguladores da febre no adulto, relacionando-os com a resposta inflamatória e infecciosa.
- Descrever as principais causas de febre em contexto de urgência e os critérios de gravidade associados.
- Sistematizar os procedimentos de avaliação e monitorização de enfermagem perante a pessoa com febre.
- Definir intervenções de enfermagem direcionadas ao controlo térmico, conforto e vigilância clínica da pessoa com febre
- Estabelecer critérios de comunicação e articulação com a equipa médica, garantindo uma resposta integrada e eficaz.
- Promover a uniformização de práticas clínicas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no serviço de urgência.
- Contribuir para o fortalecimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão baseada na evidência no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.

DEFINIÇÕES:

Febre: A febre é uma síndrome constituída por um conjunto de sintomas e sinais que exprimem fenómenos de reação frente a diversas agressões, especialmente infeções, e que provoca a alteração na função do centro termorregulador hipotalâmico, responsável pela regulação da temperatura, ao contrário do que acontece na hipertermia. O sinal principal é o aumento da temperatura corporal acima de 38°C (entre 37°C e 38°C é um estado subfebril). A sintomatologia mais comum é calafrios, aumento da frequência cardíaca e respiratória, pele seca e quente, boca seca e suores. Nas crianças a febre acompanha-se frequentemente de convulsões. (Fonseca, et al., 2012)

diminuir as perdas de calor para o ambiente (enrolar-se na "posição fetal", procura de agasalhos e/ou de fonte de calor), mas também a produção de calor pelos metabolismos energéticos, pelos tremores, calafrios e a ereção dos pelos cutâneos.

Na fase ascensional da febre, a pessoa tem a sensação de frio, manifestado pela procura de agasalhos ou de calor, com alguma palidez transitória, com ocorrência de tremores, por vezes calafrios. (DGS, 2018)

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO: Na prática, podem avaliar-se três tipos de temperatura: temperatura corporal central, temperatura corporal superficial e temperatura corporal basal. Os métodos de medição são:

- não invasivo, mede a temperatura corporal em localizações superficiais do corpo como a axila, virilha, canal auditivo externo, testa, pescoço e tórax;
- semi invasivo, requer transdutor para ser colocado através de um orifício natural do corpo, boca ou tímpano;
- invasivo, transdutor é inserido numa posição corporal profunda – reto, vagina, esófago, cavidade nasal, bexiga e trato digestivo. (Brekke, 2019)

INTERVENÇÕES TERAPÉUTICAS DA FEBRE:

A febre representa uma resposta fisiológica adaptativa a estímulos infecciosos e não infecciosos, desempenhando um papel protetor na ativação da resposta imunitária. A evidência atual demonstra que a terapêutica antipirética não reduz a mortalidade nem previne complicações graves, devendo, por isso, a decisão de tratar basear-se sobretudo nos sintomas, no conforto e na causa subjacente, e não apenas nos valores de temperatura corporal (Puskarch et al., 2022).

A febre, enquanto resposta fisiológica adaptativa, favorece a ativação do sistema imunitário e inibe a replicação de microrganismos, desempenhando, por isso, um papel protetor em muitas situações infecciosas. Com efeito, existe evidência de que a febre moderada (inferior a 40 °C) pode desempenhar um papel protetor nos mecanismos de defesa do hospedeiro (Niven et al., 2014).

A febre isolada, particularmente quando inferior a 38,5-39,0 °C e sem sinais de gravidade, não requer tratamento farmacológico sistemático, devendo privilegiar-se a vigilância clínica e as medidas não farmacológicas (NICE, 2022). Nestes casos, recomenda-se hidratação adequada, controlo ambiental e reavaliação periódica da pessoa,

Fisiopatologia da febre: A temperatura, enquanto sinal vital, deve ser rigorosamente medida e registada. Em estado de saúde, a amplitude térmica individual ao longo da vida varia entre 1,0°C e 2,0°C. Considerar-se febre uma temperatura igual ou superior a 1,0°C acima da média das temperaturas basais individuais no mesmo local de avaliação (axila, retal, oral, timpânica).

A febre é a elevação da temperatura corporal acima da temperatura basal individual. Para uma melhor interpretação da febre, será importante reconhecer os componentes de reação de fase aguda, da qual a febre é um dos principais componentes.

A reação de fase aguda é o conjunto de alterações adaptativas – neuroendócrinas, hematológicas, metabólicas, fisiológicas, comportamentais, nutricionais e laboratoriais – cujo objetivo é a defesa do organismo e a consequente sobrevivência, de preferência sem sequelas. A ativação dos diversos mecanismos fisiopatológicos que constituem a reação de fase aguda, leva à produção no fígado das diferentes proteínas inflamatórias "positivas", com aumento da sua concentração sérica (proteína C reativa, substância amiloide A, fibrinogénio, ferritina, frações do complemento, angiotensina, alfa-1 antitripsina e de muitas outras proteínas) e proteínas inflamatórias "negativas", com diminuição da sua concentração (albumina, transferrina, α -fetoproteína, entre outras), à ativação da imunidade inata (ativação dos leucócitos / macrófagos) e da imunidade adaptativa, humoral e celular. Outras manifestações clínicas da reação de fase aguda são a astenia / sonolência e a diminuição do apetite, evitando o consumo de energia que seria obrigatória durante os processos da deambulação, alimentação e da digestão, consumindo parte das reservas energéticas existentes no músculo (e daí também as mialgias e a astenia) e no fígado. (Direção Geral da Saúde, 2018)

As alterações fisiopatológicas da reação de fase aguda são desencadeadas por mediadores celulares (citocinas), que atuam em todo o organismo, mas em especial na medula óssea, no hepatócito e nas células intervenientes nas imunidades inata e adaptativa e, a nível do centro termorregulador hipotalâmico. Neste último, desencadeia a elevação do *set-point* do termostato hipotalâmico, com a consequente elevação da temperatura corporal.

Na febre, a subida da temperatura deve-se a uma maior ativação dos mecanismos da termogénese. São significativos os mecanismos fisiológicos de conservação de calor (com a consequente vasoconstrição periférica) associado aos comportamentos para

evitando o uso desnecessário de antipiréticos, que pode mascarar sintomas importantes ou atrasar o diagnóstico etiológico (Reis et al., 2023).

Medidas não farmacológicas: Medidas como a regulação da temperatura ambiente, a promoção de ventilação adequada, a remoção de vestuário excessivo, o repouso e a manutenção de uma hidratação adequada constituem intervenções fundamentais na abordagem inicial da febre. Estas estratégias visam melhorar o conforto da pessoa e prevenir complicações, nomeadamente a desidratação.

A evidência disponível demonstra, contudo, que muitas formas de arrefecimento periférico reduzem a temperatura corporal apenas de forma transitória, sem benefício comprovado no alívio do desconforto a longo prazo (Watts & Robertson, 2012; Silva et al., 2024).

A aplicação de compressas frias podem induzir uma descida temporária da temperatura corporal, mas podem provocar tremores ou sensação de desconforto adicional. Por este motivo, não são recomendadas de forma rotineira em todos as pessoas febris, devendo ser utilizadas apenas quando se verifica benefício evidente para o conforto da pessoa (Watts & Robertson, 2012).

Adicionalmente, uma revisão integrativa recente conclui que as intervenções não farmacológicas isoladas não devem ser utilizadas como tratamento exclusivo da febre, mas sim como complemento de suporte à resposta fisiológica do organismo (Reis et al., 2023).

Medidas Farmacológicas: Os antipiréticos de eleição são o paracetamol e o ibuprofeno, cuja utilização deve ser orientada pela presença de sintomas associados (como dor ou desconforto), pelas comorbilidades existentes, nomeadamente insuficiência renal ou risco gastrointestinal, bem como pela idade, peso corporal e contraindicações específicas de cada pessoa (Haleon Health Partner, 2022).

Paracetamol é considerado o antipirético de primeira linha, devido ao seu perfil de segurança e à ausência de efeitos gastrointestinais ou renais significativos nas doses terapêuticas habituais (World Health Organization [WHO], 2023).

- Dose habitual: **10-15 mg/kg/dose em crianças e 500-1000 mg/dose em adultos**, administrados por via oral a cada 4-6 horas, não excedendo **60 mg/kg/dia ou 4 g/dia** (DGS, 2022).

- Cor vermelho – **emergente** – atendimento imediato
- Cor laranja – **muito urgente** – atendimento até 10min
- Cor amarela – **urgente** – atendimento até 60min
- Cor verde – **pouco urgente** – atendimento até 120min
- Cor azul – **não urgente** – atendimento até 240min

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

A febre não tem fluxograma único, pode estar incluído vários fluxogramas, como por exemplo: indisposição do adulto; dor de garganta; problemas respiratórios; dor abdominal; problemas urinários; dor de cabeça.

A prioridade na triagem associada à febre depende dos sinais de gravidade desde: sinais de hipoperfusão; sinais de sépsis; alterações neurológicas; dificuldade respiratória e idade.

Finalizando, a febre é um sintoma extremamente frequente e inespecífico. Assim a uniformização através dos MTS garante que:

- Todos os profissionais usem os mesmos critérios;
- Reduz a variabilidade clínica;
- Possuir habilidade de análise, síntese e tomada de decisão;
- Melhora a segurança da pessoa;
- Facilita as auditorias;

(Costa, 2020 & Gonçalves, 2024)

- Precauções: deve ser evitado em situações de insuficiência hepática ou alcoolismo crônico, sendo necessário ajustar a dose em casos de doença hepática pré-existente (WHO, 2023).

Ibuprofeno constitui uma alternativa eficaz ao paracetamol, especialmente quando existe componente inflamatória associada ou quando o paracetamol isolado se revela insuficiente no controlo do desconforto (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

- Dose habitual: **5–10 mg/kg/dose em crianças e 200–400 mg/dose em adultos**, por via oral, a cada 6–8 horas, não ultrapassando **30 mg/kg/dia ou 1200 mg/dia** sem supervisão médica (NICE, 2022).
- Precauções: contraindicado em pessoas com insuficiência renal, úlcera péptica ativa, gastrite erosiva, desidratação significativa ou história de alergia a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) (Silva et al., 2024).

O recurso aos antipiréticos está indicado quando a febre se associa a desconforto significativo, alterações do estado geral, dores musculares intensas, cefaleias, desidratação, doença cardíaca, respiratória ou neurológica pré-existente, ou ainda em pessoas imunodeprimidas (WHO, 2023; DGS, 2022). O objetivo da intervenção não é a normalização imediata da temperatura, mas sim a redução do desconforto e do risco de complicações clínicas.

A avaliação do desconforto associado à febre deve ser contínua, individualizada e centrada na observação global da pessoa (Milani et al., 2024). A percepção de mal-estar é influenciada por múltiplos fatores — idade, estado geral, presença de dor, nível de consciência, hidratação, comorbilidades e contexto clínico subjacente (Reis et al., 2023).

A avaliação deve incluir parâmetros como:

- Comportamento e reatividade (irritabilidade, letargia, agitação);
- Ingestão alimentar e ingestão hídrica;
- Qualidade do sono e repouso;
- Expressão facial e verbalização de dor ou mal-estar;
- Perfusão periférica, coloração da pele e sudorese;

PROPOSTA DE PROTOCOLO:

1. Avaliar temperatura timpânica (Considera-se febre uma **temperatura auricular superior a 38°C.**)
2. Perante a pessoa com febre, deve ser avaliada a **disponibilidade da via oral** para administração de antipirético.
3. Administrar fármaco de primeira linha: **Paracetamol**

Se a via oral estiver disponível e **não existem contraindicações**, deve ser administrado **paracetamol** (World Health Organization (WHO, 2023), de acordo com as seguintes posologias:

- **Adultos:** 500–1000 mg por dose;
- **Crianças:** 10–15 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 4–6 horas (DGS, 2022)

Contraindicações ao uso de paracetamol:

- Alergia conhecida ao fármaco;
- Dor abdominal ou vômitos;
- Doença hepática conhecida ou suspeita (WHO, 2023)

4. Fármaco de Segunda Linha: **Ibuprofeno**

Nos casos em que o paracetamol está contraindicado ou é ineficaz, deve ser administrado **ibuprofeno**, nas seguintes doses:

- **Adultos:** 200–400 mg por dose;
- **Crianças:** 5–10 mg/kg por dose;
- **Intervalo entre doses:** 6–8 horas (NICE, 2022)

Contraindicações ao uso de ibuprofeno:

- Alergia conhecida ao fármaco;
- Doença renal;
- Úlcera péptica ativa ou gastrite erosiva;
- Desidratação significativa (Silva et al., 2024)

- Presença de tremores ou calafrios;
- Sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e tensão arterial).

Em pediatria, é particularmente relevante a observação do comportamento habitual, da capacidade de interação e da resposta aos estímulos, sendo a atitude e o contacto visual indicadores sensíveis de desconforto (NICE, 2022).

A decisão de intervir terapêuticamente na febre deve basear-se numa avaliação global da pessoa, considerando o nível de desconforto, o estado clínico e a causa subjacente, uma vez que a evidência demonstra que a redução da temperatura por si só não melhora os resultados clínicos e pode até interferir na resposta fisiológica adaptativa. (Puskarič et al., 2022; Meremikwu & Ogunsile, 2021).

A administração de antipiréticos está indicada sempre que a pessoa apresente mal-estar evidente, dor significativa, prostração ou comprometimento das funções vitais.

Em contraponto, nos casos em que a pessoa se apresenta clinicamente estável, bem hidratado, sem dor relevante e com temperatura inferior a 39 °C, é recomendada uma abordagem expectante, privilegiando a vigilância clínica e o conforto físico (WHO, 2023).

ARTICULAÇÃO COM O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER (STM)

O sistema de triagem de Manchester é um método estruturado que permite identificar critérios de gravidade de uma forma objetiva e organizada, com base nos problemas identificados pelo discriminador, priorizando o atendimento das pessoas nos serviços de urgência, com base no nível de gravidade clínica e não pela ordem de chegada. Tem como objetivos gerais:

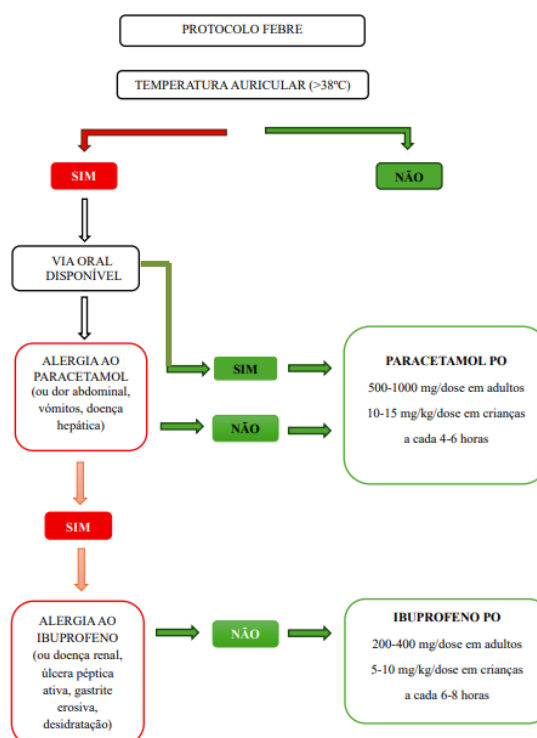
- Definir níveis de prioridade;
- Identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada;
- Garantir equidade e segurança no atendimento;
- Otimizar a alocação de recursos nos serviços de urgência;

(Amaral, 2017 & Gonçalves, 2024)

Assim sendo, STM contém 52 fluxogramas e cada fluxograma possui um conjunto de discriminadores, que podem ser gerais ou específicos. O sistema atribui uma cor de prioridade e um tempo máximo até à primeira observação médica.

5. Considerações Finais

Na presença de contraindicações simultâneas ao paracetamol e ao ibuprofeno, ou quando a via oral não se encontra disponível, deverá ser considerada avaliação médica para definição de terapêutica alternativa ou abordagem pela via parentérica, conforme o quadro clínico e as orientações médicas em vigor.



Referências bibliográficas

- Amaral, P. (2017). Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Dissertação. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no repositório da ESEnFC
- Baerholdt, M., Cox, K., & Scully, K. (2018). *Quality of care, patient safety, and nurse competencies: A global challenge. Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 111–121. <https://doi.org/10.1111/jnu.12363>
- Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Prentice Hall.
- Brekke, I., Puntervoll, L., Pedersen, P., Kelleit, J., & Brabrand, M. (2019). *The value of vital sign trends in predicting and monitoring clinical deterioration: A systematic review. PLoS One*
- Cabilan, C. J., & Eley, R. (2021). *Identifying the gaps in emergency nurses' knowledge and practice in the assessment and management of fever: An integrative review. International Emergency Nursing*, 56, 100993. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100993>
- Costa, F. (2020). Triagem de manchester: intervenção dos enfermeiros. Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2022/02/Triagem-Manchester-Intervencao-CC-A7a-CC-83o-doe-enfermeiros.pdf>
- Dinarelo, C. A. (2021). Overview of fever in adults. UpToDate.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma n.º 021/2022: Abordagem clínica da febre no adulto e na criança*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 015/2023 – Abordagem da febre no adulto em contexto de urgência hospitalar*. DGS.
- Fonseca, F., Alves Falcato, J., Andersen, F., Nunes de Almeida, J., Tojinha, M. (2012). *Dicionário médico clímpsi* (1.ª ed.). Clímpsi Editores.
- Gonçalves, L. (2024). A qualidade do sistema de triagem de manchester na perspetiva dos enfermeiros. Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica. UTAD <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2024/10/2024-Out->

[Luis-Goncalves-Tese-Mestrado-Qualidade-Sistema-TM-Perspetiva-Enfermeiros.pdf](#)

- Haleon Health Partner. (2022). *Fever management: Clinical guidance and product information for healthcare professionals*. Londres: Haleon Health Partner. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210875>
- Laupland, K. B. (2009). *Fever in the critically ill medical patient. Critical Care Medicine*, 37(7 Suppl), S273–S278. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181aa6117>
- Malinowska, A., Malinowska, L., Nickel, C. H., & Bingisser, R. (2022). *Prevalence and prognosis of fever symptoms, hypo- and hyperthermia in unselected emergency patients. Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.3390/jcm11010024>
- Meremikwu, M. M., & Ogunbile, C. O. (2021). *Antipyretic drugs for treating fever in children. Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD003676. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003676.pub6>
- Milani, G. P., Alberti, I., Bonetti, A., Garattini, S., Corsello, A., Marchisio, P., & Chiappini, E. (2024). Definition and assessment of fever-related discomfort in pediatric literature: a systematic review. *European journal of pediatrics*, 183(11), 4969–4979. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05753-7>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fever in under 5s: Assessment and initial management (NICE Guideline NG143)*. Londres: NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
- Niven, D. J., Gaudet, J. E., Laupland, K. B., Mrklas, K. J., Roberts, D. J., & Stelfox, H. T. (2014). *Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: A systematic review and meta-analysis. Annals of Internal Medicine*, 161(12), 900–911. <https://doi.org/10.7326/M14-1656>
- O'Grady, N. P., Barie, P. S., Bartlett, J. G., et al. (2008). *Guidelines for evaluation of new fever in critically ill adult patients: 2008 update. Critical Care Medicine*, 36(4), 1330–1349. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318169eda9>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. DGS.

- Puskarich, M. A., et al. (2022). *Antipyretic therapy in adults with fever: A systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE*, 17(7), e0269744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269744>
- Reis, M. J., Costa, L., & Fernandes, T. (2023). *Intervenções não farmacológicas no controlo da febre: Revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem Referência*, VII(20), e23121. <https://doi.org/10.12707/RVII23121>
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS2): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. RCP.
- Silva, L., Rodrigues, A., & Matos, P. (2024). *Utilização segura de antipiréticos: Revisão narrativa sobre o paracetamol e o ibuprofeno em contexto clínico*. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 312–320. <https://doi.org/10.20344/amp.20456>
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., Bellomo, R., Bernard, G. R., Chiche, J. D., Coopersmith, C. M., Hotchkiss, R. S., Levy, M. M., Marshall, J. C., Martin, G. S., Opal, S. M., Rubenfeld, G. D., van der Poll, T., Vincent, J. L., & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810.
- Watts, R., & Robertson, J. (2012). *Temperature management in the febrile patient: A review of non-pharmacological interventions*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2734–2746. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05969.x>
- World Health Organization. (2023). *WHO guidelines on the management of fever in adults and children*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications>

Apêndice II - Casos Clínicos em contexto de urgência

Casos clínicos

Os casos clínicos constituem uma ferramenta essencial na prática e na formação em saúde, permitindo a análise estruturada de situações reais, a integração de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Através da descrição detalhada da história clínica, avaliação objetiva, exames complementares, evolução e encaminhamento, é possível compreender a complexidade das decisões em contexto de urgência e emergência.

Os dois casos apresentados ilustram situações críticas distintas, ocorridas em contexto de Serviço de Urgência, que exigiram intervenção rápida, trabalho multidisciplinar e capacidade de adaptação face à evolução clínica.

No primeiro caso, observa-se uma situação neurológica aguda grave, com rotura de aneurisma cerebral e consequente hemorragia intracraniana, exigindo estabilização imediata e articulação urgente com a equipa de neurocirurgia. O reconhecimento precoce e a atuação célere são determinantes para este prognóstico.

No segundo caso, evidencia-se uma situação metabólica crítica — acidose metabólica grave associada a metformina (MALA) — num contexto de múltiplas comorbilidades, levando à admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com discussão de técnicas de substituição renal.

Caso clínico 1

Dados Clínicos:

Doente do género feminino, de 62 anos, deu entrada no SU, acompanhado pela equipa da VMER, na sala de emergência por perda de consciência, no domicílio, por volta das 10:22. Deu entrada na sala de emergência, em maca do INEM e transferida para a maca da sala de emergência.

- Avaliação Primária

A: Via aérea permeável.

B: Eupneica em aa, sem sinais de SDR. Apresentava SpO₂= 97%

C: Apresenta boa perfusão tecidual. Apresenta um CVP no MS esq a profundir um NaCl 0,9% por CH18. Colocado CH20 no MS drt, obturado. Colhido sangue para Bq + Cg + Hg. Monitorizada: apirética (T=36,5°) + normocardica (FC=66bpm) + normotensa (TA=125/92mmHg). Sem sinais aparentes de hemorragia

D: Doente calma, consciente, orientada e colaborante dentro das suas possibilidades.

ECG=15

E: Removida roupa do exterior e colocada bata hospitalar. Sem lesões visíveis.

- Avaliação Secundária:

Segundo carta do domicílio, a doente terá realizado em setembro 2025 uma RMN_CE por queixas de cefaleias, onde revelou HSD subaguda e hemorragia intraparenquimatosa, com encaminhamento urgente para consulta externa de neurocirurgia, pelo MGF.

Doente desconhece alergias medicamentosas.

Colocado a aprofundar terapêutica, conforme prescrição médica (Levetiracetam 1g IV).

Reencaminhada para exames complementares, acompanhado por enfermeiro e médico assistente onde fez TC crânio. Relativamente ao exame realizado identificou-se aneurisma sacular na bifurcação da artéria cerebral média direita, de parede algo irregular e com cerca de 11mm de diâmetro máximo, projetando-se lateral, anterior e superiormente. Em contiguidade com este, observa-se lesão hemorrágica corticossubcortical frontal e temporal, com extravasamento para o sistema ventricular, que se acompanha de redução da amplitude dos sulcos contíguos e que molda o ventrículo lateral direita, verificando abaulamento das estruturas medianas para a esquerda, ainda sem sinais de hidrocefalia descompensada.

Ainda realiza ECG + Rx Tórax na sala de emergência, sem alterações.

Evolução Clínica:

Por volta das 11h57 doente mantém sinais vitais estáveis: normotensa (Ta=111/72mmHg), normocardica (Fc=64bpm).

Neste contexto foi pedido colaboração da equipa de neurocirurgia. Ainda neste contexto, por doente referir queixas de cefaleias, foi administrada terapêutica, conforme prescrição médica (Morfina 2cc + manitol).

Por volta das 12:56h, na presença do médico assistente de neurocirurgia, teve alteração súbita do estado de consciência para ECG=3, porém normotensa (Ta=113/81mmHg). Neste sentido teve-se necessidade de colocação de EOT + ventilação mecânica invasiva. Durante o procedimento foi colocado EOT de 7,5, com administração de terapêutica, conforme indicação via oral (propofol 1% 20cc + Rocurónio 1ampola). Encaminhada novamente para exames complementares com acompanhamento de enfermeiro e médico assistente. Realizou novamente TC- crânio com aumento da dimensão hemorrágica lobar com efeito massa, com sangramento intraventricular e HSA extensa supra e infra-tentorial.

Encaminhamento

No regresso à sala de emergência é realizada terapêutica, conforme prescrição médica (Levetiracetam 1h) e médico assistente contacta nesse mesmo momento o CHUCNeurocirurgia a dar conhecimento da situação e agravamento do estado clínico da doente, transferiu-se a mesma para a reavaliação por parte dos colegas e decisão de tratamento.

Sai da ULSVDL por volta das 14h12 acompanhada por enfermeiro, médico assistente e cooperação de BV, com destino ao CHUC, com diagnóstico de rotura de aneurisma cerebral.

Caso clínico 2

Dados Clínicos:

Doente do género feminino, de 59 anos, deu entrada no SU acompanha pela equipa da BV por volta das 20h30, na sala de emergência por dificuldade respiratória com agudização à hora de almoço.

- Avaliação Primária

A: Via aérea permeável.

B: Há chegada bradipneica, com O₂= 4L/min por ON + cianosada. Por dessaturação (SpO₂=80-82%), colocado VNI com os seguintes parâmetros: IPAP=14 e EPAP=4 para SPO₂=100%.

C: Sinais de má perfusão tecidular. Monitorizada: normotensa (Ta=104/59mmHg), normocardica (FC=98Bpm) + apirética (T=35,9º) + dx= 162mg/dl + cetonemia=5,7. Colocado CVP CH22 no MS esq + CVP CH20 no MS esq. Colhido sangue para Bq + Cg + Hg. Cumpre com NaCl 0,9% a 999cc/h e administrada terapêutica conforme prescrição médica (200ml de bicarbonato de sódio IV + 2puff de brometo de ipatropio + 3puffs de salbutamol + 200mg de hidrocortisona + 10ml de gluconato de cálcio IV)

D: Há chegada doente agitada, com discurso não fluente e pouco colaborante. Colocada contenção mecânica, não traumática.

E: Apresenta extremidades frias + edema dos MI's. Removida a roupa do exterior e colocada a bata hospitalar.

- Avaliação Secundária:

Tem como antecedentes: obesidade + DM tipo 2 + FA + Estenose mitral severa + SAOS
Doente desconhece alergias medicamentosas.

Apresenta lesões ulceradas na região mamária, bilateral + lesão no trocânter direito com penso externamente limpo e seco + solução de continuidade na zona da nádega esquerda em

método exposto. Realizados os respectivos pensos: trocâter esquerdo com GG + penso de proteção e na nádega esquerda colocado penso de proteção.

Algaliada com SV nº14 CD, com saída de vestígios de urina clara.

- Evolução Clínica:

Gasometria com VNI: pH= 7,0 | paCO_2 = 15mmHg | paO_2 =253mmHg |
Na=118mmol/L | K= 6,7mmol/L | Glucose= 161mg/dl | Lactato= >17mmol/L | HCO_3 =
incalculável

Analises clínicas: INR= 8,07 | APPT=43,6 | Creatinina=7 | PCR= 3,59

Por volta das 22h30: Ta= 90/57 mmHg | FC= 89bpm

Encaminhamento

Discutem caso clínico com nefrologia colocando a hipótese de técnica de substituição renal. Perante a gravidade das alterações, consideram que o tempo da técnica de substituição renal será longo. Assumida na UCIP com diagnóstico de MALA (acidose metabólica associada a metformina). Dá entrada na UCIP por volta das 23h.

A realização dos dois estudos de caso constituiu uma oportunidade valiosa de consolidação de competências em EMC-EPSC. Estas experiências permitiram-me integrar conhecimentos teóricos com a prática clínica e desempenhar um papel ativo na vigilância e intervenção junto de doentes em situação de instabilidade aguda, com necessidade de monitorização contínua e tomada de decisão célere.

No primeiro caso clínico, acompanhei a doente com quadro de hemorragia cerebral e rotura de aneurisma, o que exigiu elevada capacidade de análise e atuação em contexto de urgência. Foi possível aplicar os princípios da avaliação sistematizada (ABCDE), reconhecer sinais de deterioração neurológica e colaborar na administração de terapêutica e nos cuidados de suporte avançado de vida, nomeadamente a ventilação mecânica invasiva. Este caso reforçou a importância da atuação precoce e da articulação interinstitucional, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na coordenação e continuidade dos cuidados.

O segundo caso envolveu uma doente com acidose metabólica grave, associada a múltiplas comorbilidades. O seu estado crítico exigiu uma abordagem multidisciplinar e cuidados altamente diferenciados. A aplicação de ventilação não invasiva, a administração de terapêutica complexa e a monitorização rigorosa permitiram estabilizar a doente até à transferência para a UCIP. Esta situação exigiu uma leitura rápida dos dados laboratoriais e clínicos, bem como decisões fundamentadas, que foram enriquecidas pelo trabalho em equipa e pela supervisão clínica.

Em ambos os casos, foi notório o desenvolvimento de competências técnico-científicas, de gestão do tempo, de priorização e de comunicação, essenciais na prática da enfermagem em contexto de emergência e cuidados intensivos. A capacidade de refletir criticamente sobre as intervenções realizadas, de identificar pontos fortes e áreas a melhorar, e de colaborar em equipa, são pilares fundamentais na formação do EEEMC-EPSC. Estes estudos de caso permitiram-me também reconhecer o impacto da minha intervenção na trajetória clínica dos doentes, reforçando o meu compromisso com a prestação de cuidados de excelência, baseados na evidência e na segurança da PSC.

Apêndice III - Casos Clínicos em contexto de cuidados intensivos

Casos clínicos

O primeiro caso clínico refere-se a um doente do sexo masculino, com 50 anos de idade, com diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), admitido na UCIP na sequência de agravamento progressivo da função respiratória, que culminou na necessidade de ventilação mecânica invasiva. Este caso possibilitou a intervenção direta na monitorização ventilatória, na gestão da sedação, na prevenção de complicações associadas à imobilidade e à ventilação invasiva, bem como na comunicação terapêutica com o doente e a família, atendendo às limitações impostas pela condição clínica.

O segundo caso clínico diz respeito a uma doente do sexo feminino, com 69 anos de idade, com diagnóstico de enfarte cerebeloso complicado por hidrocefalia, submetida a intervenção cirúrgica e posteriormente admitida na UCIP. A abordagem a esta doente permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com a vigilância neurológica, o controlo da ventilação e da pressão intracraniana, a gestão do pós-operatório neurocirúrgico e a adaptação da terapêutica face às alterações do estado de consciência.

A apresentação e análise destes casos clínicos será desenvolvida nos pontos seguintes, evidenciando as intervenções de enfermagem realizadas, a fundamentação científica das decisões tomadas e o contributo destas experiências para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem especializada em cuidados intensivos.

Caso clínico 1

Dados clínicos:

Doente do sexo masculino de 50 anos previamente autónomo nas AVD, residente nos Estados Unidos, deu entrada no serviço por diminuição da força muscular com cerca de 30 horas de evolução. Inicialmente com hemiparesia esquerda e com progressão para tetraparésia em menos de 24 horas. O mesmo teria referido um quadro de gastroenterite na semana prévia. Admitido inicialmente na unidade de AVC, por suspeita de acidente vascular cerebral no dia 25.11.25, que por agravamento da situação clínica avaliado pela equipa de neurologia que colocou a hipótese de SGB. Por agravamento associado a dispneia e insuficiência respiratória dá entrada no serviço de cuidados intensivos no dia 26.11.25.

- Avaliação à Entrada – ABCDE

Parâmetro	Descrição
A – Via Aérea	Via aérea mantida.
B – Respiração	Movimento ventilatório com fraca amplitude inspiratória; SpO ₂ =92% com 4L/min por óculos nasais.
C – Circulação	Hemodinamicamente estável.
D – Estado Neurológico	Consciente, orientado e colaborante; Escala de Glasgow=15.
E – Exposição	Mucosas coradas, hidratadas e anictéricas.

Por decisão médica, entubado e realizado no momento fentanil 250mcg + propofol 150mg + rocuronio 2 ampolas.

- Evolução Clínica – 2º dia de Internamento

Sistema / Avaliação	Dados Clínicos
Observação Geral	Presença de pele marmoreada a nível abdominal.
Nível Neurológico	Sedação e analgesia com propofol + fentanil; RASS -4; CVC jugular esquerda.
Nível Respiratório	TOT nº8 aos 22 cm CL. Modo ventilatório: PCV > APVCmv. VC=423-655 ml FR=16 cpm PEEP=9 cmH ₂ O FiO ₂ =40%. Posteriormente: VC=500 ml FR=16 cpm PEEP=8 FiO ₂ =60%.
Nível Cardiovascular	FC=70-96 bpm. PAM=56-128 mmHg. Sob labetolol 60 mg/h – suspenso e iniciado NA 5/50. Lactatos: 1.2 mmol/L.
Nível Gastrointestinal / Nutricional	NE a 50 cc/h, progredindo conforme tolerância até 78 cc/h. Sem estases. Glicémias: 120-142 mg/dl – sem necessidade de insulina.
Nível Renal e Hematológico	Diurese: 2095 ml/23h. BH +1496.67 ml/23h – proposto +300 a 500 ml/turno. Hg 12,3 g/dl Leuc. 5.64 g/l PCR 1,64 mg/dl.

Ao longo do internamento, aspiradas secreções mucosas/mucopurulentas em quantidade moderada, espessas, sob aceticisteína. Realizado ajustes na sedação e analgesia, tendo sido introduzido midazolam e paracetamol. Foi ao longo do tempo reduzindo o FiO₂ consoante a sua tolerância, realizando gasimetrias 2xT.

No dia 30.11 apresentou broncoespasmo, tendo realizado no momento metilprednisolona + salbutamol + ipatropio + budesonide + FIO₂=100%. Ainda realizou AngioTC que demonstrou colapso pulmonar e BF com secreções e colapso do BPE. Ainda neste contexto doente colocado em prone + PEEP= 13. Por febres que não cediam a analgésicos, iniciou diclofenac em perfusão. Manteve paracetamol e metamizol fixos. Doente até então mantém-se internado na UCIP.

Caso clínico 2

- Dados clínicos:

Doente do género feminino, de 69 anos, previamente autónoma, com antecedentes de DM e HTA. Deu entrada no SU no dia 30.11 por cefaleias, náuseas, vômitos, vertigens e desequilíbrio, tendo ficado com diagnóstico de Lesão isquémica recente cerebelosa esquerda. Foi internada na UAVC, mas por agravamento do estado clínico, foi admitida no serviço de UCIP no dia 03.12.

Segundo o TC, refere enfarte cerebeloso hemisférico esquerdo com compressão do aqueduto cerebral e hidrocefalia. Neste contexto realizou craniotomia suboccipital esquerda e evacuação da área enfartada e colocação de derivação ventricular Externa (DVE) occipital direita.

- Avaliação à entrada – UCIP

Sistema / Avaliação	Dados Clínicos
Nível Neurológico	Sedação e analgesia com propofol + remifentanil. RASS -5. DVE aos 20 cmH ₂ O.
Nível Respiratório	TOT nº7,5 aos 20 cm CL. VMI em modo VC: VC=400 ml FR=15 cpm PEEP=5 FiO ₂ =30%.
Nível Cardiovascular	CVC colocado no BO. FC=81 bpm. TA=160/67 mmHg. Glicemia=137-208 sob insulina a 2.25-2.75 cc/7h.
Nível Renal	Algaliada com saída de urina clara. BH proposto = +300 ml/turno.

Evolução clínica:

Ao longo do internamento, aspiradas secreções mucoides em quantidade reduzida. Foi ao longo do tempo reduzindo o FiO₂ consoante a sua tolerância, realizando gasimetrias 2xT. Cumpriu com NE a 55ml/h. Sem estases gástricas, sob ondasetron fixo.

No dia 05.12 apresentou um vômito alimentar. Episódio único. Manteve antipiréticos fixos, sendo a sua temperatura máx =38,6°, no 3ºdia de internamento. Por este motivo colheu hemoculturas e LCR para exclusão de ventriculite. Realizados ajustes na sedação e na analgesia, tendo sido introduzido fentanil e metamizol em SOS, tendo sido suspendo a sedação no dia 02.12, contudo cumpria ordens de forma inconsciente.

No dia 06.12 identificado desvio conjugado do olhar para a direita, tendo realizado TAC-CE urgente, que relatou hidrocefalia compensada com DVR funcionante. Neste contexto manteve o DVE pela ausência de progressão neurológica favorável.

No dia 08.12 por Hg=7,2mg/dl, cumpriu com 1U CE. Ainda neste mesmo dia extubada. Desenvolveu neste contexto um estridor imediato, que foi implementado terapêutica adjuvante. *A posteriori*, teve alta clínica do serviço.

Ao longo do estágio, acompanhei os suprarreferidos casos clínicos complexos, que me permitiram aplicar e consolidar competências técnicas e não técnicas enquanto futura EEEMC-EPSC.

O primeiro caso clínico referiu-se a um doente de 50 anos, previamente autónomo, com diagnóstico posterior de SGB, que evoluiu rapidamente para insuficiência respiratória, o que exigiu entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. A evolução clínica foi marcada por instabilidade ventilatória, necessidade de ajustes frequentes nos modos ventilatórios, broncoespasmos, colapso pulmonar e colocação em posição prona. Foi um caso desafiante, que me permitiu refletir sobre a importância da monitorização contínua, da atuação em equipa e da capacidade de antecipação de complicações. Aprendi a valorizar o papel da enfermagem na gestão de vias aéreas, ventilação, higiene brônquica e no apoio à decisão clínica, bem como o impacto das intervenções no prognóstico e segurança do doente.

O segundo caso clínico envolveu uma doente de 69 anos com enfarte cerebeloso e hidrocefalia, submetida a craniotomia e colocação de DVE. Ao contrário do primeiro, este caso evidenciou uma evolução clínica mais estável, embora com momentos críticos, como alterações neurológicas súbitas e necessidade de transfusão por anemia. A extubação foi realizada com sucesso, mas acompanhada de complicações respiratórias imediatas. Esta situação reforçou a importância da vigilância no pós-extubação e da preparação do enfermeiro para atuar em momentos críticos. A gestão da sedação, da nutrição entérica, da analgesia e da monitorização neurológica foram componentes fundamentais do plano de cuidados, nos quais pude intervir diretamente.

Ambos os casos proporcionaram-me aprendizagens ricas e complementares. De um lado, a instabilidade extrema e a imprevisibilidade; do outro, a complexidade neurológica e a necessidade de decisões ponderadas. Em comum, a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz, da gestão de prioridades e da capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos. Estas experiências fortaleceram a minha autonomia, pensamento crítico e segurança na tomada de decisão, contribuindo significativamente para a construção da minha identidade profissional como futura Enfermeira Especialista.

Apêndice IV - “Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar” em formato word

**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro pv29681
Cláudia Francisca Cardoso da Silva pv4987

janeiro, 2026



Gestão de Conflitos na Equipa Multidisciplinar

Beatriz Isabel Sousa Pinheiro pv29681

Cláudia Francisca Cardoso Silva pv4987

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

Unidade Curricular: Opção 8- Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Teresa Silveira e tutoria da Enfermeira Especialista Natércia Coelho, Enfermeira Especialista Teresa Andrade e Enfermeira Especialista Filipa Costa

Introdução

Atualmente, a elevada competitividade do mercado impõe aos profissionais uma pressão constante que, para além das suas responsabilidades habituais, conduz a um desgaste contínuo, impactando negativamente as relações interpessoais e o ambiente de trabalho. (Tomás, 2017)

O conflito está presente nas relações humanas e nas relações de trabalho, derivado de pontos de vista entre indivíduos, na sua diversidade de interesses, nos valores e nas várias formas de pensar ou agir de cada envolvido. (Tomás, 2017)

Não existe uma definição simples de conflito, contudo é inquestionável que o conhecimento sobre a forma como os conflitos são geridos entre profissionais de saúde permitirá uma melhoria das práticas profissionais e das relações interpessoais. (Miguelote & Cunha, 2014 cit in Doce, 2023 e Tomás, 2017)

Assim, ter níveis diferentes de conflito pode considerar-se de forma positiva e reconhecido como um elemento essencial para o desenvolvimento das relações, tanto no ambiente de trabalho quanto nas interações pessoais. (Tomás, 2017) É necessário compreender a evolução e os mecanismos do conflito para o funcionamento saudável das relações.

A realização deste trabalho é pertinente e terá como objetivo geral: compreender a gestão de conflitos nas equipas multidisciplinares. Como objetivos específicos destacam-se: analisar o papel da equipa multidisciplinar, no cuidado ao doente crítico; conhecer a importância do trabalho em equipa, identificar diferenças entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista, identificar os tipos de conflitos existentes; destacar a comunicação eficaz como elemento essencial à gestão de conflitos; identificar e implementar estratégias de resolução de conflitos e criar estratégias para a resolução de conflitos.

Na primeira parte do trabalho iremos abordar o papel da equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico, dando ênfase aos diferentes papéis que podem assumir o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista.

Posteriormente, no segundo capítulo pretendemos realizar uma exposição sobre a gestão de conflitos (tipologia e estratégias identificadas para lidar com os mesmos).

O papel da equipa multidisciplinar no cuidado ao doente crítico

A evolução histórica das necessidades sociais do ser humano, aliada ao contínuo progresso científico e tecnológico na área da saúde, tem vindo a exigir uma crescente especialização dos profissionais que nela exercem a sua atividade. No contexto das equipas multidisciplinares, intervêm diferentes profissionais que devem adotar uma visão holística do doente, privilegiando uma atitude humanizada e uma abordagem mais abrangente e resolutive dos cuidados. Apesar de enriquecedora, esta diversidade pode originar conflitos que comprometem a qualidade do cuidado prestado, tornando indispensável uma gestão adequada desde as fases iniciais (Ribeiro, 2023).

A comunicação surge de forma espontânea e inerente à prática de enfermagem, quer seja entre profissionais, quer seja entre enfermeiro e doente. Comunicar e a forma como se comunica tem cada vez mais impacto na prática e na forma como se relacionam as equipas multidisciplinares, sendo um fator influenciador de um trabalho em equipa eficaz. Para além da comunicação entre profissionais, a que resulta na relação profissional e doente também é uma constante na prática diária e potencia a qualidade dos cuidados prestados, bem como a adesão do doente aos mesmos (Costa, 2021).

Enfermeiro especialista versus Enfermeiro generalista

O enfermeiro generalista desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados integrais e na articulação entre diferentes especialidades, sendo a sua capacidade de adaptação a diversos contextos e de resposta às múltiplas necessidades do doente essencial para a dinâmica da equipa.

O enfermeiro especialista traz conhecimento avançado e habilidades específicas, sendo fundamental para a tomada de decisões complexas. Atua frequentemente como um líder na gestão de casos críticos, proporcionando orientação e suporte aos outros membros da equipa.

A interação com o doente crítico exige elevadas competências de comunicação e empatia, sendo a compreensão das preocupações do doente e da sua família essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e para a facilitação do processo de decisão. Em contextos críticos, a identificação rápida de conflitos revela-se imprescindível, permitindo uma atuação adequada e eficaz, mesmo sob pressão. Neste sentido, cada membro da equipa desempenha um papel determinante, promovendo a comunicação e a colaboração em situações particularmente exigentes.

Conflitos vs Divergência Profissional

O conflito pode ser determinado como divergência de perspectivas e ideias, entre indivíduos entendidas como geradoras de tensão, em pelo menos, uma das partes envolvidas, que pode traduzir-se ou não em incompatibilidade de objetivos. Estes se colocam em posições contrárias que são inevitáveis e necessárias para a vida grupal. (De Breu & Weingart (2003) e Dimas, Lourenço & Miguez (2005), cit. in Doce, 2023 e Tomás, 2017).

Assim, as equipas de trabalho, aumentam a necessidade de interação, de cooperação e de colaboração entre indivíduos, com o objetivo de realização das tarefas. Essas mesmas transformações estruturais, ligadas a uma variedade de forças de trabalho, contribuem para o aparecimento de mais conflitos nas respetivas equipas/organizações. (Tomás, 2017 cit in Janssen et al., 1999; Williams & O'Reilly, 1998)

Relativamente e clarificando, a divergência profissional corresponde à discordância natural de ideias, opiniões ou métodos, que por sua vez o conflito surge quando essa divergência se manifesta de forma negativa, envolvendo mau entendimento, disputas de poder ou animosidade pessoal, prejudicando o ambiente de trabalho. (Valentim, 2023)

No entanto, quando bem gerido, o conflito pode tornar-se uma força positiva para a inovação e o crescimento, distinguindo-se de um confronto meramente destrutivo cujo objetivo é anular o outro.

Conflito na Equipa multidisciplinar

A prestação de cuidados de saúde no doente crítico exige uma coordenação dos esforços e uma prática colaborativa interprofissional. Neste sentido, a adequada comunicação do enfermeiro tem uma grande importância para interações adequadas e produtivas (Pinho, 2020).

Tipos de conflitos

O conflito constitui uma dimensão inevitável da vida humana, integrando-se de forma indissociável na existência das pessoas. Desempenha um papel relevante no processo evolutivo da humanidade e na promoção da transformação social, pelo que a sua correta compreensão e gestão são essenciais para potenciar os seus efeitos positivos e atenuar as suas consequências negativas. (Seromenho, 2017)

De acordo com a sua **natureza**, existiam 2 tipos de conflitos:

- **Conflitos de relação ou afetivos:** relacionado com questões pessoais e envolvimento de emoções e tensão entre as partes;
- **Conflitos de tarefa ou “substantivos”:** desacordo sobre determinado conteúdo e objetivos). Posteriormente, surgiram os conflitos de processo e conflitos cognitivos que incidia sobre a divergência de ideias

(Caetano, *et al.*, 2020)

Relativamente à **gravidade** em que ocorre o conflito, este pode ser classificado como:

- **Conflito percebido:** ocorre quando os indivíduos envolvidos reconhecem a existência do conflito, ao perceberem que os seus objetivos diferem dos objetivos dos outros e que existem possibilidades de interferência ou bloqueio mútuo;
- **Conflito experienciado:** manifesta-se quando o conflito desperta sentimentos como hostilidade, raiva, medo ou descrédito entre as partes. Trata-se de um conflito velado, uma vez que permanece dissimulado, oculto e não é expressado de forma clara ou explícita;
- **Conflito manifestado:** verifica-se quando o conflito é exteriorizado por meio de comportamentos de interferência ativa ou passiva por, pelo menos, uma das partes. Corresponde ao conflito aberto, caracterizado pela sua expressão direta e sem dissimulação.

(Miguel, 2025)

Quanto à **tipologia** de conflitos existentes, tornaram-se suscetíveis de serem classificados de diferentes modos:

- Conflito intrapessoal: ocorre dentro do indivíduo (pode radiar no conflito de ideias, pensamentos, emoções, valores e predisposições);
- Conflito interpessoal: ocorre entre indivíduos e devido à diferenciação de papéis, limitação de recursos e diferenças individuais. A idade, o sexo, as atitudes, as crenças, os valores e as diferenças de personalidade são condições que propiciam na maioria o aparecimento de conflitos;
- Conflito intragrupal: ocorre dentro de um pequeno grupo;
- Conflito intraorganizacional: abrange a generalidade das partes da organização;
- Conflito intergrupar: ocorre entre grupos (assimetrias de poder, estilo de liderança e heterogeneidade na composição do grupo);
- Conflito interorganizacional;
- Conflito ético e de tomada de decisão.

(Caetano, et al., (2020), Cunha, et al., (2021), Seromenho, (2017) e Costa, (2021))

Para além dos tipos de conflitos anunciados anteriormente, poderemos ainda encontrar:

- Conflito de tarefas: ocorrem quando há desacordo sobre os objetivos, tarefas ou responsabilidades dentro de uma equipa;
- Conflito de processo: aqueles que acontecem quando existe um desacordo no modo como o trabalho deve ser feito;
- Conflito de comunicação: barreiras linguísticas e técnicas, comunicação ineficaz ou incompleta;
- Conflito de liderança: dinâmica de poder, tomada de decisão;
- Conflito de personalidade no trabalho: pressão por tempo, diferença de ritmo;
- Conflito de valores/morais: diferença nos valores éticos, cuidado centrado ao doente vs cuidado centrado na doença;
- Conflito cultural: diferenças culturais entre profissionais, perceção cultural do doente.

(Cunha, et al. (2021), Seromenho, (2017), Costa, (2021))

Principais causas e impacto dos conflitos

O conflito é inevitável e constante nos locais de trabalho, porém existem ambientes e situações que potencializam a ocorrência do mesmo, sendo que uma boa forma de entender e trabalhar um assunto é estudar o mesmo, selecionando as soluções possíveis e aceitáveis para a equipa.

Numa organização pode ser benéfico e construtivo originando criatividade e mudança, ou prejudicial e destrutivo originando situações negativas. Estas vantagens ou desvantagens dos conflitos variam consoante o conflito e se o mesmo é bem ou mal gerido. (Miguel, 2025)

Assim as **principais causas de conflitos são as seguintes**: má comunicação, desde mal-entendidos, falta de clareza, feedback ausente ou ruídos na transmissão de mensagens, competição por recursos (reconhecimentos), diferenças de personalidade/valores/perceções (estilos de trabalho e de vida, crenças e visões diferentes), objetivos desalinhados e falta de clareza nas responsabilidades, levando a impactos negativos como stress, baixa produtividade, rompimento de relações, desconfiança e frustração.

(Lima, et al., nd)

Gestão de conflitos

A superação de conflitos pressupõe a capacidade de os gerir de forma adequada; contudo, nem sempre o tato e a sensibilidade são suficientes para garantir soluções eficazes que

atendam a todas as partes envolvidas. O estilo de gestão utilizado por quem negocia o conflito é uma das variáveis importantes a ponderar no processo de conflito. (Miguel, 2025)

Segundo Doce (2023), vários autores sustentam que as abordagens de gestão de conflitos podem ser **classificadas com base em dois aspetos centrais**:

- “Preocupação consigo próprio”, que se refere à salvaguarda dos interesses individuais;
- “Preocupação com o outro”, que diz respeito à atenção dada aos objetivos da parte oposta.

Deste modo, surgem assim os **cinco estilos de gestão de conflitos**:

1. **Integração /cooperação**: direciona para a vertente de ir ao encontro das necessidades e interesses de todas as partes e implica que exista resolução de problemas. Visa tratar a base dos conflitos, permitindo que haja troca abundante de informação, situações de concordância e geração de opções, tendo como objetivo uma solução que seja adequada para todas as partes. Esta primeira abordagem está indicada para conflitos completos, em que é necessário tempo. É desaconselhada para situações urgentes. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
2. **Submissão**: Ao adotar este estilo pressupõe-se um sacrifício dos envolvidos. É adequado quando as partes acreditam que o objetivo da outra parte tem mais importância que o seu, quando se pretende manter uma relação ou quando se tem o objetivo de dar alguma coisa em troca de modo a alcançar algo da outra parte envolvida no futuro. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
3. **Dominação/Confrontação**: uma parte tenta forçar outra a ceder e ocorre quando uma das partes tenta satisfazer as suas próprias necessidades, não sendo importante o impacto que possa ter na outra. Pode ser um método adequado, quando não há tempo para discutir divergências. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
4. **Evitação**: reconhece que uma ou ambas as partes reconhecem a existência de conflito, mas evitam o confronto. É útil num curto prazo de tempo, porém pode ser inadequada quando é necessária uma resposta imediata e vinculativa (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).
5. **Tendência ao compromisso**: Ambas as partes têm tendência a ceder um pouco a sua posição para que a outra parte envolvida possa tomar uma decisão que seja aceitável para ambos. Esta abordagem é apropriada quando se procura manter a estabilidade nas relações e a solução do conflito. É especialmente útil em situações de impasse, e sobretudo quando a questão central é clara e simples. (Caetano, *et al.*, 2020 e Tomás, 2017).

Ainda no âmbito das **estratégias de gestão de conflitos**, destacam-se ainda as **competências de negociação e mediação**. A negociação corresponde a um processo de decisão estratégica, sendo entendida como uma discussão entre dois ou mais indivíduos com o objetivo de resolver metas incompatíveis (Pruitt & Carnevale, 1993, cit. por Cunha, 2008, cit. in Doce, 2023). O desfecho da negociação nem sempre é simples, uma vez que pressupõe a sua viabilidade, a qual depende da adoção do princípio do benefício mútuo, segundo o qual as partes devem perceber o acordo como vantajoso para ambas (Doce, 2023). Por sua vez, a mediação constitui uma modalidade de gestão de conflitos na qual intervém um terceiro elemento imparcial (o mediador) com a finalidade de auxiliar as partes envolvidas na resolução do conflito. Trata-se de um processo juridicamente enquadrado, no qual a participação das partes ocorre de forma voluntária. (Campos, 2008, cit. in Doce, 2023)

Para além da negociação e da mediação, podem ainda ser consideradas a **arbitragem e a conciliação como mecanismos de gestão de conflitos**. A arbitragem consiste num processo voluntário no qual as partes em situação de conflito delegam poderes a um terceiro, preferencialmente um especialista na matéria, imparcial e neutro, para decidir o litígio em seu nome (Moore, 1998, cit. in Doce, 2023). Por sua vez, a conciliação corresponde a um procedimento técnico em que as próprias partes envolvidas, com ou sem a intervenção de um terceiro, alcançam, através do consenso, uma solução para a resolução do conflito (Bacelar, 2012; Sales & Chaves, 2014, cit. in Doce, 2023).

Pode-se ainda acrescentar, que o mediador dispõe de condições, que são as seguintes:

- Reduzir a diferenciação dos grupos - Minimizar as diferenças entre os grupos identificando objetivos que possam ser compartilhados por eles
- Interferir nos recursos compartilhados - utilização dos sistemas de recompensas formais e de incentivos para recompensar o desempenho conjunto e combinado de dois ou mais grupos e criar um objetivo comum
- Reduzir a interdependência - Separar os grupos física ou estruturalmente pode ajudar a diminuir conflitos
- Desativação do conflito - uma parte reage cooperativamente e não agressivamente
- Reunião de confrontação entre as partes - encontros presenciais entre as partes em conflito, com o objetivo de permitir a expressão de emoções, a discussão aberta dos problemas, a identificação das áreas de divergência e a procura de soluções vantajosas para todos
- Colaboração: as partes trabalham juntas para solucionar problemas e identificar soluções

(Miguel, 2025 cit, por Chiavenato)

Em suma, apesar da existência de múltiplos estilos de gestão de conflitos interpessoais, a eficácia de uma gestão construtiva depende da capacidade de selecionar o estilo mais apropriado em função das especificidades de cada situação (Tomás, 2017, cit. por Lee, 2008).

O papel do gestor na resolução de conflitos

É evidente que os conflitos estão presentes em qualquer organização e que, quando mal geridos, podem fragilizá-la, tornando-a vulnerável à estagnação, a processos de decisão pouco eficazes e à diminuição do desempenho. No entanto, importa salientar que o conflito, por si só, não é necessariamente negativo, uma vez que um determinado nível de conflito pode contribuir para níveis mais elevados e otimizados de eficácia organizacional.

Deste modo, torna-se essencial apostar na gestão do conflito, recorrendo à negociação ou a outras estratégias adequadas, em vez de procurar a sua eliminação total. Esta responsabilidade recai sobretudo sobre os gestores, que, pela sua formação, autoridade e posição, dispõem de melhores condições para intervir e apoiar a gestão dos conflitos no contexto laboral.

A prontidão na resolução de conflitos e a atenção à cordialidade são fundamentais, uma vez que conflitos não resolvidos ou mal geridos tendem a intensificar-se, afetando negativamente o clima organizacional e a produtividade da equipa. Ao assegurar que a situação seja tratada de forma respeitosa e imparcial, o líder não só resolve o problema, como também fortalece a confiança e a coesão no seio da equipa.

Nesse sentido, é essencial que o líder possua um conhecimento aprofundado sobre as causas do conflito e esteja disposto a ouvir todas as partes envolvidas, evitando julgamentos precipitados e garantindo soluções justas. Tal evidencia a importância da empatia e da escuta ativa no exercício da liderança, competências indispensáveis para promover um ambiente de trabalho saudável e uma liderança eficaz.

(Miguel, 2025)

Ferramenta de apoio – Estratégias e Jogos Dinâmicos

O objetivo destas estratégias é **promover relações interpares saudáveis**, apoiar o **reconhecimento precoce dos conflitos** e **diagnosticar possíveis barreiras existentes** no trabalho em equipa. Pretende-se ainda **desenvolver um ambiente de prestação de cuidados seguros**, transmitir **segurança e confiança entre os profissionais** e demonstrar às famílias e aos doentes a **cooperação e coesão da equipa**.

Apresentam-se, de seguida, **jogos e dinâmicas a propor à equipa**, com o intuito de resolver conflitos e divergências do dia a dia. Estas atividades devem ser realizadas **quinzenal ou mensalmente**, ou sempre que se justifique.

1. **Cartões de problemas e soluções** - Criação de cartões com situações-problema comuns no serviço e possíveis formas de resolução, promovendo a reflexão e a partilha de estratégias.
2. **Comunicação estruturada** - Cada parte dispõe de 3 minutos para falar sem interrupções. De seguida, o interlocutor deve repetir o que entendeu antes de responder, promovendo a escuta ativa e a compreensão mútua.
3. **Jogo da bola** - Utilizando uma bola como objeto da palavra, cada participante expõe o problema, explorando diferentes perspetivas e defendendo o seu ponto de vista de forma estruturada e respeitosa.
4. **Mapa de conflitos** – Qual é o problema? Quais são as emoções envolvidas? Quais são as necessidades? Quais são as soluções?
5. **Construção às cegas**: Em equipas, os participantes constroem uma torre vendados, seguindo apenas instruções verbais. No final, realiza-se uma reflexão sobre as falhas de comunicação e a importância da clareza e confiança.
6. **Semáforo das Emoções** – cada participante escolhe a cor (tipo cartas: vermelho – raiva/irritado, amarelo – desconfortável/inseguro e verde - tranquilo) e posteriormente, explica o motivo da escolha, promovendo a consciência emocional.
7. **Caixa do Não-Dito** - Todos escrevem, de forma anónima, algo que nunca disseram. No final da semana, um elemento da equipa lê os conteúdos e o grupo discute possíveis soluções de forma construtiva.
8. **Campainha do respeito** - Qualquer membro da equipa pode tocar a campainha sempre que a comunicação saia do tom adequado ou do respeito, promovendo autorregulação e segurança emocional.

Foi colocado no serviço um **poster com o Mapa de Conflitos**, como lembrete diário da importância de uma comunicação: aberta, clara, simples e sem interferências.

Este recurso visa reforçar a prática de uma comunicação eficaz e respeitosa no quotidiano profissional.



Conclusão

Importa compreender que o conflito constitui uma forma de associação humana que coloca os indivíduos em interação e através da qual pode emergir a união. Não representa necessariamente uma rutura nas relações, mas antes uma oportunidade para que as partes envolvidas reconheçam e compreendam os pontos de vista uma da outra, ainda que sejam antagónicos (Simmel, 1903).

Assim, o conflito é um processo que se desenvolve de forma gradual, sendo constituído por diferentes fases ou sequências de eventos. Trata-se de um processo cíclico, composto por uma série de episódios que funcionam como acontecimentos ou eventos desencadeadores, podendo repetir-se caso o conflito não seja resolvido de forma definitiva ou quando existe uma elevada interdependência entre as partes envolvidas. (Seromenhoser, 2017)

A crescente importância da liderança na administração das emoções no contexto corporativo está relacionada com o facto de as pessoas serem o recurso mais valioso dos sistemas produtivos, influenciando as suas ações e decisões a partir da perceção e interação com o ambiente em que vivem. (Miguel, 2025)

Em síntese, a gestão de conflitos assume um papel fundamental no desenvolvimento dos grupos. A identificação do conflito e a escolha da estratégia mais adequada para a sua gestão e superação podem conduzir a transformações significativas e a melhorias no funcionamento da equipa.

Esta pesquisa permitiu evidenciar o papel crucial da equipa, bem como distinguir as funções do enfermeiro generalista e do enfermeiro especialista. Reconhece-se que o conflito pode assumir uma conotação positiva ou negativa, dependendo da forma como cada indivíduo o enfrenta e o gere. Além disso, o contexto da prática de cuidados de saúde pode exigir elevadas competências ao nível da comunicação e da gestão de conflitos.

Importa ainda salientar que a interação com o doente crítico requer habilidades específicas e que, em cenários críticos e de grande *stress*, a identificação rápida do conflito constitui um elemento fulcral e essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

Referências Bibliográficas

- Caetano, A. Neves, J.G. Ferreira, J.M.C. (2020). *Psicossociologia das Organizações. Fundamentos e Aplicações*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Costa, A. (2021). *A Gestão de Conflito Enquanto Processo Relacional de Crescimento: Uma Reflexão*. Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10738/1/DM_37743.pdf
- Costa, D.L. (2021) *O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflito*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38980/1/Dissertação%20de%20Mestrado_David%20Costa.pdf
- Cunha, P. Lopes, C. Monteiro, A.P. (2021). Uma abordagem global sobre conflitos em contextos de saúde. In P. Cunha & A.P. Monteiro (Coord.), *Gestão de Conflitos na Saúde* (pp. 1-13). Pactor.
- Doce, M.I.S. (2023). *Estratégias de gestão construtiva de conflitos em meio hospitalar: desafios vivenciados pelos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica em cargos de coordenação*. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/17352>
- Lima, M. Andrade, K. (nd). *Causas e consequências dos conflitos que interferem nos relacionamentos interpessoais em uma instituição pública em boa vista rr*. <https://static.even3.com/anais/73112.pdf?v=638964434454677064>
- Miguel, C. (2025). *A influência da gestão de conflitos na motivação dos colaboradores: um estudo de caso sobre as relações laborais no sector “petrolífero”*. Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. file:///C:/Users/Asus/Downloads/content%20(3).pdf
- Pinho, C. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos. – Dissertação de Mestrado em Enfermagem*. Universidade de Évora. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33790>
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel. Lisboa.
- Ribeiro, C. M. L. (2023) *Cenário com Múltiplas Vítimas no Contexto do Serviço de Urgência: Estratégias de Atendimento e Gestão de Emergências*. Relatório de Estágio. Universidade do Minho Escola Superior de Enfermagem. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/86908/1/Carla%20Manuela%20Lopes%20Ribeiro.pdf>
- Seromenho, D. (2017). *Gestão de conflitos: Gerir um conflito em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2092/1/Diogo_Seromenho.pdf

- Tomas, A. (2017). *Gestão de conflitos e satisfação profissional*. Dissertação apresentada ao ISMT. Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/bbda41b1-cda1-413b-9473-c8a871b792ae/content>
- Valentim, M. (2023). *Convergências e divergências no que se refere a competência em informação e as competências gestoras*. Dossier temático «Alfabetización en información: perspectivas y desafíos». <http://www.scielo.edu.uy/pdf/info/v28n2/2301-1378-info-28-02-278.pdf>

Apêndice V - “Gestão de Conflitos na Equipe Multidisciplinar” em formato power-point



Objetivos



VAMOS JOGAR?



Introdução

O conflito está presente nas relações humanas e nas relações de trabalho, derivado de pontos de vista entre indivíduos, na sua diversidade de interesses, nos valores e nas várias formas de pensar ou agir de cada envolvido. (Tomás, 2017)

Assim, ter níveis diferentes de conflito pode considerar-se de forma positiva e reconhecido como um elemento essencial para o desenvolvimento das relações, tanto no ambiente de trabalho quanto nas interações pessoais. (Tomás, 2017)

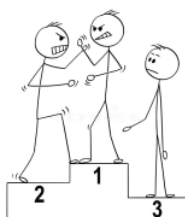
É necessário compreender a evolução e os mecanismos do conflito para o funcionamento saudável das relações.



Conflito vs Divergência Profissional

Não existe uma definição simples de conflito, este pode ser determinado como divergência de perspetivas e ideias, entendidas como geradoras de tensão, em pelo menos, uma das partes envolvidas, que **pode traduzir-se ou não em incompatibilidade de objetivos**. (De Bora & Weingart (2003) e Diniz, Lourenço & Miguel (2005), cit. in Docet, 2023)

A divergência profissional corresponde à discordância natural de ideias, opiniões ou métodos, que por sua vez o conflito surge quando essa divergência se manifesta de forma negativa, envolvendo mau entendimento, disputas de poder ou animosidade pessoal, prejudicando o ambiente de trabalho. (Valente, 2023)



Tipologia do Conflito

- Conflito intrapessoal
- Conflito interpessoal
- Conflito intragrupal
- Conflito intergruppal
- Conflito intraorganizacional
- Conflito interorganizacional

(Carteiro, et al., 2020) & (Caldas, et al., 2016) & (Santander, 2017) & (Costa, 2021) & (Figueiredo, 2012) & (Santander, 2017) & (Costa, 2021) & (Azeiteiro, 2021)



Tipos de Conflitos

O conflito constitui uma dimensão inevitável da vida humana, integrando-se de forma indissociável na existência das pessoas. Desempenha um papel relevante no processo evolutivo da humanidade e na promoção da transformação social



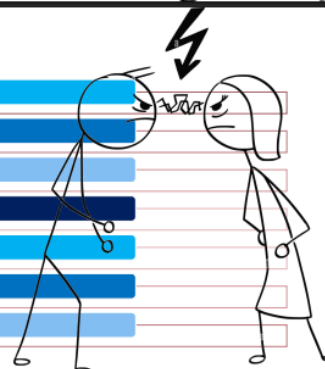
O conflito pode-se dividir em:

- **Natureza:** conflito de relação ou conflito de tarefa.
- **Gravidade:** conflito percebido, experienciado ou manifestado.
- **Tipologia:** intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intergruppal, intraorganizacional, interorganizacional, ética e de tomada de decisão.

Tipologia do Conflito

- Conflito de interesse
- Conflito de processo
- Conflito de comunicação
- Conflito de liderança
- Conflito de personalidade no trabalho
- Conflito valores/morais
- Conflito cultural

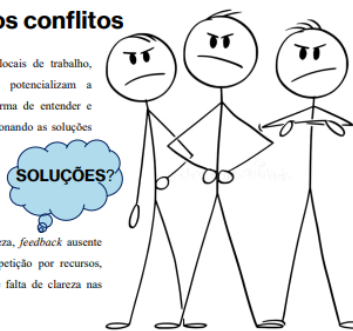
(Carteiro, et al., 2020) & (Caldas, et al., 2016) & (Santander, 2017) & (Costa, 2021) & (Figueiredo, 2012) & (Santander, 2017) & (Costa, 2021) & (Azeiteiro, 2021)



Causas e impacto dos conflitos

O conflito é inevitável e constante nos locais de trabalho, porém existem ambientes e situações que potencializam a ocorrência do mesmo, sendo que uma boa forma de entender e trabalhar um assunto é estudar o mesmo, selecionando as soluções possíveis e aceitáveis para a equipa.

CAUSAS: má comunicação, falta de clareza, *feedback* ausente ou ruídos na transmissão de mensagens, competição por recursos, diferenças de personalidade/valores/percepções e falta de clareza nas responsabilidades.



Gestão dos Conflitos

A superação de conflitos pressupõe a capacidade de os gerir de forma adequada; contudo, nem sempre o tato e a sensibilidade são suficientes para garantir soluções eficazes que atendam a todas as partes envolvidas. (Miguel, 2025)

Segundo Cactano, *et al.* (2020) e Tomás (2017), identificaram as seguintes 5 estratégias de gestão de conflitos:



Estratégias de Gestão de Conflitos

Apesar da existência de múltiplos estilos de gestão de conflitos interpessoais, a eficácia de uma gestão construtiva depende da capacidade de selecionar o estilo mais apropriado em função das especificidades de cada situação (Tomás, 2017, cit. por Lee, 2008).



(Brito, 2023)

Papel do Gestor

Torna-se essencial apostar na gestão do conflito, recorrendo à negociação ou a outras estratégias adequadas, em vez de procurar a sua eliminação total. Esta responsabilidade recai sobretudo sobre os gestores.

Nesse sentido, é essencial que o líder possua um conhecimento aprofundado sobre as causas do conflito e esteja disposto a ouvir todas as partes envolvidas, evitando julgamentos precipitados e garantindo soluções justas. Tal evidencia a importância da empatia e da escuta ativa no exercício da liderança, competências indispensáveis para promover um ambiente de trabalho saudável e uma liderança eficaz.



(Miguel, 2025)



Conclusão

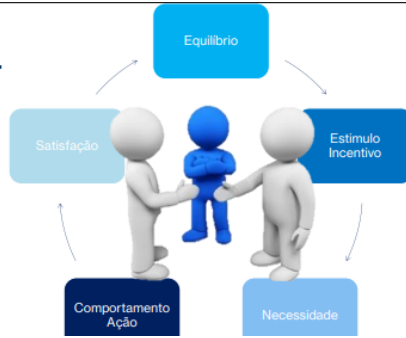


Importa compreender que o conflito constitui uma forma de associação humana que coloca os indivíduos em interação e através da qual pode emergir a união. Não representa necessariamente uma rutura nas relações, mas antes uma oportunidade para que as partes envolvidas reconheçam e compreendam os pontos de vista uma da outra, ainda que sejam antagónicos. (Simmel, 1903)

A crescente importância da liderança na administração das emoções no contexto corporativo está relacionada com o facto de as pessoas serem o recurso mais valioso dos sistemas produtivos, influenciando as suas ações e decisões a partir da percepção e interação com o ambiente em que vivem. (Miguel, 2025)

Em síntese, a gestão de conflitos assume um papel fundamental no desenvolvimento dos grupos. A identificação do conflito e a escolha da estratégia mais adequada para a sua gestão e superação podem conduzir a transformações significativas e a melhorias no funcionamento da equipa.

Papel do Gestor



Referências Bibliográficas

- Costa, A. Neres, J.G. Ferreira, J.M.C. (2020). *Psicossociologia das Organizações: Fundamentos e Aplicações*. Edições Sílabo, Lisboa.
- Costa, A. (2021). *A Gestão de Conflito Enquanto Processo Relacional de Crescimento Uma Reflexão*. Universidade Fernando Pessoa.
- Costa, D.L. (2020). *O papel do enfermeiro gestor na gestão de conflitos*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_David%20Costa.pdf
- Costa, F. Lopes, C. Monteiro, A.P. (2021). *Uma abordagem global sobre conflitos em contextos de saúde*. In P. Curto & A.P. Monteiro (Coord.), *Gestão de Conflitos na Saúde*. pp. 1-15. Porto.
- Duck, M.J.S. (2020). *Estratégias de gestão construtiva de conflitos em meio hospitalar: desafios vivenciados pelas técnicas superiores de diagnóstico e terapêuticas em cargos de enfermagem*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Miguel%20Duck.pdf
- Lin, M. Andrade, R. (2021). *Causas e consequências dos conflitos que interferem nos relacionamentos interpessoais em uma instituição pública em sua visão*. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Rafaela%20Andrade.pdf
- Miguel, C. (2020). *A influência da gestão de conflitos na motivação dos colaboradores: um estudo de caso sobre as relações laborais no sector "retailers"*. Dissertação submetida ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Cristina%20Miguel.pdf
- Pinho, C. (2020). *A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos*. - Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora. https://comum.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Cristina%20Pinho.pdf
- Pinho, J.A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel, Lisboa.
- Ribeiro, C. M. A. (2020). *Gestão de Conflitos em Meio Hospitalar: Vivências no Contexto do Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado. Universidade de Évora. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Cristina%20Ribeiro.pdf
- Saramento, D. (2021). *Gestão de conflitos: Gerir um conflito em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Diana%20Saramento.pdf
- Tomas, A. (2021). *Gestão de conflitos e satisfação profissional*. Dissertação apresentada ao ISM. Instituto Superior Miguel Torga. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Tomas.pdf
- Valente, M. (2020). *Convergência e divergência no que se refere a competência em enfermagem e as competências gestoras*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora. https://repositorio.ueap.pt/bitstream/10450/2638880/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Maria%20Valente.pdf



Escola Superior de Saúde de Viseu
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Escola Superior de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Bastar Pinheiro e Cláudia Silva | Ano letivo 2025/2026



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES



Escola Superior de Saúde de Viseu
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Escola Superior de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES

Anexos

Anexo I - Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros, o QPVAVE (Gomes, Chaves, & Corte-Real, 2014), com parecer favorável para a sua utilização no presente estudo pela autora principal, Cristiana Isabel de Almeida Gomes

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

Eu, Enfermeira Cláudia Francisca Silva, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, venho por este meio solicitar a autorização para a aplicação do "*Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)*" (Gomes, Chaves e Corte Real), cuja investigação tem o tema centrado na violência nos adultos (idade >18 anos).

Será aplicado nos enfermeiros da urgência geral da ULSVDL.

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

- * sempre que usar ou adaptar o QPVAVE, referir os seus autores;
- * sempre que referir o QPVAVE, referir os seus autores;
- * dar a conhecer os resultados deste estudo, bem como facultar toda a informação adicional que considere pertinente.

Sem mais assunto de momento,

Cláudia Francisca Silva Cláudia Francisca Silva 15/09/2015 (data)

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

Com os melhores cumprimentos,

Cristiana Isabel de Almeida Gomes
Cristiana Isabel de Almeida Gomes 15/09/2015 (data)

Caro(a) Enfermeiro(a): No âmbito da investigação intitulada "Violência em adultos: desafios e intervenções do enfermeiro forense em urgência e emergência", com a equipa de investigação - Professor Mestre Fernando José Gama da Costa (investigador responsável e professor da Escola Superior de Saúde de Viseu), Cláudia Francisca Cardoso da Silva (estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, mestrado Politécnico de Viseu) solicita a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. O presente trabalho surge com intuito analisar e perceber o conhecimento e a aplicação dos procedimentos de preservação de vestígios forenses por parte dos enfermeiros que exercem funções em serviço de urgência e/ou emergência da unidade local de saúde de Viseu (do Lufes/Lufes), bem como identificar fatores académicos e profissionais associados a essas dimensões, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que demorará cerca de 10 minutos. Este é do carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todos os dados são tratados a seu respeito. Os dados recolhidos serão tratados, analisados e divulgados de acordo com as regras de investigação científica. Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitado através do contacto para: edaf@fct.univiseu.pt Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que não deixe de responder a nenhuma questão. Agradecemos, desde já, a sua participação. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Caro(a) Enfermeiro(a), Entendo e realizei um estudo sobre violência em adultos: desafios e intervenções do enfermeiro forense em emergência e urgência. 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. Assumo que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos meus dados, pois os investigadores consideram como obrigação e dever a rigor profissional. Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, expostos pelo investigador que assinou este documento; Declaro ter-me dado conta da importância de dar todos os respostas sobre o assunto e para todos eles ter dando respostas excecionalmente; Declaro ter-me dado conta assegurando que todo o 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 sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;	Politécnico de Viseu Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo: Sim ☐ Não ☐ Se ACEITEU participar, solicitamos que após concluir o preenchimento deverá clicar no botão "Enviar" (campo inferior direito do ecrã) de forma a submeter as suas respostas. Se assinou NÃO a sua colaboração no presente estudo está concluída. Em ambos os casos agradecemos a atenção dispensada. Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016) 1.ª Parte - Caracterização sociodemográfica e profissional 1. Género ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Prefiro não responder 2. Idade _____ (anos) 3. Qualificações Académicas: ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-graduação: Se sim, Qual: _____ ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses? Se sim, indique e denomine pós graduação: _____ 4. Categoria Profissional: ☐ Enfermeiro(a) ☐ Enfermeiro(a) graduado(a) ☐ Enfermeiro(a) especialista Especifique: ☐ Enfermagem comunitária ☐ Enfermagem Médico-cirúrgica ☐ Enfermagem de Reabilitação ☐ Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica ☐ Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica ☐ Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica 5. Tempo de exercício da profissão de Enfermeiro: _____ anos 6. Tempo de exercício da profissão de Enfermeiro em Serviço de Urgência e/ou Emergência: _____ anos	Politécnico de Viseu 7. No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária ☐ Nunca ☐ Poucas vezes (1 a 3 vezes) ☐ Algumas vezes (4 a 10 vezes) ☐ Muitas vezes (11 a 20 vezes) ☐ Sempre (diariamente) 7.1. Se assiste, qual o tipo de vítimas que assiste? Indique por ordem decrescente o tipo de vítimas que assiste - do mais frequente para o menos frequente, usando a numeração de 1 a 6: ☐ Vítimas de violência sexual ☐ Vítimas de arma de fogo ☐ Vítimas de arma branca ☐ Vítimas de acidentes de viação ☐ Vítimas de intoxicação ☐ Vítimas de afogamento 7.2. Se assiste, indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que defina a sua atuação: ☐ Sim ☐ Não 2.ª Parte - Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2016) GESTÃO DE VESTÍGIOS Os procedimentos seguintes referem-se apenas à gestão de vestígios <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">EXERCUTABILIDADE</th> <th>PROCEDIMENTO</th> <th colspan="2">PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO</th> </tr> <tr> <th>Se conhece</th> <th>Se não conhece</th> <th>Quando em contacto com uma vítima vítima de uma agressão física no serviço de emergência ou no serviço de urgência, o enfermeiro deve:</th> <th>Conhece o procedimento</th> <th>Conhece o tipo de vestígio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/ágente durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3. Observar potenciais vestígios de agressão, colheita todos os dados presentes na vítima/ágente com eventual interesse forense.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	EXERCUTABILIDADE		PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		Se conhece	Se não conhece	Quando em contacto com uma vítima vítima de uma agressão física no serviço de emergência ou no serviço de urgência, o enfermeiro deve:	Conhece o procedimento	Conhece o tipo de vestígio			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/ágente durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.					2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.					3. Observar potenciais vestígios de agressão, colheita todos os dados presentes na vítima/ágente com eventual interesse forense.		
EXERCUTABILIDADE		PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO																								
Se conhece	Se não conhece	Quando em contacto com uma vítima vítima de uma agressão física no serviço de emergência ou no serviço de urgência, o enfermeiro deve:	Conhece o procedimento	Conhece o tipo de vestígio																							
		1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/ágente durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.																									
		2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.																									
		3. Observar potenciais vestígios de agressão, colheita todos os dados presentes na vítima/ágente com eventual interesse forense.																									

Politécnico de Viseu							
				4. Documentar o que o, vítima e/ou usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar a local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.			
				5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padão.			
				6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros diste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.			
				7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, rasos, feridas e/ou hematomas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.			
				8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padão de lesões pode desenvolver lesões ou de surgir.			
				9. Continuar as buscas de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.			
				10. Consultar as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar os dentes, pentear-se, mudar de roupa ou lavar a cabeça, comer, beber, mastigar ou fumar.			
				11. Informar a vítima que deve evitar ficar no local do crime, incluindo mostrar contentores de fezes ou urina e automóveis.			
				12. Colher os vestígios usando uma técnica estérilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água estérilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.			
				13. Preservar a integridade das marcas de mordeduras, com uma operação específica , localizar as lesões e documentar as.			
				14. Tirar fotografias das lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se não for possível, documentar a e descrever o estado geral da vítima.			
				15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e urina em contentores estérilizados com tampa ou em frascos cabíveis.			
				16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.			

Politécnico de Viseu							
				17. Caso tenham razão, guardá-los em sacos de papel separadamente e usá-los se isso for possível. Se não tiver sacos de papel, deve embrulhá-los em tecido branco limpo ou utilizar papel de manuseio, não lacerado.			
				18. Colher cuidadosamente o tecido onde a vítima sofreu lesão para enviar a parte de vestígios, colida no saco de operação específica .			
				19. Documentar o que resultou, o que foi, e a quem entregou.			
				20. Colocar sacos de papel em cada parte do corpo da vítima já sem uma enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.			

AGRESSÃO SEXUAL

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a agressões sexuais.

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressão em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.			
			22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorectal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.			
			23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.			
			24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal.			
			25. Evitar engraxar, lavar e/ou fazer sobre as amostras.			
			26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.			
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			
			28. Efetuar a colheita de vestígios em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.			

Politécnico de Viseu							
				29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

LESIONES

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a lesões.

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressão em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.			
			31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em traumatismos ósseos, tais como fraturas, entorses, contusões e hematomas.			
			32. Documentar uma queimadura pelo calor, forma e tamanho que está apresentada e odo através do número de dias.			
			33. Denotar a presença de vestígios de lesões em locais isolados e proceder à sua colheita.			
			34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em todo o corpo e com diagramas/fotografias.			
			35. Documentar a localização das lesões resultantes de acidentes, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos pontos de impacto.			

ARMA BRANCA

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressão em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			36. Para documentar a lesão física, providenciada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e debaixo da lesão com uma caneta.			
			37. Nunca lavar a lesão, documentar a presença de "cristais", cortes e abrasões superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar o ponto final da lesão.			
			38. Documentar as manchas de sangue resultantes das lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam delimitadas, na roupa e no local do crime.			
			39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões (cortes) em cores da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e			

Politécnico de Viseu							
				40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.			
				41. Em caso de lesões múltiplas, examina-se e documenta as dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.			
				42. Documentar marcas típicas do tecido epitelial adjacentes, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.			
				43. Evitar perfurar as lesões com um objeto "afiado" ou com a alegada arma.			

ARMA FOGO

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressão em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiam a arma.			
			45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.			
			46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incandescentes ou parcialmente incandescentes, fulminante, invólucro e projétil.			
			47. Preservar a roupa da vítima sem a sujar, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colar-se rapidamente em sacos de papel.			
			48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.			
			49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou uma padrão de pequenas lesões pontiformes resultante da dispersão de resíduos de pólvora incandescentes.			
			50. Guardar as peças de roupa que forem remetidas em sacos de papel individuais e identificá-las.			
			51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelas orlas imediatamente debaixo pelo projétil.			
			52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as câmaras, e outros objetos que pareçam relevantes.			
			53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado			

Politécnico de Viseu							
				em zona adjacente à zona de impacto do projétil, providenciá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.			
				54. Quando um padrão de lesões é detectado, documentar fotograficamente de qualquer procedimento médico.			
				55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala métrica.			
				56. Evitar retirar todos os corpos com peças de metal e evitar colar-las em peças de metal.			
				57. Evitar lavar as lesões e/ou projétils.			

Acidente de Viação

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			58. Em vítimas de atropelamento estar particularmente atento a hematomas, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.			
			59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.			
			60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbag, tais como abrasões, lacerações e contusões.			
			61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, colagem ou detritos.			
			62. Colocar as roupas em sacos de papel já identificadas pelo impacto.			
			63. Ter sempre presente que a composição química do vidro de vidro é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.			
			64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado das vias das intervenções, a localização no acidente, posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstrução do acidente.			

Politécnico de Viseu							
				65. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

INTOXICAÇÃO

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			66. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			
			67. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, bilhetes, caixas de comprimidos ou venenos, preservando impressões digitais ou outros artefactos.			
			68. Com o auxílio de uma caneta, circular o local da punção venosa por onde administrado o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrado a substância tóxica ou droga de abuso.			
			69. Preservar os vestígios eméticos.			
			70. Antes de procurar a vítima, friccionar as luvas com um conteúdo envolvido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido ingerida.			
			71. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário das farmácias/substâncias suspeitas encontradas no local.			
			72. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.			
			73. Fornecer da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de sucção e aspiração.			
			74. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em lavagem e tipo.			

Politécnico de Viseu							
				ASFIXIA			

Asfixia

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			75. Fotografar ou desenhá-la a forma da laço à volta do pescoço.			
			76. Evitar desfazer o nó no laço e retirar o laço e o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			77. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			78. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			79. Documentar as cores visualizadas no solo do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			80. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, cordão, nylon, amarração.			
			81. Preservar uma potencial vítima de asfixia por obstrução estrínica dos órgãos respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido moel como lã, areia.			
			82. Preservar uma alegada vítima de asfixia por obstrução intrínica das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a obstrução, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			83. Preservar uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão torácica abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			84. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à ruptura do cinto de segurança e perda de consciência com o quadro de compressão torácica abdominal.			
			85. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areia, lama, algas ou seres aquáticos.			
			86. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, equívoca ou estrangulamento, proteger a região subgargal, pois pode conter amostras epiteliais de agressor.			
			87. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

Politécnico de Viseu							
				ASFIXIA			

Asfixia

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			75. Fotografar ou desenhá-la a forma da laço à volta do pescoço.			
			76. Evitar desfazer o nó no laço e retirar o laço e o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			77. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			78. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			79. Documentar as cores visualizadas no solo do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			80. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, cordão, nylon, amarração.			
			81. Preservar uma potencial vítima de asfixia por obstrução estrínica dos órgãos respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido moel como lã, areia.			
			82. Preservar uma alegada vítima de asfixia por obstrução intrínica das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a obstrução, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			83. Preservar uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão torácica abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			84. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à ruptura do cinto de segurança e perda de consciência com o quadro de compressão torácica abdominal.			
			85. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areia, lama, algas ou seres aquáticos.			
			86. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, equívoca ou estrangulamento, proteger a região subgargal, pois pode conter amostras epiteliais de agressor.			
			87. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

Politécnico de Viseu							
				ASFIXIA			

Asfixia

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

EXECUTABILIDADE		PROCEDIMENTO		PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Se executar	Nunca executar	Não se aplica		Descoberta	Confirmação	Confirmação
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência deve...			
			75. Fotografar ou desenhá-la a forma da laço à volta do pescoço.			
			76. Evitar desfazer o nó no laço e retirar o laço e o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			77. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			78. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			79. Documentar as cores visualizadas no solo do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			80. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, cordão, nylon, amarração.			
			81. Preservar uma potencial vítima de asfixia por obstrução estrínica dos órgãos respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido moel como lã, areia.			
			82. Preservar uma alegada vítima de asfixia por obstrução intrínica das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a obstrução, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			83. Preservar uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão torácica abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			84. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à ruptura do cinto de segurança e perda de consciência com o quadro de compressão torácica abdominal.			
			85. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areia, lama, algas ou seres aquáticos.			
			86. Preservar uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, equívoca ou estrangulamento, proteger a região subgargal, pois pode conter amostras epiteliais de agressor.			
			87. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

Anexo II - Comissão de Ética da ULSVD



DELIBERAÇÃO

Nº Referência	3.1/16/01/2026
Designação	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência"
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s/ Pedido off-label	Enfermeira Cláudia Francisca Silva
Data de Deliberação CES	16 de janeiro de 2026

Analisado o pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência", a realizar pela estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermeira Cláudia Francisca Silva, esta CES deliberou aprovar o mesmo, condicionado à apresentação da documentação em falta, Declaração de concordância de investigação, devidamente assinada, pelo Diretor do Serviço onde o estudo irá decorrer.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 16/01/2026

Presidente: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira

Vogal: Ana Berta Ferreira Esteves Rodrigues

Vogal: Ana Cristina Mendes de Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Dora Lopes Castelo Branco Catré

Vogal: Isabel Maria Moreira Martins

Vogal: Jorge Miguel Rocha Santos Simões Amaral

Vogal: Maria Luís Barreto Gonçalves

Vogal: Nuno Carlos Santos Pessoa Gil

Vogal: Patrícia João Moreira Horta Oliveira:

Vogal: Stéphane Ferreira Jorge

Assinado por: **Nuno Ricardo
Gonçalves Baptista Pereira**
Num. de identificação: 11282262
Data: 2026.01.27 20:23:27+0000

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Av. Rei D. Duarte – 3604-009 VISEU

Tel: 232 420 580

Correio eletrónico: ges@ulsvdl.ips.viseu.pt



Deliberado em: 11-02-2026
Deliberação: Autorizar.

A presente deliberação foi tomada em reunião do Conselho de Administração, sendo eficaz nos termos do Artigo 34.º do CPA.

Documento nº 104888-202602		Tipo de Registo: Interno
Tipo	Conselho de Administração - Secretariado\Ofício para a Administração	
Assunto	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Violência em Adultos: Desafios e Intervenções do Enfermeiro Forense em Urgência e Emergência"	
Data	05-02-2026	
Remetente	(5990) Comissão de Ética - ULSVDL	
Destinatário	(5829) CA - Enfermeiro Diretor - ULSVDL	
Observações	Enfermeira Cláudia Francisca Silva	
Confidencial	Não	
Concluído	Sim	
Estado	Agendado em reunião	
Texto		