



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## Relatório de estágio

### A violência doméstica em Portugal: enquadramento deontológico e as intervenções do enfermeiro

Relatório apresentado à Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da  
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com  
especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Por Gonçalo Fouto Tapum

Lisboa 2017



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## Relatório de estágio

### A violência doméstica em Portugal: enquadramento deontológico e as intervenções do enfermeiro

Relatório apresentado à Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da  
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com  
especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Por Gonçalo Fouto Tapum

Sob orientação do Professor Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, Maio 2017

“Este é um livro sobre imperfeições, sobre pessoas que sendo imperfeitas se transcendem no seu dia-a-dia na procura do utópico ou da excelência. Como os santos.”

Nuno Lobo Antunes

(Prefácio de *Ser bom não chega*, de Atul Gawande)



## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer ao Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato porque mesmo nos meus incumprimentos temporais nunca desistiu de mim.

Agradecer à Margarida, mãe que sempre me apoiou em todas as decisões, até mesmo nas que achou menos corretas.

Ao Henrique, meu querido irmão que nesta fase está longe, que até os aniversários se entoam pelo telefone.

Ao Diogo, um amigo que fiz para a vida, que o conheci através da enfermagem e que hoje é muito para além disso.

Ao Telmo, que já lá vão quase 15 anos. Pelo companheirismo e pela presença numa área que é tão distinta da dele.

Aos enfermeiros orientadores neste percurso, Enf.<sup>a</sup> Ana Pinto, Enf.<sup>a</sup> Susana Mendonça, Enf.<sup>o</sup> Fernando Sousa pela paciência e persistência que tiveram na minha aprendizagem e percurso.

Ao Francisco e Rosa, avós que acompanham o meu percurso que me dão apoio e motivação para avançar.

À Enf.<sup>a</sup> Rosa Santos e Enf.<sup>a</sup> Clotilde Simões, pela facilidade no horário que permitiu que o processo fosse suavizado.

De uma forma direta e indireta houve tanta gente que contribuiu positivamente para a conclusão deste percurso que é impossível enumera-los a todos. Muito obrigado.

## RESUMO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem competências específicas desenvolvidas que correspondem a critérios estabelecidos quer pela Ordem dos Enfermeiros como também pela Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório tem como objetivo clarificar os objetivos, atividades e competências adquiridas no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, utilizando os critérios já referidos.

Assenta o relatório em três fundamentais pilares de construção, a Deontologia Profissional de enfermagem, os cuidados de enfermagem face à pessoa em situação especial de vulnerabilidade e o desenvolvimento de competências.

A violência doméstica em Portugal tem um crescimento exponencial nos últimos anos, quer ao nível de denúncia quer na efetivação e perpetuação do crime. Neste sentido irão explorar-se as intervenções específicas no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica.

É no contexto da violência doméstica que se realizou uma revisão da literatura cujo objetivo foi identificar as intervenções específicas no cuidado de enfermagem à pessoa vítima de violência doméstica.

Os estágios, inerentes a este percurso, desenvolveram-se no Serviço de Medicina Intensiva e no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, em Lisboa e no Veículo Médico de Emergência e Reanimação do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Violência Doméstica; Deontologia Profissional

## ABSTRACT

The nurse specialist in medical and surgical nursing has developed specific competences that correspond to criteria established both by the Nurses' Order and also by Nursing School of the Health Sciences Institute of Portuguese Catholic University.

This report aims to clarify the objectives, activities and skills acquired in the specialty in medical-surgical nursing, using the criteria already mentioned.

It establishes the report in three fundamental pillars of construction. Professional Deontology of nursing, nursing care to the person in a situation of vulnerability and the development of skills.

Domestic violence in Portugal has grown exponentially in recent years both at the level of denunciation and in perpetuating crime. In this sense, specific interventions in the care of the victim of domestic violence will be explored.

It is in the context of domestic violence that a review of the literature was carried out whose objective was to identify specific interventions in the nursing care to the person victim of domestic violence.

The course stages, inherent to this course, were developed at the Intensive Care Unit and at the Central Emergency Department of the Santa Maria's Hospital, in Lisbon and at the Emergency Medical and Reanimation Vehicle of Beatriz Ângelo's Hospital, in Loures.

**Key words:** Nursing; Code of Ethics; Professional Deontology; Domestic Violence.

## LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CHLN** – Centro Hospitalar Lisboa Norte

**HBA** – Hospital Beatriz Ângelo

**HSM** – Hospital de Santa Maria

**HPV** – Hospital Pulido Valente

**ICS** – Instituto de Ciências da Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PPCIRA** – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

**SMI – UCIMC** – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica

**SO** – Sala de Observação

**SUC** – Serviço de Urgência Central

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INDICIE

INTRODUÇÃO	11
1. Cuidado de enfermagem à pessoa em contexto de especial vulnerabilidade – revisão da literatura	13
2. Descrição crítica e reflexiva do percurso de estágio e competências desenvolvidas	22
2.1. Módulo II – Serviço Medicina Intensiva – Unidade Cuidados Intensivos Médico-cirúrgicos	22
2.2. Módulo I – Serviço Urgência Central	26
2.3. Módulo III – Viatura Médica de Emergência e Reanimação	31
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	38
APÊNDICES	48

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Fichas de leitura VMER Loures

## INDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto UCI

APÊNDICE 2 – Questionário UCI

APÊNDICE 3 – Enquadramento legal sobre violência doméstica

APÊNDICE 4 – Projeto SU

APÊNDICE 5 – Projeto VMER



## INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado de natureza profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica é ministrado pela Escola de Enfermagem do ICS que está enquadrado na UCP. O relatório que agora escrevo enquadra-se na Unidade Curricular – Relatório. Este diz respeito de forma transversal aos três estágios realizados no contexto do Mestrado de natureza profissional. Tem como finalidade demonstrar a reflexão e desenvolvimento das competências e as atividades desenvolvidas ao longo do percurso.

A realização deste relatório tem como principal objetivo clarificar os objetivos, atividades e competências adquiridas no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica tendo por base as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e pela Escola de Enfermagem, do ICS da UCP. A Ordem dos Enfermeiros estabelece em 2010, numa proposta apresentada pelo Conselho Diretivo e aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica* (2010). É por estes dois regulamentos que orientei os meus objetivos com vista ao desenvolvimento de competências. A escolha destes dois regulamentos está relacionada com enquadrar de uma forma adequada e pertinente as competências adquirir durante o mestrado em enfermagem quer as que foram delineadas e desenvolvidas pelo organismo que tutela a profissão, a Ordem dos Enfermeiros, quer pela escola onde optei realizar este desenvolvimento académico.

Segundo a OE e no que diz respeito ao Regulamento do perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2011) do domínio C – Do desenvolvimento profissional surge a competência do desenvolvimento de projetos de formação contínua. É neste sentido que surge o Mestrado de natureza profissional no meu percurso.

Organizo este relatório em dois capítulos. O primeiro referente à revisão da literatura que decorreu a par da elaboração do relatório e que diz respeito a intervenções específicas do enfermeiro no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica. O segundo capítulo visa refletir e demonstrar as atividades e competências desenvolvidas no decorrer dos estágios bem como as dificuldades e limitações decorrentes de cada um. Relativamente aos estágios opto por realizar o primeiro no Serviço de Medicina Intensiva-UCMIC no HSM, que

pertence ao CHLN, este estágio decorre entre os meses de Abril e Maio de 2016 e pertence ao Módulo II – Cuidados Intensivos.

A escolha do SMI – UCMIC para realização do estágio de cuidados intensivos prende-se com a dinâmica do próprio serviço. Um serviço de cuidados intensivos com pessoas doentes, em estado crítico de nível III e nível II (Natário, et al., 2003).

Em seguida, nos meses de Setembro e Outubro de 2016 inicio o estágio no SUG do CHLN. Escolhi manter-me no mesmo centro hospitalar por três razões específicas. A primeira porque o SUG do CHLN é um centro de trauma, o que alargaria certamente as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica. O segundo motivo está diretamente relacionado com a articulação que poderia vir a fazer com as unidades de cuidados intensivos do CHLN e perceber o percurso da pessoa em situação crítica dentro da Instituição. Por último e, visto que, presto cuidados a pessoas no HPV, que faz parte do CHLN, gostava de perceber melhor os cuidados de enfermagem prestados às pessoas antes da transferência para o hospital onde exerço funções.

O último estágio desenvolvi-o no contexto do Módulo III referente ao estágio opcional na Veículo Médico de Emergência e Reanimação do HBA. A opção por este local vem no contexto do desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica e no percurso da pessoa. Quis alargar ao máximo a experiência e perceber realmente como funciona na generalidade das pessoas desde o pedido de ajuda, à prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar, o serviço de urgência e o encaminhamento à unidade de cuidados intensivos.

Será desta forma que trabalharei para vos apresentar este relatório. Tentarei explicar todas as minhas intervenções bem como as competências que desenvolvi ao longo deste percurso. As referências bibliográficas do relatório serão classificadas segundo a norma APA 6th Edition.

1. Cuidado de enfermagem à pessoa em contexto de especial vulnerabilidade – revisão da literatura

## Violência doméstica: a intervenção do enfermeiro

### **Introdução**

A violência doméstica é actualmente um crime em Portugal. Como tal é definido pelo Artigo 152.º, do Código Penal Português, como a pessoa que “de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos, ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais” a conjuge e/ou ex-conjuge e membros da própria família.

Ao longo do tempo a violência doméstica tem tomado proporções cada vez mais evidentes nas sociedades modernas pelo aumento anual de denúncias realizadas pelas vítimas e/ou testemunhas da prática deste crime. Em Portugal de 2011 para 2015 aumentaram em quase 2 000 os casos reportados. Só no ano de 2015 foram denunciados 23 543 crimes de violência doméstica (INE, 2016). É portanto um problema crescente e com consequências graves para as pessoas vítimas, que em muitos casos necessitam de cuidados de saúde.

Neste contexto os enfermeiros tem como missão “Informar, sensibilizar e educar; Proteger as vítimas e promover a integração social; Prevenir a reincidência – Intervenção com os agressores; Qualificar os profissionais; Investigar e monitorizar” (Guerreiro, 2012).

Assim, no âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola de enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, decidimos aprofundar esta temática, em ligação aos estágios, nomeadamente no serviço de urgência geral. Para tal realizamos uma revisão da literatura que teve como objetivo identificar as intervenções específicas do enfermeiro no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica.

Considerou-se importante a clarificação do termo “intervenção de enfermagem” e, neste contexto, opta-se pela definição de Guimarães e Barros (2001) que afirma que as “intervensões de enfermagem incluem o cuidado direto e indireto (...) as intervenções de cuidado direto incluem ambas as ações de enfermagem fisiológicas e psicológicas (...) inclui tratamento realizado longe do paciente, mas favorecendo-o ou ao grupo de

pacientes” (Guimarães & Barros, 2001). Também o REPE nos clarifica quanto à definição de cuidados de enfermagem referindo-se aos mesmos como sendo “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Capítulo II, Art. 4.º, número 4).

O presente artigo apresenta desta os resultados desta revisão da literatura.

## **Método**

Utilizou-se para a realização deste estudo de investigação o método de revisão da literatura, segundo Susan K. Grove; Nancy Burns e Jennifer R. Gray, tendo por base teórica o modelo definido pelas mesmas no livro “Practice of Nursing Research” do ano de 2013. A revisão da literatura caracteriza-se por uma apresentação escrita organizada dos dados recolhidos (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Foram utilizados os descritores, em conformidade com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), “*domestic violence*” AND “*nurs\**”. Utilizou-se o sistema de base de dados EBSCO®.

Na pesquisa do termo no título encontraram-se 258 artigos. Especificando a pesquisa entre os anos de 2010-2016 o total de artigos são 79. Disponíveis na integra na biblioteca virtual são 46 artigos.

Dos 46 artigos numa primeira fase foram excluídos 25 por diferentes razões. Por serem repetidos foram excluídos 17 artigos que se encontravam duplicados; 3 por estarem escritos em chinês; 1 por se encontrar escrito em turco; e 3 artigos que embora os termos estivessem no título, após a leitura do resumo, não estavam relacionados com a temática. Assim, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restam 21 artigos.

Após a leitura integral dos 21 artigos excluem-se novamente mais 7 por não fazerem referência a intervenções específicas sobre o cuidado de enfermagem à pessoa vítima de violência doméstica. O *corpus* final traduz-se em 14 artigos.

## Resultados

Autores/revista/ano de publicação	Título do artigo	Intervenções de enfermagem
Caroline Jones; Jane Appleton; Suzanne Watts / Community Practitioner / 2016	Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar e suportar os jovens na criação e desenvolvimento de relações positivas</li> <li>- Gerir o ambiente físico por forma a ser facilitador da comunicação.</li> </ul>
Jéssica Leite; Maria Beserra; Liliana Scatena; Lygua Silva; Maria Ferriani / Revista Gaúcha de Enfermagem / 2016	Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir a violência doméstica através do reconhecimento e identificação precoce;</li> <li>- Notificar casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica.</li> </ul>
Diana Snell / Nursing Leadership / 2015	Leading the way: implementing a domestic violence assessment pilot Project by public health nurses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar os enfermeiros a cuidar de pessoas violência doméstica, através de ações de formação e incluir a temática nos planos de estudos das escolas;</li> <li>- Disseminar conhecimento sobre o cuidado a pessoas vítimas de violência doméstica.</li> </ul>
Patrick Silva; Edna Oliveira; Glaucie Abreu; Ana Souza; Ricardo Oliveira; Rogério Rocha / Revista de Enfermagem UFPE / 2014	Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escutar a pessoa vítima de violência doméstica.</li> </ul>
Richard Griffith / British Journal of Community Nursing / 2014	Domestic violence discloser scheme: a guide to Clare's Law for district nurses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar situações de possíveis casos de violência doméstica.</li> </ul>
Sengul Efe; Lale Taskin / Springer Science + Business Media / 2012	Emergency nurses barriers to intervention of	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e intervir junto de pessoas vítimas de violência doméstica, através de entrevista no serviço de urgência;</li> </ul>

	domestic violence in Turkey: a qualitative study.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de protocolos de cuidado para com pessoas vítimas de violência doméstica;</li> <li>- Gerir o ambiente físico, mesmo em serviços de urgência onde se possam realizar entrevistas a vítimas de violência doméstica;</li> <li>- Integrar o ensino da intervenção de enfermagem para pessoas vítimas de violência doméstica.</li> </ul>
Aysha Mendes / Brithis Journal of Nursing / 2015	Coping with aspects of patient and domestic violence in nursing.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar <i>guidelines</i> de cuidado a pessoas vítimas de violência doméstica;</li> <li>- Gerir o ambiente físico por forma a ser facilitador da comunicação.</li> </ul>
Melanie Bournsell; Sue Prosser / Contemporary Nurse / 2010	Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses.	- Criar linhas orientadoras de cuidado de enfermagem à pessoa vítimas de violência doméstica.
Merav Natan; Idit Rais / Journal of Trauma Nursing / 2010	Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar informação fornecida pela pessoa vítima de violência doméstica;</li> <li>- Agendar seguimentos (follow-ups), por forma a acompanhar o estado de saúde da pessoa bem como a necessidade de cuidados de enfermagem;</li> <li>- Realizar encaminhamento, de acordo com protocolos locais.</li> </ul>
Aline Gomes; Joice Antunes; Leila Silva;	The child victim of	- Prevenir, diagnosticar, notificar, tratar e

Maria Nascimento; Maria Silva / Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online / 2010	domestic violence: limits and challenges for nursing practice.	encaminhar pessoas vítimas de violência doméstica.
Zuzana Khan / Nursing Standard / 2012 (Pete, 2013)	Domestic Violence.	- Estabelecer uma relação terapêutica e de suporte com a pessoa vítima de violência doméstica.
Diana Snell / Alberta RN / 2012	Should nurses assess for domestic violence.	- Gerir ansiedade da pessoa vítima de violência doméstica em casos em que ela existe
Ian Pete / British Journal of Nursing / 2013	Domestic violence: the role of the nurse.	- Promover hábitos de vida saudáveis, no reforço de relações positivas; - Criar conhecimento sobre o cuidado à pessoa vítima de violência doméstica; - Gerir o ambiente físico por forma a ser facilitador da comunicação.
Salcedo-Barrientos; Gonçalves; Oliveira Junior; Egrý / Avances en Enfermería / 2011	Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenómeno à realidade cotidiana.	- Intervenção familiar na prevenção de violência doméstica; - Articulação com os diferentes profissionais de saúde envolvidos nos processos

## Discussão

A gestão do ambiente é algo que todos os autores consideram relevante. Dos 14 artigos utilizados como amostra para este estudo, a intervenção do enfermeiro de, gerir o ambiente encontra-se em 4 dos artigos e é intervenção necessária e que serve de base a tantas outras, nomeadamente a escuta e a gestão da ansiedade (Snell, 2012) (Silva, Oliveira, Abreu, Souza, Oliveira, & Rocha, 2014).

Neste contexto, gerir o ambiente físico, pode ser considerado como o centro da intervenção do enfermeiro subjacente a todas as posteriores intervenções como a escuta e o estabelecimento de uma relação terapêutica. É uma intervenção complexa, multifatorial

que tem de estar muito bem direcionada à pessoa que é cuidada. É notória a pouca especificidade, que existe nos artigos utilizados para a realização deste estudo, relativamente à intervenção do enfermeiro, gerir o ambiente físico. Acredita-se que os autores subentendem a criação de um espaço calmo e acolhedor para poder realizar as entrevistas com as pessoas vítimas de violência doméstica.

É importante reforçar o sigilo inerente a todo o processo. O Código Deontológico do Enfermeiro em Portugal refere que o enfermeiro “está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (Artigo n.º 106, do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril alterado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro). É muitas vezes necessário reforçar esta obrigação de sigilo inerente aos cuidados de enfermagem para que se possam criar relações terapêuticas (Khan, 2012) com as pessoas vítimas de violência doméstica.

A violência doméstica é um crime que alguém comete contra outra pessoa. É necessário que, para que, o enfermeiro possa utilizar a escuta como intervenção específica (Silva, Oliveira, Abreu, Souza, Oliveira, & Rocha, 2014) com o intuito de recolher informação e de potenciar o cuidado de enfermagem diferenciado proporcione um momento em que a pessoa, vítima de violência doméstica, possa estar sozinha (Pete, 2013) para que possa expressar os seus sentimentos e percepção sobre os problemas.

O enfermeiro deve promover este tipo de comportamento, incentivando à expressão de sentimentos podendo desta forma realizar uma identificação real do problema (Gomes, Antunes, Silva, Nascimento, & Silva, 2010) para um diagnóstico adequado; um encaminhamento correcto e uma articulação eficaz com outros profissionais (Salcedo-Barrientos, 2011) que respondam às diferentes necessidades da pessoa vítima de violência doméstica.

São vários os autores que se referem à prevenção da violência doméstica como intervenção específica no cuidado às pessoas que são vítimas da mesma. Os mais relevantes são Salcedo-Barrientos; Gonçalves; Oliveira Junior; Egry (2011) quando fazem referência à intervenção familiar como pilar fundamental na prevenção de violência doméstica. Neste campo o enfermeiro de saúde comunitária tem um papel de elevada relevância pela proximidade que tem das famílias (Salcedo-Barrientos, 2011). Neste trabalho comunitário junto dos jovens existe a referência da necessidade de ensinar e suportar os jovens na criação de relações positivas (Jones, Appleton, & Watts, 2016). Os autores afirmam que

esta intervenção com os jovens deverá ser realizada em contexto escolar, reforçando o problema real que é a violência doméstica, a incidência entre os jovens, contrariando a tendência atual da incidência de novos casos de violência doméstica entre os jovens.

Existe em Portugal um défice grande de organização na identificação e encaminhamento da pessoa vítima de violência doméstica. Na exposição dos recursos disponíveis às pessoas para as acompanhar na resolução deste problema (Natan & Rais, 2010). Neste sentido emerge nos diversos artigos a necessidade de criação de protocolos que apoiem os enfermeiros na identificação, cuidado e encaminhamento das pessoas vítimas de violência doméstica. Como nos refere Melanie Bournsnel e Sue Prosser (2010) é preciso criar linhas orientadoras para o cuidado de enfermagem à pessoa vítima de violência doméstica. Um dos artigos nucleares deste trabalho faz referência a um projeto criado no Canadá. Diana Snell explica passo a passo os momentos da criação e implementação de um projeto comunitário no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica (Snell, 2015).

É fundamental ensinar os enfermeiros a cuidarem das pessoas vítimas de violência doméstica. A especificidade das suas necessidades e as intervenções que melhor se adequam (Snell, 2015) (Leite, Besserra, Scatena, Silva, & Ferriani, 2016) . Sentiu-se ainda que esta é uma temática pouco explorada neste sentido. Que a evidência do ensino dos enfermeiros no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica é reduzida.

A violência doméstica é um tema extremamente atual, com implicações sociais grandes. A generalidade dos artigos do estudo de investigação é internacional e percebeu-se que a temática é vivida em quase todo o mundo. Os problemas que os enfermeiros enfrentam face às necessidades que apresentam no desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica são transversais em quase todos os artigos, pelo que emerge a necessidade da continuidade da discussão, investigação e disseminação de conhecimento face a esta temática.

## **Conclusão**

A violência doméstica é um problema social. A sua incidência e relevância tem um crescimento exponencial de ano para ano. Este é um problema social, com impacto direto na saúde das pessoas, onde o enfermeiro quer pela proximidade quer pela intervenção de

cuidado tem um papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas vítimas de violência doméstica.

Acredita-se que os objetivos do estudo a que nos propusemos foram alcançados na totalidade e que houve um contributo na síntese de alguns estudos que já existem. Superou as expectativas que tínhamos em termos de conteúdo, ainda assim existe ainda um longo caminho a percorrer na preparação dos enfermeiros para o cuidado adequado a pessoas vítimas de violência doméstica.

Um dos caminhos que poderá surgir como mote de um futuro trabalho de investigação, devido ao seu pouco esclarecimento, é perceber qual é verdadeiramente a intervenção do enfermeiro na gestão do ambiente físico, de que modo é que se pode comprovar os benefícios desta intervenção para a pessoa que nesta situação de vulnerabilidade tem uma dependência dos cuidados de enfermagem.

### **Referências bibliográficas**

Gomes, A., Antunes, J., Silva, L., Nascimento, M., & Silva, M. (2010). The child victim of domestic violence: limits and challenges for nursing practice. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online* , 902-912.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *Practice of Nursing Research*. Saunders.

Guerreiro, C. M. (27 de 11 de 2012). *Enfermagem no Apoio à vítima de violência doméstica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/EnfermagemnoApoioavitimadeviolenciadomestica.aspx>

Guimarães, H. C., & Barros, A. L. (2001). Nursing interventions classification. *Revista da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brazil* , 130-134.

INE. (Outubro de 2016). *Portal de Estatísticas Oficiais*. Obtido em Janeiro de 2017, de Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008154&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008154&contexto=bd&selTab=tab2)

Jones, C., Appleton, J., & Watts, S. (2016). Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurses. *Community Practitioner* , 24-28.

Khan, Z. (2012). Domestic Violence. *Nursing Standard* , 59-60.

Leite, J., Besserra, M., Scatena, L., Silva, L., & Ferriani, M. (2016). Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses . *Revista Gaúcha de Enfermagem* , 1-6.

Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing* , 112-117.

Pete, I. (2013). Domestic Violence: the role of the nurse. *British Journal of Nursing* , 1043.

Salcedo-Barrientos. (2011). Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenómeno à realidade cotidiana. *Avances en Enfermería* , 353-362.

Silva, P., Oliveira, E., Abreu, G., Souza, A., Oliveira, R., & Rocha, R. (2014). Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica. *UFPE on line* , 1604-1611.

Snell, D. (2015). Leading the way: implementing a domestic violence assessment pilot by . *Nursing Leadership* , 66-72.

Snell, D. (2012). Should nurses assess for domestic violence. *Alberta RN* , 14-15.

## 2. Descrição crítica e reflexiva do percurso de estágio e competências desenvolvidas

### 2.1. Módulo II – SMI-UCIMC

O estágio no SMI – UCIMC teve início no dia 26 de Abril e término a 8 de Junho de 2016. Foi o primeiro estágio no contexto da especialização em enfermagem médico-cirúrgica. O SMI – UCIMC é um serviço que pertence ao CHLN está situado no terceiro piso do HSM. Inaugurada em 2013 o SMI – UCIMC tem capacidade para onze doentes distribuídos da seguinte forma: quatro unidades de nível III com possibilidade de alargar a seis e sete unidades de internamento de nível II (Natário, et al., 2003).

A pessoa em situação crítica é um foco fundamental no olhar do enfermeiro. Pela multidimensionalidade de diagnósticos de enfermagem e intervenções necessárias ao seu cuidado. É de extrema importância um conhecimento teórico vasto e completo pela instabilidade da situação e dos processos e necessidades de cuidados que uma pessoa em situação crítica apresenta.

Para mim este foi o primeiro contacto num momento pós-graduado da minha formação com unidade de cuidados. A adaptação a um contexto de cuidados novo é difícil e cheia de desafios. No decorrer desta reflexão irei abordar diversos momentos que me proporcionaram situações claras e evidentes de desenvolvimento de competências e conhecimentos.

O primeiro momento de prestação de cuidados de enfermagem especializados no SMI – UCIMC foi numa senhora, com idade aproximada de cinquenta anos, com diagnóstico médico de insuficiência respiratória global em falência pulmonar que estava conectada a *ExtraCorporeal Membrane Oxigenation*. Foi o primeiro grande desafio porque todos estes mecanismos de manutenção da função vital são novos para mim. Assim e com a orientação da Sra. Enfermeira Ana consegui no decorrer de dois/três dias prestar cuidados de enfermagem a esta pessoa. Com esta experiência melhorei a capacidade de planeamento e gestão de cuidados bem como a de antecipação e resolução de problemas.

A UCI foi um momento de grande impacto. Porque mesmo já tendo prestado cuidados de enfermagem, no contexto do estágio de integração à vida profissional durante a licenciatura, no momento em que estou a realizar este estágio deparo-me com pormenores que no decorrer da licenciatura não fui capaz de refletir. Percebi que nestes contextos de

instabilidade da pessoa internada a família fica em agústia pela incerteza do acontecimento. A CIPE (2010) refere-se à angústia como “Emoção negativa: Sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição”, depois de observar as suas expressões, a verbalização das suas palavras e pelo comportamento que têm, não tenho dúvidas que, a maioria dos familiares das pessoas internadas em UCI estão em angústia. Este é um desafio que me acompanhará sempre e uma das competências que mais terei ainda de desenvolver que é a intervenção de enfermagem especializada e direcionada à pessoa em angústia.

Neste sentido foram-me proporcionadas várias oportunidades de contacto com familiares no serviço, onde sinto que desenvolvi competências na gestão da comunicação com a família. Prestei cuidados de enfermagem especializados a um rapaz com aproximadamente vinte e dois anos de idade, vítima de acidente de viação. Pude observar o sofrimento sentido pelos familiares quando o viram entrar na unidade depois de termos ido realizar um exame auxiliar de diagnóstico. Foi, também para mim, difícil a gestão desta situação. Um rapaz novo com uma idade próxima do meu irmão no qual não pude deixar de pensar e de me colocar facilmente naquela situação. A comunicação de notícias na UCI, pela complexidade das situações e da informação que tem de ser gerida, é um grande desafio.

Não tive grande oportunidade de prestar cuidados diretamente ao rapaz nem à família, ainda assim, caminho no sentido da especialização, do aprimoramento de competências e considere, esta, uma excelente oportunidade de reflexão. Depois de todo o percurso feito percebo agora a necessidade que existe no cuidado às pessoas na clareza do discurso. Na clarificação dos problemas e adversidades. Acredito que nesta fase de cuidado existem dois alvos. O jovem e a sua família. É uma situação extremamente delicada em termos jurídicos e éticos. Ainda assim se por um lado se deve esclarecer a família daquilo que se está a acontecer com o seu mais novo membro, por outro o Código Deontológico do enfermeiro adverte para que “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril alterado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro; Artigo n.º 116, número 1).

Sei que o iniciar este percurso de especialidade em tão tenra idade física e profissional seria um desafio diferente, exigente mas que os resultados finais irão ser positivos. Com apenas dois anos de experiência profissional em áreas em que o contacto com o doente crítico não é diário, todas as situações foram benéficas no meu crescimento.

Optei neste primeiro local de estágio por definir 4 objetivos específicos (APENDICE 1 - Projeto). Como já fomos falando a contextualização do serviço foi feita e tem sido ao longo do texto debatida e esclarecida.

O segundo objetivo específico estava intimamente ligado ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família. Foi, devido há minha imaturidade, este o objetivo em que mais me foquei no percurso de estágio. Tudo era novo para mim, desde o *ExtraCorpoeral Membrane Oxygenation*, aos ventiladores aos próprios momentos de passagem de turno e por isso demorei muito tempo a integrar-me neste novo meio.

Sei hoje, findando o percurso que valeu muito a pena. Que me proporcionou grandes e diversos conhecimentos para os estágios seguintes, tendo desenvolvido de uma forma geral competências em todas as áreas da especialidade em enfermagem médicó-cirúrgica.

Por este motivo acabei por não ser tão feliz na concretização total e completa dos objetivos a que me tinha proposto também. Os momentos de reflexão que proporcionei aos colegas foram poucos, muitas vezes durante a passagem de turno e com pouco espaço para reflexão. Fiquei desiludido por não ter conseguido chegar a este objetivo mas com a certeza porém que não o poderia deixar em vão. Sob orientação da Enfermeira Ana Pinto e do Professor Sérgio Deodato criou-se um questionário (APENDICE 2) para compreender a importância do tema e da reflexão entre os colegas. Queria-se perceber se era ou não viável continuar a explorar este campo no intuito de, no futuro, poder-se criar momentos organizados de reflexão e discussão de ideias. O questionário foi entregue há senhora Enfermeira Chefe Maria Rocha, que posteriormente o enviou para a Direção de Enfermagem do CHLN que até à data de entrega do relatório nunca imitiu parecer algum sobre a autorização de aplicação do questionário.

Não podia acabar esta reflexão sem fazer uma ressalva enorme no que toca ao meu desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. O SMI-UCIMC é uma unidade que presta cuidados a muitas pessoas que foram submetidas a cirurgias. Por outro lado é também uma unidade que, tem uma incidência elevada de pessoas em situação crítica por choque séptico. Quando se conjuga estes dois estados, cirurgia vs sépsis é de fácil compreensão a sua incompatibilidade. O SMI-UCIMC é um serviço com uma taxa mínima de incidência de infeção associada aos cuidados de saúde. Todos os procedimentos são realizados tendo por

base as normas emanadas pelos grupos locais responsáveis pelo PPCIRA. Foi indubitavelmente uma “escola” no que toca ao rigor de cuidado na prevenção de contaminações associadas aos cuidados de saúde.

## 2.2. Módulo I – SUC – HSM

O segundo estágio no âmbito do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, decorrerá entre o dia 1 de Setembro e o dia 26 de Outubro do ano 2016.

O SUC, pertence ao CHLN, fica situado no piso 0 do edifício do HSM. A equipa de enfermagem do serviço de urgência é constituída por noventa e oito enfermeiros divididos em quatro equipas. São distribuídos nos postos pelo chefe de equipa em cada turno. Neste momento, tem duas salas de reanimação com capacidade para receber três pessoas em simultâneo. Estas salas estão equipadas com toda a tecnologia necessária à manutenção das funções vitais da pessoa. É o local onde são alocadas as pessoas vítimas de graves acidentes e doença grave emergente que necessitem de cuidados imediatos (Almeida, 2013). O SO tem capacidade para dezasseis pessoas que necessitem de uma maior monitorização e vigilância. Dada a sua grande afluência, o SO é muitas vezes alargado para vinte a vinte e cinco camas para se poder alocar pessoas que necessitem de vigilância e cuidados.

A triagem das pessoas que recorrem ao serviço de urgência é feita desde 2006 segundo o protocolo da “triagem de *Manchester*”. Neste protocolo o enfermeiro que está no posto de triagem atribui uma cor (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho) consoante a gravidade do estado geral da pessoa. Neste sentido o SUC está dividido em locais pela cor. As salas de azuis, verdes, amarelos e laranjas são compostas por uma sala de espera, gabinetes médicos e sala de enfermagem.

O SUC tem ainda áreas de especialidades médicas para o atendimento às pessoas. Nestes locais aplica-se a mesma metodologia de triagem mas as pessoas são dirigidas conforme a especificidade do problema de saúde. Existe uma sala de aerossóis onde são alocadas as pessoas com problemas respiratórios e a sala de pequena cirurgia. Existe ainda o setor da psiquiatria, local com um ambiente calmo, controlado e onde são referenciadas pessoas que necessitem de observação de médicos psiquiatras.

No primeiro dia de estágio no SUC não pude deixar de reparar na dimensão da equipa que lá trabalha, no número de pessoas que circula pelo serviço, profissionais, pessoas que necessitam cuidados, familiares, seguranças. É literalmente um serviço onde se não fossem as escassas janelas que existem depressa perdemos a noção do dia ou da noite.

Neste primeiro dia, tínhamos ficado alocados à sala de reanimação dois, e observei uma senhora a entrar na sala de reanimação um. Percebi pelos locais no SUC que fui passando que existe entreajuda, tal e qual como faço no meu serviço. Assim fomos saber se o colega necessitava de alguma ajuda. Qualquer pessoa que entre para uma sala de reanimação é sempre uma pessoa em situação crítica e por isso, para mim, uma excelente oportunidade de cuidar de alguém desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Esta senhora, aproximadamente cinquenta anos, deu entrada na sala de reanimação em suporte ventilatório com duas feridas incisivas com aproximadamente vinte centímetros em ambos os lados do pescoço, atacada pelo esposo. A observação desta situação proporcionou-me um contexto real e de proximidade com a violência doméstica. Dado o contexto tornou-se um dos meus objetivos específicos para este local de estágio a criação de um protocolo de encaminhamento da pessoa vítima de violência doméstica, para isso, comecei por realizar um enquadramento legal da situação bem como do cuidado em enfermagem (APENDICE 3). Tive por base o Código Deontológico do Enfermeiro e as intervenções específicas do enfermeiro no cuidado a pessoas vítimas de violência doméstica da revisão da literatura.

A ideia inicial seria a realização de uma ação de formação, em serviço para os colegas, mas o protocolo estava ainda numa fase muito embrionária e, assim sendo, acabou por ficar sem efeito. Com a ajuda e orientação da Enfermeira Susana e do Professor Sérgio Deodato percebi que a criação de um protocolo em que houvesse um encaminhamento para o Ministério Público, para uma resolução legal do problema e acompanhamento em todos os níveis da pessoa vítima de violência doméstica não é passível de se realizar em apenas sessenta dias. Compreendo agora que a planificação que fiz no meu projeto para este estágio (APENDICE 4) foi pretensiosa de mais por desconhecimento do contexto que iria encontrar.

O estágio no SUC iria proporcionar-me uma experiência de cuidados pela qual nunca tinha antes passado. Exigia de mim e de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e na vertente da pessoa em situação crítica uma rápida adaptação a situações novas e adequação dos cuidados prestados. Ora, um SU com uma média diária de quatrocentos atendimentos certamente daria para desenvolver estas competências. As pessoas que necessitam cuidados no SU circulam quase à velocidade da

luz entre postos de triagem, observação médica e sala de tratamentos. Ao princípio confesso que a adaptação a este movimento não é fácil mas progressivamente o cuidado desenrola-se de uma forma muito natural.

Melhorar a capacidade de síntese e transmissão de informação era um dos meus objetivos específicos e a experiência do SUC foi determinante para que isso fosse possível. Aprendi através das inúmeras passagens de turno que tivemos e das transferências que fizemos a sintetizar mais e melhor a informação a transmitir aos colegas proporcionando desta forma a continuidade de cuidados. Sei que me trouxe inúmeros contributos para a minha prática diária mesmo num serviço de cuidados gerais como são os serviços de Medicina.

Ao contrário dos cuidados intensivos tinha o pré-conceito de que no SU o cuidado à família seria muito mais distante, pela agitação, pela dimensão do serviço pela própria orgânica do mesmo. Pois estava errado. Foram várias as situações pelas quais passei e que pude observar o cuidado que alguns enfermeiros conseguem ter com o familiar da pessoa que está no SUC.

Relembro agora um momento desses em que pude observar algo que nunca pensei ser possível existir. Depois daquilo que já aqui expus e do movimento que existe de pessoas, houve uma situação em que por breves momentos o silêncio foi absoluto, sei que em parte pelo trabalho dos enfermeiros na gestão do ambiente.

Estávamos alocados na sala de reanimação e assim que recebemos o turno, o colega transmite a informação de que iríamos receber uma senhora de setenta e cinco anos de idade que teria tido uma queda de quarenta metros de altura. Continuaram a passar informação e disseram que a pessoa vítima desta queda já viria sob suporte ventilatório invasivo e vasopressor.

Quando entra uma pessoa na sala de reanimação, em estado crítico, sinto sempre um “nervosismo” inquietante porque sei que quando alguém para lá é encaminhado é porque necessitará de muitos cuidados e o seu estado de saúde é crítico. Neste sentido e pouco tempo depois chegou a senhora de que estávamos à espera, vinha imobilizada dentro de uma maca de evacuação, acompanhada por enfermeiro médico e bombeiros. História: senhora de setenta e cinco anos de idade, com antecedentes pessoais de Alzheimer, ausentou-se do centro de dia e acabou por ter uma queda em rolamento de quarenta metros, levantando-se e posteriormente queda de doze metros a pique para a areia da praia.

Acontecimento que teria sido testemunhado pelos surfistas que na altura se encontrariam na praia e que ainda tentaram avisar a senhora para não se mexer mas sem sucesso.

Tudo foi feito conforme planeado, os exames complementares de diagnóstico médico e o cuidado de enfermagem prestado à pessoa. Finalmente deu-se o momento de mudança, no paradigma de cuidado que até então se tem vindo a ter com a pessoa. A senhora está em morte cerebral. Ouvir esta notícia gerou em mim sentimentos que nunca antes tinha vivenciado, o de impotência perante a situação e depois de todo o cuidado, transporte, exames, tudo perceber que não tínhamos sido capazes de salvar aquela vida. Foi a primeira vez que tal aconteceu desta curta experiência que tenho e é um sentimento avassalador. Sabíamos que a família estaria já no hospital, pelo que o foco de atenção mudara agora inteiramente para o cuidado a esta família.

Depressa nos apercebemos de que os médicos já teriam falado com os familiares, dando o parecer clínico e informando-os do prognóstico da situação. Depois de me aperceber esta informação que senti o enorme cuidado e altamente personalizado à família que existe no serviço de urgência.

Estavam na altura presentes a filha e o genro da senhora e foi-lhes questionado se queriam estar junto da sua familiar, a filha prontamente disse que sim. Considero de extrema importância realçar que a senhora se encontrava numa sala de reanimação, num dos maiores serviços de urgência do país e com um afluxo enorme de pessoas por dia e, ainda assim, foi possível proporcionar este espaço de privacidade e serenidade a esta família.

Recordo que a primeira reação da filha ao ver a mãe foi de um choro inconsolável que a mim e aos colegas que estavam na sala não foi de todo indiferente. Não é sem dúvida a primeira vez que observo uma situação de fim de vida de alguma pessoa acompanhada pelos seus familiares mais próximos e nunca nos é indiferente. Não consigo distanciar-me o suficiente para também eu, não me emocionar. Neste espaço as intervenções dos enfermeiros de apoio à família, de facilitar um espaço calmo e privativo foram implementadas. A filha da senhora conseguiu ligar às irmãs, todos direta e indiretamente se poderão despedir, ouvir dizê-las o quanto gostavam dela foi um momento muito comovente. Conseguiu-se criar momento de um tão vasto silêncio que poderia parecer que estávamos em todo o lado menos num SU. Foi também possível cumprir o desejo que a filha tinha de poder estar presente, junto da mãe quando ela partisse. Foi uma situação de

extremo emocional, muito bem gerida pela enfermeira Susana e os colegas que lá estavam e um grande momento de aprendizagem e autoconhecimento.

Este local de estágio embora num contexto que não é a minha área de conforto, de agitação e de rápida adaptação a situações novas proporcionou-me momentos únicos de aprendizagem e desenvolvimento de competências no cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica. É indubitável a aprendizagem ao nível da avaliação das necessidades urgentes das pessoas, pelo número de pessoas de quem cuidamos em cada turno. Também neste sentido a realização deste estágio permitiu que conseguisse de uma forma relativamente rápida planear, executar e avaliar as intervenções realizadas.

### 2.3. Modulo III – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

Começo agora o último dos momentos reflexivos sobre o meu percurso de estágio no contexto da especialização em enfermagem médico-cirúrgica. O último local escolhido por mim foi a viatura médica do HBA.

Quero em primeiro lugar e, desde já, agradecer ao ICS da UCP pelo nome do Professor Doutor Sérgio Deodato e ao HBA pelo nome do Sr. Enfermeiro Fernando Sousa pela oportunidade única que me deram de realizar este estágio neste contexto tão particular.

Voltando um pouco atrás, a minha experiência no cuidado de enfermagem ao doente em situação crítica é pouca, motivo pelo qual me levou à realização desta caminhada, procurando saber cada vez mais. Opto no percurso por esta sequência de estágios pois quis partir daquele que seria o ambiente mais controlado para o menos. E é daí que advêm as minhas escolhas.

A VMER foi indubitavelmente uma experiência única. É “um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um médico e um enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.” (INEM, 2009). Neste contexto a VMER tem como objetivo a “estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência” (INEM, 2009).

Só conhecia este contexto pelo que se ouve falar nos hospitais, nunca tinha tido um contacto próximo com os enfermeiros que prestam cuidados e que fazem parte da equipa da VMER. Não demorou muito tempo a perceber que todos, sem exceção têm um domínio extraordinário no conhecimento sobre o doente crítico, sobre os protocolos instituídos e na condução da viatura.

A criação de protocolos é facilitadora na gestão do cuidado à pessoa em situação crítica. Durante o período de estágio tive oportunidade de ler os manuais formativos do curso de operacional de VMER e foi fantástico constatar que na maioria das vezes em situações de grande stress psicológico a equipa quase não fala entre si. Existe muita validação mas é extremamente sereno o ambiente de cuidado, coisa que nunca pensei encontrar.

O enfermeiro tem intervenções autónomas e interdependentes, conforme está disposto no REPE, Artigo 9.º, número 1. Neste contexto, o protocolo pré-estabelecido poderiam levar-nos a acreditar que a autonomia do enfermeiro desapareceria face ao estipulado. Não foi isso que constatei. A abordagem da pessoa que necessita de cuidados é feita de forma célere, rápida e sistemática, evitando muitos erros. Os protocolos existem de facto mas a equipa é formada por um enfermeiro e um médico que se complementam de uma forma fantástica formando uma simbiose de trabalho extremamente eficaz, que de tudo faz ao seu alcance para poder estabilizar e encaminhar a pessoa vítima de acidente ou doença súbita.

Obviamente e como não seria de estranhar, nem sempre as intervenções, face ao estado de saúde da pessoa, são eficazes. E neste ponto gostaria de refletir um pouco sobre uma vivência, das primeiras, que tive e que muito me ajudou na aquisição de competências no cuidado à família.

Durante o meu percurso formativo e profissional vários foram os momentos em que prestei cuidados à pessoa no fim de vida. Presenciei o cessar das funções vitais e observei a tomada de decisão de não iniciar manobras de ressuscitação a pessoas que já se encontravam cadáveres. Mas isto num contexto que é o “meu”, dentro do hospital num ambiente que me é familiar. Dentro daquelas quatro paredes que tão bem conheço fruto do tempo que lá passo. Não posso deixar de lembrar a primeira vez que este mesmo momento acontece mas na casa da pessoa.

Tínhamos sido ativados para uma pessoa inconsciente e que não respirava quando chegamos ao local a pessoa já estava em rigidez cadavérica e por esse motivo não foram iniciadas manobras de ressuscitação. Foi-me difícil gerir psicologicamente este momento estando em casa da pessoa. Observando o espaço que é daquela pessoa e a família que já estava no local. São situações de alta complexidade na gestão de emoções e no cuidado que se tem à família. É surpreendente ver a humanidade dos profissionais que trabalham na VMER e o cuidado e profissionalismo que têm com a família. Embora tenha sido um momento difícil de gerir sei que consolidei estratégias de apoio à família que já tenho vindo a desenvolver neste contexto. Porque embora a certificação do óbito seja um ato médico o enfermeiro está presente e colabora nesta transmissão de informação.

A gestão de um ambiente propício à comunicação da informação, calmo. O discurso assertivo, a verificação da concordância entre as mensagens verbais e não verbais, assumir uma postura reta mas relaxada, falar com voz clara e firme e manter contacto visual com os

interlocutores é fundamental para a prestação de cuidados às pessoas numa fase tão difícil da vida que é a morte de um familiar; porque “a comunicação não é constituída apenas pela dimensão verbal, mas também pela não verbal” (Pereira, 2008).

São alguns os pré-conceitos que se vão cirando ao longo do percurso mas que a grande maioria os consegui observar e clarificar-me. Um dos que tinha era o de que a atuação da equipa se dava em contextos, na grande maioria das vezes, de grandes acidentes e de paragens cárdio-respiratórias, onde a cada segundo que passa a probabilidade de sobrevivência diminui. A verdade é que nem sempre é assim.

Pude observar durante este período de estágio e das inúmeras ativações que tivemos o quão bem são adaptados os ensinamentos e a formação às pessoas. Quando estou no hospital e se diagnosticam necessidades de informação por parte da pessoa e da família iniciam-se ensinamentos sobre os diferentes aspetos das atividades de vida das pessoas para que estas possam manter ou recuperar as suas funções normais. Sei que existe um grande cuidado na realização e transmissão desta informação tentando-se adaptar o melhor possível às condições socioeconómicas das famílias. O que proporciona a VMER e as ativações às casas das pessoas é a observação do contexto real e a adequação real daquilo que são os ensinamentos para as pessoas que deles necessitam. Tive oportunidade de observar isto vezes sem conta e foi sem dúvida um grande contributo para o meu crescimento.

Percebi que na maioria das vezes o contexto tem que ser esclarecido, para que o cuidado possa ser mais adequado, mais direcionado e acima de tudo mais eficaz.

A Deontologia Profissional de Enfermagem é um tema que me é extremamente querido e neste sentido no projeto (APENDICE 5) para este estágio estabeleci à semelhança do que tinha tentado realizar na UCI a criação de um dossier temático.

Assumo que no início do percurso me centrei muito no desenvolvimento de competências na prestação de cuidados diretos à pessoa em situação crítica mas, o tempo foi passando bem como as experiências. Sinto agora que estou no fim que consegui aproveitar todas as oportunidades que me foram aparecendo para o desenvolvimento de competências nesta área mas sei também que passado este tempo consegui em simultâneo centrar-me muito mais em objetivos mais específicos no que toca à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Findando este estágio surgiu um dossier temático que o disponho em anexo (ANEXO 1) onde foi realizada uma revisão de literatura, fichas temáticas e mencionada bibliografia que ficou disposta na base da VMER do HBA de duas formas. Em formato digital e em papel.

Foram muitas as situações que contribuíram para o desenvolvimento de competências nas mais diversas áreas da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do doente crítico. Este estágio contribuiu de uma forma muito positiva para a minha capacidade de gestão de situações de peri e de paragem cardíaco-respiratória. O caminho não é fácil mas é extremamente gratificante.

Fica o desejo enorme de um dia também eu poder fazer parte integrante de uma destas equipas, aprofundando e criando novos conhecimentos podendo fazer ainda mais a diferença na vida das pessoas.

## CONCLUSÃO

Findando a redação deste relatório a conclusão primária que faço dele é que o objetivo traçado foi claramente operacionalizado. Tinha-me proposto a clarificar os objetivos, atividades e competências desenvolvidas ao longo do percurso.

Em termos académicos concomitantemente com a formação anterior e a nova adquirida, construiu-se uma revisão da literatura, orientada pela necessidade que senti em saber mais sobre o cuidado à pessoa vítima de violência doméstica. Optei por um método de revisão instituído num livro, de autoras enfermeiras e incluído na atualidade científica.

Em termos profissionais os estágios, as enfermeiras orientadoras, o Professor Sérgio e as reflexões proporcionaram-me espaço ao desenvolvimento de competências e reflexão sobre os cuidados de enfermagem.

Este é um percurso longe de estar acabado. A formalidade da formação com enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, termina aqui. Mas o percurso à efetividade é longo e tenho hoje mais certezas de que é para lá que quero caminhar.

Sou hoje um enfermeiro mais completo, sei mais, tenho mais experiência. Fundamento a minha intervenção de uma forma mais científica. Tenho mais estratégias e criatividade para um cuidado de enfermagem equitativo, justo e que respeite a pessoa na sua totalidade, tendo como fundamento básico a Deontologia Profissional de Enfermagem.

Foi um percurso longo, de altos e baixos, em que foram vários os momentos em que pensei em desistir. Não é fácil, mas tive sorte. E como dizia uma Professora, pomo-nos também, a jeito das coisas boas.

Obrigado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. C. (2013). *Humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família*. Lisboa.
- Gomes, A., Antunes, J., Silva, L., Nascimento, M., & Silva, M. (2010). The child victim of domestic violence: limits and challenges for nursing practice. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 902-912.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *Practice of Nursing Research*. Saunders.
- Guerreiro, C. M. (27 de 11 de 2012). *Enfermagem no Apoio à vítima de violência doméstica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/EnfermagemnoApoioavitimadeviolenciadomestica.aspx>
- Guimarães, H. C., & Barros, A. L. (2001). Nursing interventions classification. *Revista da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brazil*, 130-134.
- INE. (Outubro de 2016). *Portal de Estatísticas Oficiais*. Obtido em Janeiro de 2017, de Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008154&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008154&contexto=bd&selTab=tab2)
- INEM. (2009). *Viatura Médica de Emergência e Reanimação*. Obtido de Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=27966](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27966)
- Jones, C., Appleton, J., & Watts, S. (2016). Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurses. *Community Practitioner*, 24-28.
- Khan, Z. (2012). Domestic Violence. *Nursing Standard*, 59-60.

- Leite, J., Besserra, M., Scatena, L., Silva, L., & Ferriani, M. (2016). Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses . *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1-6.
- Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 112-117.
- Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, M. J., & Trigo, C. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU.
- Pete, I. (2013). Domestic Violence: the role of the nurse. *British Journal of Nursing*, 1043.
- Salcedo-Barrientos. (2011). Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenómeno à realidade cotidiana. *Avances en Enfermería*, 353-362.
- Silva, P., Oliveira, E., Abreu, G., Souza, A., Oliveira, R., & Rocha, R. (2014). Atendimento do enfermeiro à mulher vítima de violência doméstica. *UFPE on line*, 1604-1611.
- Snell, D. (2012). Should nurses assess for domestic violence. *Alberta RN*, 14-15.
- Snell, D. (2015). Leading the way: implementig a domestic violence assessment pilot by . *Nursing Leadership*, 66-72.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Fichas de leitura VMER Loures



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU



Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro em contexto  
pré-hospitalar

Dossiê temático

Fichas de Leitura

Por Gonçalo Fouto Tapum

Sob Orientação do Enfermeiro Especialista Fernando Sousa

e do Professor Doutor Sérgio Deodato

Loures, 2016

## INTRODUÇÃO

Chamo-me Gonçalo Fouto Tapum. Sou enfermeiro e estou neste momento a desenvolver o meu percurso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

No meu percurso académico e profissional tenho estudado a deontologia profissional de enfermagem e neste âmbito surge este dossiê temático.

Realizei o último estágio no contexto da especialidade com a equipa da viatura médica de emergência e reanimação do Hospital Beatriz Ângelo e é para vós que escrevo este documento.

Tenho abordado a responsabilidade do enfermeiro em diferentes contextos. Neste em particular no pré-hospitalar. Assim surge este resumo. São citações de vários documentos que posteriormente disponibilizarei para consulta sobre a responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro no contexto pré-hospitalar.

Abordam-se vários documentos desde o Código Deontológico dos enfermeiros, passando por comentários à lei, bem como teses de mestrado de outros colegas sobre o assunto.

Existiram certamente mais documentos que não consegui abordar relacionados com a temática. Desta forma e querendo dar continuidade a este trabalho deixo o meu contacto para esclarecimento de alguma questão, sugestões e debate de ideias.

Aproveito para agradecer toda a disponibilidade demonstrada por toda a equipa na minha integração e desenvolvimento de competências. A todos, um bem haja.

Loures, Dezembro 2016

Gonçalo Fouto Tapum

gfstapum@gmail.com

<b>TÍTULO DO DOCUMENTO CONSULTADO</b>	<b>RESUMO DO DOCUMENTO</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<p>Deontologia de Enfermagem (Inclusa na atual Lei N.º 156/2015 de 16 de Setembro)</p>	<p>“Artigo 99.º 3 – São princípios orientadores da atividade do enfermeiro a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”</p> <p>“Artigo 100.º O enfermeiro assume o dever de: b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”</p> <p>“Artigo 105.º No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”</p> <p>“Artigo 106.º 1 – O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”</p> <p>“Artigo 109.º O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”</p> <p>“Artigo 112.º O enfermeiro assume, como membro da equipa de saúde, o dever de: a) Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das</p>	<p>Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º 16/2009 de 16 de Setembro e pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro</p>

	outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.”	
<p>“Deontologia Profissional de Enfermagem”</p> <p><u>(Livro)</u></p>	<p>A Ordem dos Enfermeiros relativamente ao Artigo 99.º ponto n.º 3 alínea a) referindo-se à “Responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade” emite o seguinte parecer:</p> <p>- “Quanto à responsabilidade, a palavra deriva do latim <i>respondere</i>, comprometer-se (<i>spondere</i>) com alguém, e é habitualmente usada referindo “a capacidade de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências”</p> <p>- “Quando se aborda a responsabilidade, a primeira ideia que surge é a de que se pretende reconhecer que um ato pode ser atribuído a alguém, que é o autor. Isto é imputar e mostrar que primeiramente a partir de uma obrigação ou dever que é assacada a responsabilidade a alguém.”</p> <p>- “(...) assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vierem a ser confiados. Enquanto enfermeiros, assumimos a missão, isto é, a responsabilidade de agir de determinado modo e quando respondemos a certas solicitações específicas assumimos realizar tarefas concretas.”</p>	<p>Ordem dos Enfermeiros. Coordenação de: Deodato, S. (2015). <i>Deontologia Profissional de Enfermagem</i>. Ordem dos Enfermeiros.</p>
<p>“Competências dos enfermeiros para a utilização de desfibriladores automáticos externos”</p> <p><u>(Parecer CJ 16/2012)</u></p>	<p>Sobre a utilização de DAE por enfermeiro, o CJ da OE pronunciou-se no seguinte sentido:</p> <p>- “Importa referir que sob, a perspectiva do quadro legal aplicável ao exercício da profissão de enfermeiro, o caso colocado à apreciação, de utilização de desfibriladores externos por enfermeiros (...) envolve a prática de intervenções interdependentes”</p> <p>“Cabe esclarecer, ainda, que o enquadramento dos atos de reanimação no domínio das intervenções interdependentes em Enfermagem não se confunde com a delegação de competências, pois naquele âmbito o enfermeiro continua a gozar de plena autonomia de decisão e atuação de acordo com as respetivas qualificações profissionais, fazendo-o em conjunto com outros técnicos para atingir um</p>	<p>Conselho Jurisdicional 2012/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Parecer CJ 16/2012 de 20 de Julho de 2012</p>

	<p>objetivo comum”</p> <p>“ A utilização do equipamento de desfibrilhação automática externa por enfermeiros, no exercício da profissão, qualquer que seja o ambiente de cuidados, em contexto de emergência e mesmo que no âmbito das intervenções interdependentes, está exclusivamente dependente de tomada de decisão do próprio, em plena liberdade e autonomia, com respeito pela deontologia da profissão”</p> <p>“Em sede dessa tomada de decisão, na ausência do estabelecimento prévio, em equipa, de orientação da aplicação dessa técnica, o enfermeiro deve considerar se detém a adequada qualificação e conhecimentos científicos e técnicos para a utilização do desfibrilhador automático externo, e agir em conformidade, assumindo as inerentes responsabilidades pela decisão tomada e pelos atos praticados”</p> <p>“O enfermeiro é um profissional autónomo nas suas decisões, assumindo a inerente responsabilidade pelo que dessas decisões resultar, assim como dos atos que praticar ou entender delegar”</p>	
<p>“Competências na intervenção de enfermagem em contexto extra-hospitalar”</p> <p>(Tese de Mestrado)</p>	<p>“A contribuição do enfermeiro na emergência extra-hospitalar em Portugal tem uma história tão longa como a história do INEM, tendo em consideração o registo da formação em técnicas de emergência médica para médicos e enfermeiros realizada no mesmo ano em que surgiu o próprio INEM e que foram estabelecidas as bases de cooperação dos bombeiros no SIEM, ou seja, no ano de 1981. E tal como o INEM, o papel do enfermeiro neste contexto foi evoluindo progressivamente nos diferentes níveis de responsabilidade da estrutura até às funções que hoje desempenha (p.27)”</p> <p>“Os enfermeiros com funções na prestação de cuidados, além das funções próprias definidas pela ordem dos enfermeiros, têm um conteúdo funcional acrescido com a vertente direcionada para os cuidados de enfermagem ao doente crítico e à sua família. O enfermeiro que colabora com o INEM tem predeterminado</p>	<p>Magalhães, J. F. S. M. O. (2014). <i>Competências de enfermagem na intervenção em contexto extra-hospitalar: cuidados de emergência e gestão de situações de exceção</i>. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde.</p>

	<p>através da Deliberação n.º 20/2013 do INEM, entre outras, as seguintes funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuar por forma a respeitar e fazer respeitar as normas de segurança, os princípios deontológicos da profissão e as recomendações superiormente emanadas;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização do mesmo como na sua continuidade durante o transporte (quer primário como secundário)</li> <li>• Gerir a administração dos protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>• Efetuar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, otimizando as respostas;</li> <li>• Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;</li> <li>• <b>Exercer a função de chefe de equipa enquanto elemento constituinte dos meios SIV;</b></li> <li>• Gerir os cuidados de enfermagem em situações de Emergência e/ou de catástrofe. (p.30)</li> </ul>	
<p>“Orientações da OE relativas às atribuições do enfermeiro no Pré-Hospitalar”</p> <p><u>(Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros)</u></p>	<p>“Actuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;</p> <p>Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;</p> <p>Assegurar a continuidade dos cuidados de</p>	<p>Enunciado de posição, Ordem dos Enfermeiros EP01/07;</p> <p><i>Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no Pré-Hospitalar;</i></p> <p>Janeiro de 2007.</p>

	<p>enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;</p> <p>Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento”</p>	
<p>“Exercício de enfermagem pré-hospitalar: esforço contínuo de afirmação profissional”</p> <p>(Tese de mestrado)</p>	<p>“A pluridisciplinaridade da intervenção neste contexto pressupõe, responsabilidades. A maioria dos entrevistados refere que neste contexto, a responsabilidade é partilhada por todos os actores em cena, contribuindo individualmente com a sua função e experiência para o sucesso operacional do trabalho de equipa.”</p> <p>“Destá forma, os enfermeiros entendem que todos os intervenientes neste campo de acção são igualmente importantes no resultado final, contribuindo individualmente com os seus conhecimentos e suas aptidões próprias.”</p> <p>“Os enfermeiros destringem no entanto a hierarquia da responsabilidade, tendo em conta a diferenciação da formação e a função dos interventores.”</p> <p>“Todos os entrevistados apontam, a responsabilidade da liderança. A proficiência do “team leader” neste contexto, é vista como indispensável para o sucesso da intervenção.”</p> <p><b>“Como vimos, o contexto do exercício pré-hospitalar, é uma área que está implícita a tomada de decisão partilhada, com base nas competências individuais, mas está preconizado um modelo de liderança com um “team leader”, os entrevistados dizem que em contexto de SAV, VMER ou HEM esse papel é habitualmente atribuído ao médico.”</b></p> <p>“Os enfermeiros também referem que neste contexto pluridisciplinar, a liderança e a responsabilidade têm muitas vezes em conta a necessidade de articulação funcional dos vários actores, acontecendo frequentemente um esbatimento de fronteiras nas funções.”</p>	<p>Tavares, C. G. (2012). <i>Exercício de enfermagem pré-hospitalar: esforço contínuo de afirmação profissional</i>. Curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Coimbra.</p>

<p>“Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências”</p> <p><u>(Artigo Científico)</u></p>	<p>“A obrigação de respeitar as regras de segurança e implementar todas as medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, bem como à prestação de cuidados seguros, é uma responsabilidade assumida pelos enfermeiros, notando-se a preocupação em adotar comportamentos de controlo de riscos e o cumprimento das normas de segurança.”</p>	<p>Oliveira, A. S. S., Martins, J. C. A. (2013). <i>Suporte Imediato de Vida: Significado e Experiências</i>. Revista de Enfermagem Referência. III Série. N.º 9. Março 2013. Pp. 115-124</p>
<p>“O Enfermeiro Perante a Emergência Pré-hospitalar”</p> <p><u>(Artigo Científico)</u></p>	<p>“A resposta nas situações de emergência deve ser célere. Esta envolve a execução de gestos técnicos em condições de trabalho difíceis e exige um domínio operacional perfeito nas intervenções pela equipa. Os enfermeiros (...) estão, por isso, bastante expostos a questões deontológicas.”</p> <p>“ (...) todos os enfermeiros da VMER possuem um curso de Suporte Avançado de Vida (...) O SAV qualifica os profissionais para uma série de procedimentos como a entubação endo-traqueal, a desfibrilhação, a decisão pela administração de alguns fármacos (...), a liderança de uma situação de emergência e outros procedimentos de <i>life-saving</i>.”</p> <p>“(...) os enfermeiro têm autonomia para colocar em prática os protocolos estabelecidos uma vez que ao referir-se ao direito do cumprimento do princípio subjacente a um protocolo, não é mais do que autorizar e regulamentar a execução de algo previsto”.</p>	<p>Vieira, P. M. S., Oliveira, L. P. S., Ressurreição, S. N. (2005). <i>O Enfermeiro Perante a Emergência Pré-Hospitalar</i>. Sinais Vitais. N.º 61. Pp.32-35</p>

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Projeto UCI



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### LIBERDADE RESPONSÁVEL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem na vertente Médico-Cirúrgica

Por

Gonçalo Fouto Tapum

Sob a orientação do

Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato

(Lisboa – 2016)

## SIGLAS

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

HPV – Hospital Pulido Valente

HSM -Hospital de Santa Maria

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

SMI – UCIMC – Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	4
1. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS	5
2. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO	7
3. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES	8
4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO	9
5. CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto encontra-se no contexto dos estágios do mestrado profissional em enfermagem na vertente médico-cirúrgica, do ICS, UCP em Lisboa.

O meu nome é Gonçalo Fouto Tapum, sou enfermeiro, tendo concluído o primeiro ciclo de estudos em Junho de 2013. De momento, encontro-me a prestar cuidados de enfermagem no CHLN, HPV, Serviço de Medicina IIIA. Iniciei funções neste serviço no dia 8 de Abril de 2015, tendo prestado cuidados de enfermagem anteriormente no atendimento permanente, do Hospital Cuf Cascais.

O primeiro estágio irá decorrer no CHLN, HSM, no serviço SMI – UCIMC, no piso 3 do referido hospital. Estando no mesmo centro hospitalar este é um serviço que desde sempre tivera ouvido falar. Conhecendo sobejamente as características do mesmo considerei que, no âmbito do desenvolvimento do meu ensino clínico, em UCI, este seria o serviço mais adequado. Sabia que era um serviço com doentes críticos, com diversas necessidades de cuidados de enfermagem e que sendo um serviço polivalente as oportunidades de aprendizagem seriam potenciadas, pela diversidade e complexidade de cuidados prestados. No momento da elaboração deste projeto já estive três dias no local e corresponde de forma coerente às expectativas que tinha.

Para a elaboração deste projeto irei utilizar a norma *APA 6th edition*, para a referenciação bibliográfica.

## 1. OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

“A responsabilidade profissional do enfermeiro, constitui uma dimensão essencial do exercício da profissão de Enfermagem” (Deodato, 2008, p. 27). A pessoa é livre para escolher a profissão que quer exercer. Os enfermeiros também o escolheram de forma livre e quando o fizeram passaram a fazer parte de um corpo social que deveres e obrigações. Quer a responsabilidade quer a liberdade de escolha são valores que existem no quotidiano da profissão e na prestação de cuidados diariamente. É então importante refletir mais acerca da “liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa adulta e idosa em situação crítica e sua família no contexto de uma unidade de cuidados intensivos;
- Desenvolver a reflexão ética sobre a liberdade responsável do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem;

Objetivos específicos:

- Contextualizar o SMI – UCIMC do HSM
  - Enquadramento das especificidades do serviço utilizando documentos disponíveis;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família
  - Utilização das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica orientadas pela Ordem dos Enfermeiros;
- Pesquisar sobre a temática da liberdade responsável na Deontologia de Enfermagem e elaborar um dossier temático sobre “Liberdade responsável”
  - Reunir-me com a Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe e a Sra. Enf.<sup>a</sup> Orientadora e perceber a pertinência desta intervenção;

- Realização de um enquadramento conceptual sobre a temática;
- Realização de uma revisão da literatura sobre a temática;
- Realização de reflexões sobre a temática;
- Promover espaços para momentos de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem na perspetiva deontológica da liberdade responsável do enfermeiro
  - Utilização de momentos de passagem de turno para o efeito;
  - Solicitação de situações e contextos que possam ser alvo de reflexão da equipa.
  - Criação de documentos que auxiliem na reflexão deontológica.

Acredito que com a implementação e operacionalização dos objetivos e atividades a que me proponho terei conseguido adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

As competências a que me proponho estão relacionadas diretamente com os objetivos e competências definidas no contexto da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, no ICS, da UCP em Lisboa, de Abril 2016.

## 2. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO

O meu primeiro estágio irá desenvolver-se no CHLN, HSM, no SMI – UCIMC. O serviço encontra-se no piso 3 e os elevadores de acesso são o 7, 18 e o 19.

Este estágio terá início no dia 26 de Abril de 2016 e término no dia 17 de Junho de 2016.

O horário será de acordo com a disponibilidade quer da Sra. Enfermeira que me irá orientar bem como em concordância com o meu, visto que, me encontro no momento da realização do ensino clínico a prestar cuidados de enfermagem num outro serviço. Este horário irá ser enviado ao Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato e atualizado sempre que existam alterações.

### 3. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES

O estágio tem um período aproximado de sete semanas. Durante as primeiras duas semanas pretendo perceber junto da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe e a Sra. Enf.<sup>a</sup> Orientadora a pertinência do tema no contexto do serviço. É também durante este período que pretendo realizar quer a contextualização do serviço bem como o enquadramento conceptual do tema liberdade responsável.

É durante todo o período de ensino clínico que pretendo desenvolver as minhas competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. E desta forma ser um contínuo desenvolvimento destas competências.

Por fim, tenciono que a partir da quarta semana, dado o início do estágio, inicie os momentos de reflexão durante as passagens de turno, sempre que oportuno para o serviço, sem incomodar a prestação de cuidados dos colegas.

#### 4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos objetivos será dividida em duas partes. A primeira parte relacionada diretamente com a prestação de cuidados de enfermagem e a segunda com diversos momentos de avaliação incluindo também a equipa.

Para o primeiro objetivo a que me proponho irá ser aplicado a tabela disponibilizada pelo ICS, UCP com as orientações e especificações referentes à avaliação do estágio. Nesta avaliação estará presente o Sr. Professor Tutor e a Sra. Enfermeira Orientadora e será sempre um momento de heteroavaliação. Para este objetivo irei também realizar duas reflexões que servirão para a esquematização e organização da autoavaliação.

No que diz respeito ao segundo objetivo geral, que é onde se enquadra o meu projeto para o estágio, irei pedir também a colaboração dos colegas da equipa para uma heteroavaliação. Esta colaboração é expectável através do preenchimento de um questionário, com perguntas fechadas, por forma a, poder quantificar os dados. Este pedido desta heteroavaliação prende-se com a pertinência do tema e do trabalho desenvolvido para melhorar certos aspetos dinâmicos referentes à especificidade do tema, liberdade responsável do enfermeiro.

## 5. CONCLUSÃO

A realização deste projeto foi verdadeiramente positiva em diversos aspetos. Quer na esquematização mental, como na organização e desenvolvimento de ideias e intervenções. Acredito ser esse o objetivo do projeto.

Ao longo deste trabalho pode-se desenvolver os diversos temas a que me tinha proposto, nomeadamente, os objetivos e competências a adquirir, o tempo e local de ensino clínico, a distribuição das atividades nesse tempo e a forma como todo o processo irá ser avaliado.

Em suma, “a responsabilidade refere-se aos actos e às respectivas consequências, no alargamento que estas supõem e implicam.” (Nunes, Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem, 2006, p. 175), este projeto foi o primeiro passo no meu desenvolvimento académico e profissional como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Sei que o percurso não será fácil mas estou motivado para o desenvolvimento de novas competências e aquisição de novos conhecimentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em Enfermagem: Valoração da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Enfermeiros, O. d. (16 de Setembro de 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

## APÊNDICE 2 – Questionário UCI

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

O meu nome é Gonçalo Fouto Tapum e sou enfermeiro desde 2013. Neste momento encontro-me a realizar o meu estágio de cuidados intensivos, integrado na especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, no seu serviço (HSM SMI-UCIMC).

No contexto do meu desenvolvimento profissional venho pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

O meu projeto de intervenção no contexto da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica tem como foco central de atenção a deontologia profissional de enfermagem.

Deontologia é uma palavra com origem etimológica em “deon”, dever e em “logos” estudo. A deontologia é então, a área do saber que estuda os deveres de uma profissão.

Referem-nos Nunes, Amaral e Gonçalves que as regras deontológicas de uma profissão são estabelecidas pelos próprios profissionais. Assim, não só a deontologia tem um corpo de regras orientadoras de ação mas é também ela necessária para julgar a ação profissional (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A deontologia “defende que o que determina se as ações são certas ou erradas é a sua consistência com princípios morais incondicionais” (Thompson, Melia, & Boyd, 2004, p. 25).

Peço-lhe que colabore no preenchimento do questionário que se segue, que terá uma duração de aproximadamente 5 minutos, para que possa fazer um levantamento da necessidade de formação do tema que abordo.

Quero desde já agradecer a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

1. Quando regista cuidados de enfermagem tem em conta os princípios, valores e deveres da Deontologia Profissional de enfermagem na fundamentação das suas intervenções?

Nunca       A minoria das vezes       A maioria das vezes       Sempre

2. Considera ter alguma necessidade de conhecimentos sobre esta área do saber de enfermagem?

Sim       Não

3. Que assuntos considera mais importantes?

3.1. \_\_\_\_\_

3.2. \_\_\_\_\_

3.3. \_\_\_\_\_

4. É importante para si, a criação de momentos para reflexão e discussão da prestação dos cuidados de enfermagem, numa perspetiva ética e deontológica?

Sim       Não

5. Ser-lhe-ia útil, na prestação de cuidados de enfermagem, um dossier temático sobre Deontologia Profissional de enfermagem no seu serviço?

Sim       Talvez       Não

## APÊNDICE 3 – Enquadramento legal sobre violência doméstica

## ENQUADRAMENTO LEGAL

O crime de violência doméstica insere-se no Código Penal.

Artigo 152.º

Violência doméstica

1 – Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao conjugue ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com que o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou relação análoga à dos cônjugues, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitor descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão de idade, deficiência, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se a pena mais grave não lhe couber por força de outra disposição legal.

2 – No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 – Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 – Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 – A pena acessória de proibição de contacto com a vítima deve incluir o afastamento da residência ou local de trabalho desta e o seu cumprimento deve ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 – Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

Importa também no quadro legal fazer referência ao Estatuto da Vítima, Lei n.º 130/2015, de 4 de Setembro. Entre vários artigos nesta extensa Lei quero fazer uma ressalva aos princípios orientadores da mesma. O Capítulo II desta Lei está inteiramente dedicado ao enunciado dos princípios e são eles o da igualdade, do respeito e reconhecimento, da autonomia da vontade, da confidencialidade, do consentimento, da informação, do acesso equitativo aos cuidados de saúde e pelo princípio das obrigações profissionais e regras de conduta.

Neste contexto o Capítulo III da Lei n.º 130/2015, de 4 de Setembro enumera ainda os direitos das vítimas de criminalidade. A pessoa tem o direito à informação, a garantias de comunicação, a assistência específica, a despesas resultantes da sua participação no processo penal, à proteção, a uma decisão relativa a indemnização e restituição de bens, prevenção de vitimização secundária, gabinetes de atendimento e informação à vítima nos órgãos de polícia criminal.

#### O cuidado da pessoa vítima de violência doméstica

É facto conhecido que em grande parte das situações em que a pessoa vítima de violência doméstica recorre ou é levada a um local de prestação de cuidados de saúde é na maioria das vezes o enfermeiro o primeiro contacto desta pessoa.

Neste sentido já em 2008 no relatório mundial de Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca, existe um grande ênfase ao apoio e cuidado das pessoas vítimas de violência doméstica. Ainda no contexto do ênfase da problemática o IV Plano Nacional

para a violência doméstica (2011-2013) salienta cinco diferentes áreas de intervenção que são elas, “Informar, sensibilizar e educar; Proteger as vítimas e promover a integração social; Prevenir a reincidência – Intervenção com os agressores; Qualificar os profissionais; Investigar e monitorizar” (Guerreiro, 2012). Estes objetivos só são concretizáveis se existir uma coordenação de diferentes áreas do saber, nas quais se enquadram os enfermeiros.

Legalmente e ao abrigo do Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, o artigo 100.º na alínea c) refere-nos que o enfermeiro deve “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”. Posto isto é o Código Deontológico que nos orienta para uma prática proactiva no cuidado à pessoa vítima de violência doméstica.

A questão porém não é algo tão linear. Se por um lado devemos ética e deontologicamente intervir a intervenção só é possível se a pessoa que é vítima de violência doméstica assim o quiser. O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros emite em 2010 o Parecer CJ 194/2010 sobre a Segurança da informação em Saúde e o Sigilo Profissional em Enfermagem. Um dos pontos mais importantes a reter deste parecer e basilar da atuação do enfermeiro é o de que “a informação de saúde recolhida pelos profissionais de saúde resulta da necessidade que estes têm em conhecer determinados detalhes da vida das pessoas, no sentido de planearem a melhor resposta em termos de cuidados de saúde”. Aqui bifurcamos o caminho desta reflexão. Se por um lado deverá existir o total respeito pela autonomia da pessoa, que já há muitos anos se considera consagrado em saúde por outro o Artigo 106.º informa-nos sobre o dever do sigilo. Embora sendo um crime e atentado à vida da pessoa a violência doméstica e o relato e tratamento deverá, sempre que a pessoa esteja consciente partir da mesma.

Ainda nesta linha de pensamento anos mais tarde, em 2014, existe um novo parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, Parecer CJ 222/2014 que dá a orientação de que é da competência das “organizações, encontrar as soluções e estratégias mais adequadas de resolução do problema em causa e não compete aos enfermeiros permitir o acesso à informação de saúde por pessoas não envolvidas no plano terapêutico, onde sejam prestados cuidados de saúde”. Fica claramente esclarecido que o enfermeiro

não pode partilhar informações mas pertencendo à organização deve também ele ter um papel fundamental no que diz respeito ao encontrar soluções e estratégias mais adequadas. Neste sentido e com o intuito de poder criar novas estratégias na gestão destes problemas urge a necessidade da criação de um guia orientador da prática do enfermeiro na abordagem à pessoa vítima de violência doméstica. Começando por relembrar o dever do sigilo.

O dever do sigilo é algo complexo. Neste contexto “o segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde (...) o enfermeiro obriga-se a guarda segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, independentemente da fonte de informação, devendo partilhar apenas a informação pertinente e só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” (Regulamento 105/2011 de 8 de Março. Diário da República: 1.ª série, N.º 47 (2011). Acedido em 7 de Outubro 2016).

## APÊNDICE 4 – Projeto SU



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – GUIA ORIENTADOR DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau  
de mestre em Ciências de Enfermagem na vertente Médico-Cirúrgica

Por

Gonçalo Fouto Tapum

Sob a orientação do

Professor Doutor Sérgio Deodato

e da

Enfermeira Especialista Susana Mendonça

(Lisboa – 2016)

## SIGLAS

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

HPV – Hospital Pulido Valente

HSM - Hospital de Santa Maria

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

SUC – Serviço de Urgência Central

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
6. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O ESTÁGIO	5
7. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO	7
8. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES	9
9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO	10
CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

## 0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto encontra-se no contexto dos estágios do mestrado profissional em enfermagem na vertente médico-cirúrgica, do ICS, UCP em Lisboa.

O meu nome é Gonçalo Fouto Tapum, sou enfermeiro, tendo concluído o primeiro ciclo de estudos em Junho de 2013. De momento, encontro-me a prestar cuidados de enfermagem no CHLN, HPV, Serviço de Medicina IIIA. Iniciei funções neste serviço no dia 8 de Abril de 2015, tendo prestado cuidados de enfermagem anteriormente no atendimento permanente, do Hospital Cuf Cascais.

Este novo estágio, o segundo, irá decorrer no CHLN, centro hospitalar do qual também faço parte, desta porém no SUC. A escolha deste local de estágio prende-se com a concretização de alguns objetivos pessoais. Sei que é um dos centros de trauma mais conceituados do país e é uma área pela qual tenho algum interesse. Sendo o serviço de urgência do centro hospitalar, a maioria das pessoas que tenho hospitalizadas no meu serviço, proveem deste serviço de urgência. Quero então com isto poder perceber o circuito da pessoa doente dentro do hospital para melhor compreender toda a estrutura de organização do mesmo.

Para a elaboração deste projeto irei utilizar a norma *APA 6th edition*, para a referência bibliográfica.

## 1. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O ESTÁGIO

### Objetivo geral:

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta e idosa em situação crítica e sua família no contexto de um serviço de urgência.

### Objetivos específicos:

Promover a reflexão ética e deontológica do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de violência doméstica.

- Realização do enquadramento estatístico e legal da problemática – violência doméstica (recorrendo ao Código Penal e à estatística fornecida pela APAV);
- Criação de um protocolo de atuação de enfermagem na abordagem de uma pessoa vítima de violência doméstica.

Melhorar a capacidade de síntese e transmissão de informação (a colegas, elementos da equipa multidisciplinar e família).

- Utilização da metodologia de avaliação de doente crítico “ABCDE”;
- Participação ativa nos momentos de passagem de turno;
- Adequação do discurso às necessidades das pessoas.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma.

- Caracterização dos principais traumas em pessoa vítima de acidente de viação (através de revisão da literatura);
- Caracterização dos principais cuidados de enfermagem a pessoa vítima de acidente de viação (através de revisão da literatura);
- Aplicação de *guidelines do curso de ATLS (Advanced trauma life support)* que são utilizadas no SUC.

Competências de enfermeiro especialista, enunciadas no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010) em pessoa em situação crítica a que me proponho a desenvolver neste contexto são:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoas/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

## 2. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO

O segundo estágio no âmbito do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, decorrerá entre o dia 1 de Setembro e o dia 26 de Outubro do ano 2016.

O SUC, pertence ao CHLN, fica situado no piso 0 do edifício do Hospital Santa Maria. A equipa de enfermagem do SUC é constituída por 98 enfermeiros divididos em 4 equipas. São distribuídos pelos postos pelo chefe de equipa em cada turno.

O SUC tem de momento, duas salas de reanimação com capacidade para receber 3 pessoas em simultâneo. Estas salas estão equipadas com toda a tecnologia necessária à manutenção das funções vitais da pessoa. É o local onde são alocadas as pessoas vítimas de graves acidentes e doença grave emergente que necessitem de cuidados imediatos (Almeida, 2013).

Tem uma sala de observação com 16 camas para monitorização e vigilância de doentes, que funciona como unidade de internamento do SUC. Todas as 16 camas existentes na sala de observação têm capacidade de monitorização contínua de pessoas doentes.

A triagem das pessoas que recorrem ao SUC é feita desde 2006 segundo o protocolo da triagem de Manchester. Neste protocolo o enfermeiro que está no posto de triagem atribui uma cor (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho) consoante a gravidade do estado geral da pessoa.

Neste sentido o SUC está dividido em locais pela cor, laranja perto das salas de reanimação. Amarelos e sala de verdes e azuis. Nestes locais aguardam as pessoas que foram triadas com as respetivas cores. Qualquer uma destas áreas é composta por uma sala de espera, gabinetes médicos e sala de enfermagem. Nesta sala é onde os enfermeiros do SUC prestam cuidados às pessoas.

O SUC tem ainda áreas específicas de atendimento às pessoas. Nestes locais aplica-se a mesma metodologia de triagem mas as pessoas são dirigidas conforme a especificidade do problema de saúde. Existe uma sala de aerossóis onde são alocadas as pessoas com problemas respiratórios. A sala de pequena cirurgia, como o próprio nome indica é o local onde são alocadas as pessoas que necessitam de cuidados a feridas. Existe ainda o setor da psiquiatria, local com um ambiente calmo, controlado e onde são referenciadas pessoas que

necessitem de observação de médicos psiquiatras. Por último existem gabinetes específicos das áreas científicas médicas, nomeadamente gabinete de ortopedia, cirurgia, oftalmologia e otorrinolaringologia. O enfermeiro que está no posto de triagem faz, mediante a queixa da pessoa, o encaminhamento mais adequado da mesma dentro do SUC.

### 3. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES

O estágio que estou a começar tem aproximadamente oito semanas e meia. É um período longo numa fase crítica do estudo em que tudo tem que ser agilizado da melhor forma para que não ocorram erros e que possam potenciar a aprendizagem e aquisição de competências.

A apresentação do projeto de estágio decorrerá no dia 15 de Setembro e planeio a entrega definitiva do mesmo no dia 22 de Setembro. Até à data da elaboração do projeto já se definiu a problemática que irei abordar bem como alguns objetivos e atividades.

Quer a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma, quer o melhoramento da minha capacidade de síntese são objetivos cujas atividades são transversais a todo o período de estágio.

Quero caracterizar a pessoa vítima de trauma de acidente de viação bem como os cuidados de enfermagem entre a terceira e a quinta semana de estágios.

Simultaneamente à atividade anterior, pretendo começar o enquadramento legal sobre a temática, violência doméstica. É espectável que a partir do dia dez de Outubro comece a criar o guia de atuação na abordagem à pessoa vítima de violência doméstica.

#### 4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Para este estágio vou precisar uma vez mais da preciosa orientação de um enfermeiro especialista e do Professor Sérgio Deodato.

No serviço de urgência o desafio de me orientarem foi proposto à enfermeira especialista Susana Mendonça. Quero já, nesta fase, agradecer a disponibilidade que tem vindo a demonstrar na minha orientação.

Considero importante fazer referência aos meus orientadores neste contexto pois é com eles que irei realizar grande parte da avaliação do meu projeto. Pretendo realizar uma autoavaliação sobre a minha prestação de cuidados especializados no SUC. Quero e é também um indicador de avaliação a heteroavaliação e esta feita pelo Professor Sérgio Deodato e pela enfermeira especialista Susana Mendonça.

Um outro indicador de avaliação deste projeto será a entrega do guia orientador, para a abordagem à pessoa vítima de violência doméstica, ao Sr. Enfermeiro Chefe do SUC Carlos Neto.

## 5. CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto serviu para transpor em escrito aquilo que tem vindo a ser um processo mental. Foi fundamental para a conclusão deste projeto toda a orientação que tive da enfermeira Susana Mendonça, do Professor Sérgio Deodato e das restantes professoras e colegas no momento da apresentação e discussão do mesmo.

Acredito ter conseguido projetar algo ambicioso, bem estruturado e acima de tudo concretizável.

Mantendo a minha linha de pensamento, a Deontologia Profissional, optei neste contexto por ser uma área de interesse e pela carência no serviço da realização de um guia de atuação na abordagem à pessoa vítima de violência doméstica. É um problema de saúde pública, com um enquadramento legal muito próprio. Entre os anos de 2013-2014 registaram-se 35 097 casos denunciados de violência doméstica (APAV, 2015). É uma problemática com uma incidência enorme e na qual os enfermeiros também têm um papel fundamental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. C. (2013). *Humanização dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família*. Lisboa.

APAV. (2015). *Estatísticas APAV - Crimes de violência doméstica 2013-2014*. Lisboa: APAV.

Enfermeiros, O. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa.

## APÊNDICE 5 – Projeto VMER



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

### A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

Projeto de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem na vertente Médico-Cirúrgica

Por

Gonçalo Fouto Tapum

Sob a orientação do

Professor Doutor Sérgio Deodato

e do

Enfermeiro Especialista Fernando Sousa

(Lisboa – 2016)

## SIGLAS

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

HBA – Hospital Beatriz Ângelo

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
10. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O ESTÁGIO	5
11. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO	7
12. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES	8
13. INDICADORES DE AVALIAÇÃO	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto encontra-se no contexto dos estágios do mestrado profissional em enfermagem na vertente médico-cirúrgica, do ICS, UCP em Lisboa.

O meu nome é Gonçalo Fouto Tapum, sou enfermeiro, tendo concluído o primeiro ciclo de estudos em Junho de 2013. De momento, encontro-me a prestar cuidados de enfermagem no CHLN, HPV, Serviço de Medicina IIIB. Iniciei funções neste serviço no dia 8 de Abril de 2015, tendo prestado cuidados de enfermagem anteriormente no atendimento permanente, do Hospital Cuf Cascais.

O estágio que agora início é referente ao módulo III (estágio opcional). Irei realizá-lo na VMER que pertence ao HBA. A escolha deste local para a realização deste último estágio está relacionada com dois principais motivos. O primeiro motivo prende-se com a sequência da abordagem ao doente crítico que tenho vindo a desenvolver. Optei por estágios em locais onde pudesse desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas vítimas de doença súbita e em estado crítico. Comecei nos cuidados intensivos, estagiei no serviço de urgência e este último momento de estágio em contexto pré-hospitalar. Trabalhando num serviço de Medicina onde as situações de reanimação são menos frequentes quero aprofundar mais os meus conhecimentos nesta área para me tornar mais proficiente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de doença súbita em estado crítico.

Para a elaboração deste projeto irei utilizar a norma *APA 6th edition*, para a referenciação bibliográfica.

## 6. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O ESTÁGIO

### Objetivo geral:

Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto pré-hospitalar.

### Objetivos específicos:

Contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem.

- Elaboração de um dossier temático sobre a responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro em contexto pré-hospitalar;
- Promoção de momentos de reflexão com os enfermeiros da VMER do HBA sobre a responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em contexto pré-hospitalar.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de doença súbita e sua família, em contexto pré-hospitalar.

- Contextualização da VMER do HBA (utilizando os dados estatísticos referentes ao ano anterior, existentes na base de dados da VMER do HBA);
- Leitura do manual do SIEM, para realização de enquadramento do mesmo;
- Observação dos recursos materiais existentes na VMER e na base operacional;
- Observação da articulação com outros serviços no hospital, nomeadamente o serviço de urgência geral e os cuidados intensivos (a propósito do encaminhamento da pessoa em estado crítico);
- Observação do registo de enfermagem em contexto pré-hospitalar;
- Leitura dos manuais de abordagem à pessoa vítima de doença súbita, de emergências médicas e de trauma do INEM;
- Colaboração no planeamento e execução de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de doença súbita em contexto pré-hospitalar;
- Observação da orientação de doentes no CODU.

Competências de enfermeiro especialista, enunciadas no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (2010) em pessoa em situação crítica a que me proponho a desenvolver neste contexto são:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

## 7. LOCAL E PERÍODO DE ESTÁGIO

O terceiro estágio no âmbito do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, decorrerá entre o dia 27 de Outubro e o dia 21 de Dezembro do ano 2016.

A base operacional da VMER do HBA encontra-se fisicamente situada no serviço de urgência deste hospital.

A VMER do HBA existe desde o dia 27 de Fevereiro de 2012, tem de momento uma equipa de 19 enfermeiros e 17 médicos.

Alguns dos dados estatísticos referentes ao ano de 2015 mostram que neste ano a VMER foi ativada 3378 vezes, gerando uma média de 9,3 atendimentos por dia. Percorram-se 89 983km. A principal causa da ativação deste meio foi para a pessoa com dor torácica, 180 casos, seguindo-se 170 ativações para a pessoa inconsciente que não se sabe se respira que foi certificado o óbito no local.

Relativamente ao destino das pessoas vítimas de doença súbita, importa referir que 43% da referência das pessoas atendidas pela VMER pertence à área de residência do HBA, seguindo-se de encaminhamento para outros hospitais com 33%. Este encaminhamento para outros hospitais reflete-se muitas vezes em pessoas vítimas de politrauma e síndrome coronário agudo para unidades de hemodinâmica (VMER Loures, 2015).

## 8. DISTRIBUIÇÃO DAS HORAS PELAS DIFERENTES ATIVIDADES

O estágio que estou a começar tem aproximadamente dez semanas. É um período longo numa fase crítica do estudo em que tudo tem que ser agilizado da melhor forma para que não ocorram erros e que possam potenciar a aprendizagem e aquisição de competências.

A apresentação do projeto de estágio decorrerá no dia 14 de Novembro e planeio a entrega definitiva do mesmo no dia 20 de Novembro. Até à data da elaboração do projeto já se definiu a problemática que irei abordar bem como alguns objetivos e atividades.

Pretendo abordar em primeiro lugar contextualizar-me no serviço e na dinâmica do mesmo. A segunda etapa será a leitura dos manuais que a espero ter concluído nos primeiros 4 dias de estágio.

Pretendo simultaneamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados em contexto pré-hospitalar abordar com os enfermeiros da equipa as questões éticas e deontológicas referentes à responsabilidade do enfermeiro em contexto pré-hospitalar.

## 9. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Para este estágio vou precisar uma vez mais da preciosa orientação de um enfermeiro especialista, o Enfermeiro Fernando Sousa e do Professor Sérgio Deodato.

A orientação do Enfermeiro Fernando é crucial e quero desde já agradecer a disponibilidade.

Considero importante fazer referência aos meus orientadores neste contexto pois é com eles que irei realizar grande parte da avaliação e elaboração do meu projeto. Pretendo realizar uma autoavaliação (indicador 1) sobre a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados no contexto pré-hospitalar. Quero e é também um indicador de avaliação a heteroavaliação (indicador 2) e esta feita pelo Professor Sérgio Deodato e pelo enfermeiro especialista Fernando Sousa, bem como por outros elementos com que possa colaborar diretamente.

Um outro indicador de avaliação deste projeto será a entrega do dossier temático (indicador 3) sobre a responsabilidade do enfermeiro em contexto pré-hospitalar ao Sr. Enfermeiro Fernando para alocação na base da VMER.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto serviu para explicar de forma concisa o projeto que delineei para o último estágio. Não o teria conseguido planejar o meu estágio sem a orientação do Enfermeiro Fernando Sousa, do Professor Sérgio e do contributo dos colegas e professores aquando a apresentação e discussão do mesmo.

Acredito ter conseguido projetar algo concreto e exequível. Penso ter conseguido planejar atividades de acordo com os objetivos a que me proponho nunca esquecendo o principal objetivo da elaboração do projeto. Que é a orientação do percurso. Ainda assim todas as atividades são permeáveis, passíveis de mudança.

Tenho uma expectativa muito elevada relativamente a este estágio. Tenho a certeza que em contexto pré-hospitalar terei imensas oportunidades novas de aprendizagem, num ambiente não familiar e com uma necessidade enorme de adaptação a novas situações, como se espera do enfermeiro especialista (Ordem do Enfermeiros, 2010). A expectativa eleva-se porque é efetivamente o último estágio e espero conseguir colocar em prática todas as competências que tenho vindo a desenvolver no âmbito da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dados estatísticos extraídos da base de dados da VMER do HBA referentes ao ano de 2015.

Enfermeiros, O. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa.