



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR AO SERVIÇO
DE URGÊNCIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por
Andreia Filipa Arruda Raposo

Porto, março de 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**DA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR AO SERVIÇO
DE URGÊNCIA – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

**FROM EXTRA-HOSPITAL EMERGENCY TO
EMERGENCY SERVICE - PERFORMANCE OF THE
SPECIALIST NURSE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Por

Andreia Filipa Arruda Raposo

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto, março de 2022

RESUMO

Este Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, inserida no Plano Curricular do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no Instituto de Ciências da Saúde – Porto da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2021/2022. A realização deste documento visa espelhar o percurso efetuado no Estágio, quer no desenvolvimento de competências académicas, quer no crescimento profissional e pessoal neste tempo de exceção que se vivencia. O percurso decorreu no Serviço de Urgência e na Emergência Extra-hospitalar – SIV no período de 6 de setembro a 18 de dezembro de 2021. O presente documento estruturalmente é constituído por três principais pontos: o 1º no qual se realizou a caracterização dos contextos, numa vertente descritiva mas também crítico-reflexiva, um breve resumo do trajeto percorrido no estágio do 1º ano em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, e uma análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, as atividades realizadas e as competências adquiridas no percurso deste estágio final em contexto de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV; no 2º ponto surge uma pesquisa bibliográfica que visou compreender as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar; e no 3º ponto surge uma pesquisa bibliográfica sobre a recolha de vestígios forenses decorrentes de vítimas de agressão/crime ou morte, devido a uma ocorrência que surgiu em contexto de estágio no SU, que deu origem a um trabalho sobre o referido tema.

Durante a realização de ambos os estágios, desenvolveram-se competências de prestação e gestão de cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; administração de protocolos terapêuticos complexos; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; assistência da pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; desenvolvimento de capacidades de reflexão crítica.

Assim, neste percurso para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem pretendeu-se descrever o conjunto de competências comuns e específicas, desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, tendo sempre em vista o cuidado da pessoa de uma forma holística durante todo o seu ciclo vital.

Conclui-se, assim, que todo este percurso realizado com o intuito de alcançar o grau de Mestre em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, teve implicações a nível profissional, uma vez que contribuiu para o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo em toda a gestão e processo de cuidar da pessoa em situação crítica, tendo por base a prestação de cuidados de forma holística e assente na melhor evidência científica disponível.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Serviço de Urgência; Emergência Extra-hospitalar.

Descritores: Serviço de Emergência Médica; Enfermagem Forense.

ABSTRACT

This Internship Report is part of the Curricular Unit - Final Internship and Report, inserted in the Curriculum Plan of the 14th Master's Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, at the Institute of Health Sciences – Porto of the Universidade Católica Portuguesa, in the academic year of 2021/2022. The realization of this document aims to reflect the path taken in the Internship, both in the development of academic skills and in the professional and personal growth in this unusual time that we are experiencing. The route took place in the Emergency Department and in the Extra-hospital Emergency - SIV from September 6th to December 18th, 2021. This document structurally consists of three main points: the 1st in which the characterization of the contexts was carried out, in a descriptive but also critical-reflexive aspect, a brief summary of the path taken in the 1st year internship in the context of a Multipurpose Intensive Care Unit , and a critical-reflexive analysis of the objectives achieved, the activities carried out and the skills acquired during this final stage in the context of ED and Extra-hospital Emergency - SIV; in the 2nd point, there is a bibliographic research that aimed to understand the advantages/disadvantages of the use of the cervical collar in the polytraumatized person in the context of Extra-hospital Emergency; and in the 3rd point, there is a bibliographic research on the collection of forensic traces resulting from victims of aggression/crime or death, due to an occurrence that arose in the context of an internship at the ER, which gave rise to a work on the aforementioned topic.

During the completion of both stages, skills were developed to provide and manage care for the person in a critical situation and in the anticipation of instability and risk of organic failure; administration of complex therapeutic protocols; differentiated management of pain and well-being of the person in a critical situation and/or organic failure, optimizing the responses; assistance of the person, family/caregiver in the emotional disturbances resulting from the critical health/illness situation and/or organic failure; management of interpersonal communication that underpins the therapeutic relationship with the person, family/caregiver in the face of the highly complex situation of their health status; development of critical reflection skills.

Thus, in this path towards obtaining a Master's degree in Nursing, it was intended to describe the set of common and specific competences, developed by the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialization for the Person in Critical Situation, always having in mind the care person in a holistic way throughout their life cycle.

It is concluded, therefore, that all this journey carried out in order to achieve the degree of Master in Nursing and Specialty in Medical-Surgical Nursing in the field of Person in Critical Situation, had implications at a professional level, since it contributed to the development of critical-reflective thinking throughout the management and process of caring for the person in a critical situation, based on the provision of care in a holistic way and based on the best scientific evidence available.

Keywords: Person in Critical Situation; Emergency Service; Extra-hospital emergency.

Descriptors: Emergency Medical Services; Forensic Nursing.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.”

Gandhi

“É imoral pretender que uma coisa desejada se realize magicamente, simplesmente porque a desejamos. Só é moral o desejo acompanhado da severa vontade de prover os meios da sua execução”.

José Ortega y Gasset (s.d.)

AGRADECIMENTOS

À Profª Doutora Irene Oliveira, por toda a orientação, disponibilidade e colaboração, cujas palavras de incentivo foram fulcrais para chegar a bom porto,

Aos tutores, que tornaram este percurso tão rico, com a sua disponibilidade, dedicação, compreensão, competência e conhecimento, permitindo que o companheirismo e amizade estivessem presentes nas suas orientações,

Aos meus colegas de curso, em especial à minha querida amiga I. A., pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio,

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências, por todo o apoio e por me permitirem dividir os momentos bons e menos bons,

A todos os enfermeiros que trabalham de corpo e alma, que se empenham na prestação de cuidados, com a dignidade que a humanidade exige, para a melhoria da assistência, sobretudo na Emergência Extra-hospitalar, e que se esforçam para valorizar e dar visibilidade à Enfermagem,

E por último, mas não menos importante agradeço à minha família, a quem devo grande parte das minhas conquistas, por toda a compreensão, motivação, incentivo e apoio incondicionais, imprescindíveis para o meu percurso ao longo do curso.

A todos, Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AO - Assistente Operacional

APAV - Associação de Planeamento e Apoio à Vítima

ATLS - Advanced Trauma Life Support

BPS - Behavioral Pain Scale

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

CPP - Código Penal Português

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral da Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EUA - Estados Unidos da América

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IAFN - Internacional Association of Forensic Nurses

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

PIC - Pressão Intra-craniana

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO - Serviço Observação

SRPCB - Serviço Regional de Proteção Civil dos Bombeiros

SU - Serviço de Urgência

TAS - Tripulante de Ambulância e Socorro

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

UC - Unidade Curricular

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIPI - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UCP - Universidade Católica Portuguesa

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DE GENERALISTA A ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	21
2.1. Caracterização dos campos de estágio	21
2.2. Processo de aprendizagem – trajeto percorrido anteriormente	26
2.3. Descrição e análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, atividades realizadas e competências adquiridas	28
3. UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR: VANTAGENS VS DESVANTAGENS	41
3.1. Introdução	41
3.2. Metodologia	42
3.3. Resultados, Discussão dos dados e Conclusão	45
4. UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, NA RECOLHA DE VESTÍGIOS FORENSE	49
4.1. Contextualização	49
4.2. Preservação e Recolha de Vestígios	51
4.3. Atuação do Enfermeiro na Emergência Extra-hospitalar – SIV	55
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
7. APÊNDICES	71
APENDICE I: Apresentação do PowerPoint “ <i>Delirium</i> na Pessoa em Situação Crítica”	73
APENDICE II: Tabela de Evidências sobre a pesquisa bibliográfica “Utilização do Colar Cervical em contexto Extra-Hospitalar: Vantagens VS Desvantagens”	85
APENDICE III: Apresentação do PowerPoint “Uniformização de procedimentos, na recolha de vestígios forenses”	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama PRISMA

44

1. INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC)– Estágio Final e Relatório, inserida no Plano Curricular do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), no Instituto de Ciências da Saúde – Porto da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no ano letivo 2021/2022, nos contextos de Emergência Extra-hospitalar – SIV (Suporte Imediato de Vida) e Serviço de Urgência (SU), realizados num Hospital Central, com o intuito de descrever, analisar e refletir sobre o percurso realizado nestes contextos, no processo de aprendizagem da Enfermagem Especializada.

Deste modo, surge a realização deste documento que visa demonstrar o percurso efetuado, quer no desenvolvimento de competências académicas, quer no crescimento profissional e pessoal.

Esta UC corresponde a 30 European Credit Transfer System (ECTS) com a realização total 400h de contacto, das quais 360 horas de prática clínica, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário, para além das 440 horas de trabalho individual. Os dois contextos de estágio decorrem em simultâneo de forma intercalada, no período de 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a definição das suas competências assenta em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma eficaz, estruturada, fundamentada e contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas garantindo as funções básicas de vida e prevenindo complicações, tendo em vista a sua recuperação total. Assim, a existência de enfermeiros que realizem cuidados especializados é justificada pela necessidade destes profissionais procurarem, em toda a sua prática profissional, a excelência do exercício, conforme preconizado no Artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015).

Pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, exigindo das equipas uma

intervenção rápida e de qualidade, com o objetivo de evitar a morte e/ou diminuir as possíveis sequelas (OE, 2018, Pg 19362).

Segundo o Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, Pg 4744).

Deste modo, a área do doente crítico surge como um grande fascínio pessoal, pela complexidade de abordagem e especificidade de conhecimentos e competências necessários por parte de toda a equipa multidisciplinar e em particular de enfermagem, bem como pelo facto de desenvolver a minha atividade profissional, há cerca de três anos, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Os cuidados executados à PSC pressupõem uma abordagem holística e a identificação precoce e atempada, e respetiva resolução dos problemas encontrados.

Assim, a escolha dos contextos de estágio, Emergência Extra-hospitalar - SIV e SU, relaciona-se com a grande vontade de adquirir novos conhecimentos e melhorar competências pré-adquiridas para a excelência na prestação de cuidados e o desenvolvimento da perícia na área de especialidade, nomeadamente, no que concerne ao acompanhar a PSC desde o primeiro momento de abordagem (Emergência Extra-hospitalar - SIV), por vezes em situações hostis, prestar cuidados de acordo com o seu estado de saúde, encaminhamento até ao SU, e respetiva abordagem no SU.

O presente documento é constituído por três principais pontos: primeiramente surge o capítulo “Assistência à Pessoa em Situação Crítica: de generalista a especialista e mestre em enfermagem” onde é designada a caracterização dos contextos, numa vertente descritiva mas também crítico-reflexiva; é mencionado um breve resumo do trajeto percorrido anteriormente no estágio do 1º ano, 2º semestre, da UC “A Pessoa em Situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”, que decorreu na UCIP, em horário próprio, local onde desempenho funções há quase 3 anos, motivo pelo qual não foi possível obter acreditação uma vez que à altura da matrícula no curso não reunia as condições necessárias; bem como é apresentada uma análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, as atividades realizadas e as competências adquiridas no percurso deste estágio final em contexto de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV; em segundo surge uma pesquisa bibliográfica que visa compreender as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar, uma vez que com a realização do estágio em contexto de Emergência Extra-hospitalar – SIV, verificou-se uma utilização frequente do colar cervical, nem sempre

tendo em conta os critérios individuais e as características da situação de cada utente; e em terceiro surge uma pesquisa bibliográfica sobre a recolha de vestígios forenses decorrentes de vítimas de agressão/crime ou morte, devido a uma ocorrência que surgiu em contexto de estágio no SU, que deu origem a um trabalho sobre o referido tema. A salientar que a realização de ambos os trabalhos supracitados advêm de necessidades levantadas em ambos os contextos de estágio.

Com o desenvolver deste relatório pretende-se:

- Demonstrar a aquisição de competências do enfermeiro com EEMC;
- Ilustrar o processo de aprendizagem adquirido durante o a disciplina Estágio Final e Relatório;
- Aprofundar determinadas temáticas que surgiram como necessidade levantada durante a disciplina Estágio Final e Relatório.
- Refletir sobre os atos praticados e a responsabilidade ética e social.

Para a elaboração deste projeto utilizou-se uma metodologia crítico-reflexiva e descritiva, recorrendo também a pesquisa bibliográfica para fundamentação do mesmo.

Este documento encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e foi orientado pelas normas de referência bibliográfica da American Psychological Association, 6ª edição.

2. ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DE GENERALISTA A ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O Enfermeiro, sendo um profissional habilitado legalmente, possui competências a diversos níveis que lhe permite prestar cuidados de enfermagem, ao indivíduo, de forma holística, nos diversos níveis de prevenção. Assim, segundo o Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 121/2012, o enfermeiro “possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, (...) e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites” (OE, 2012-2015, Pg 1).

Segundo Coimbra & Amaral (2016), referido no Parecer nº 9/2017, “os cuidados de enfermagem à PSC são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2017, Pg 1).

Assim sendo, denota-se a necessidade de diferenciação enquanto enfermeiro generalista e enfermeiro especialista, tendo em conta a complexidade dos cuidados.

2.1. Caracterização dos campos de estágio

Conhecer, compreender e integrar as dinâmicas funcionais dos contextos de estágio, SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, foram fatores importantes para o sucesso do meu trabalho desenvolvido enquanto aluna de especialidade e mestrado, uma vez que só assim consegui tirar o maior partido na obtenção de experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O SU é um serviço de ação médica especialmente vocacionado para a prestação permanente de cuidados médicos de urgência e emergência, dotado de autonomia orgânica e funcional. Faz parte integrante de uma organização hospitalar de nível 4, sendo por isso classificado de polivalente. É um serviço dinâmico e exigente pelas suas próprias características, do qual faz parte integrante a vertente de Emergência Extra-hospitalar –

SIV, e tem por base uma filosofia que permite direcionar a sua atuação de uma forma rápida, eficaz, eficiente e com qualidade.

O SU é o serviço que, em termos de inter-relação e interligação interna ou externa é o mais dinâmico a cada 24 horas. A rotatividade do pessoal de serviço, surge em turnos de 8h, exceção do “Balcão 2” (8h30 – 20h30).

Após a realização da admissão no secretariado, todos os utentes passam pela triagem, onde o enfermeiro realiza a sua avaliação, segundo a Triagem de Manchester, atribui uma prioridade e encaminha para a área mais apropriada (área de atendimento de adultos ou pediátricos). A salientar que a área de atendimento de adultos comporta em si uma vasta área, desde “Balcão 1” (utentes do foro médico, com 8-10 macas e 10-12 cadeiras de rodas, 22 cadeiras fixas, 1 sala de aerossóis com 4 cadeirões e 6 gabinetes de consulta); “Balcão 2” (utentes do foro médico, com 22 cadeiras fixas, sala de aerossóis com 4 cadeiras, 2 gabinetes de consulta e 1 sala de trabalho de enfermagem); Cirurgia Geral; Pequena Cirurgia; Ortopneumatologia; Sala de Observação (SO) (admite utentes com critérios clínicos de gravidade e/ou que necessitem de vigilância apertada, com exigência e dotação de elementos de enfermagem equiparada à Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIPI). É constituído por 5 quartos, com um total de 11 camas).

De seguida, após observação do médico, o utente é colocado na área onde serão realizadas as intervenções de enfermagem necessárias bem como a realização de meios auxiliares de diagnósticos, em caso de necessidade. De modo a garantir uma maior vigilância dos utentes mais instáveis, a distribuição destes pelas diversas áreas do SU, visam ficar o mais próximos possíveis das salas de enfermagem. Contudo, devido a problemas estruturais de falta de espaço, torna-se inevitável colocar utentes em espaços de menor vigilância o que acarreta um risco para a segurança dos mesmos. Deste modo, identifica-se a estrutura física do SU como uma limitação, uma vez que apenas no SO existe monitorização e vigilância à distância para que de alguma forma se conseguisse detetar precocemente alguma alteração hemodinâmica do utente.

Nos dias úteis, no turno da manhã, o enfermeiro responsável na gestão das unidades é o enfermeiro chefe. Nos dois contextos, as tarefas desempenhadas pelo enfermeiro chefe vão de encontro com o Decreto-Lei n.º 71/2019, onde se estabelece que o enfermeiro em funções de gestor é responsável pelo planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança. Este integra ainda a capacidade de gestão de recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em

cuidados de saúde das pessoas, bem como o respeito pela ética e deontologia do exercício de enfermagem; gestão dos recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e produtividade; criar condições de trabalho dignas contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros; garantir uma prática de enfermagem baseada na melhor evidência disponível; implementar processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; contribuir para uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde através da gestão de riscos na sua unidade; divulgar informação relevante ao exercício profissional de enfermagem; valorizar as competências da equipa que gere, facilitando processos formativos e criando condições facilitadoras do processo de ensino e aprendizagem.

Nos restantes turnos, fins de semana e feriados, por turno existe um enfermeiro responsável, que normalmente é o enfermeiro mais antigo, o que não implica necessariamente que seja um enfermeiro especialista. Este papel pressupõe do enfermeiro uma verificação e reposição de material, levantamento de materiais com necessidade de reparação e/ou manutenção, distribuição de utentes pela equipa de enfermagem, supervisionar as funções dos assistentes operacionais (AO), tornando-se, assim, o elemento de referência da equipa. Além dessas atividades, o enfermeiro responsável também tem a seu cargo utentes, o que se repercute numa elevada carga de trabalho e na dificuldade de este se manter ao corrente de todas as situações, ficando à mercê da boa vontade dos restantes colegas que reportam as situações mais importantes ocorridas.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, é certificado ao Enfermeiro Especialista competências de “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”; “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”; “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “práticas de qualidade”; “ambiente terapêutico e seguro”; “cuidados de enfermagem geridos de forma a otimizar a resposta da sua equipa”; “liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto”; “autoconhecimento e a assertividade” e “praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, Pg 4744-4750). Assim, considero que o responsável de turno deveria ser delegado a um enfermeiro especialista, uma vez que as áreas às quais tem de dar resposta inserem-se no perfil de competências regulamentadas e adquiridas por este.

No que concerne à metodologia de trabalho do SU, esta visa num conjunto de intervenções parceladas e executadas consoante prescrição. É tido sempre em conta o utente de forma holística, com a prestação de cuidados globais consoante as suas necessidades. Existe uma metodologia de trabalho de colaboração e complementaridade entre todos os colegas de forma a prestar a melhor assistência possível ao utente, quer no contexto de SU como no contexto de Emergência Extra-hospitalar – SIV. O sistema de registo de informação informático é a Glintt, à exceção da Emergência Extra-hospitalar - SIV onde a informação da ocorrência é registada em verbete próprio e enviado, via email, para o serviço de proteção civil e para o hospital.

No SU quando os utentes têm alta, esta poderá ser para o domicílio ou para algum serviço de internamento. No caso dos utentes que são internados, a transferência de serviço normalmente é acompanhada por um AO, salvo nas exceções de utentes instáveis que são acompanhados pela equipa de enfermagem. Quando o AO é quem acompanha o utente para o serviço de destino, as informações do utente são passadas ao enfermeiro do serviço de destino, por via telefónica, sendo fundamental deixar toda a informação escrita na Glintt, de modo que se alguma informação oral, não for relatada por lapso ou corretamente depreendida, este tenha um meio de poder validá-la. Considera-se que esta dinâmica contribui para a ocorrência de falhas nos cuidados, tendo em conta que a passagem de cuidados para o serviço de destino não está assente numa verificação prévia do utente, nem na utilização de uma metodologia estruturada de passagem de informação, sendo isto um aspeto a melhorar para uma melhor prestação de cuidados.

Na sala de emergência, normalmente os utentes chegam acompanhados pela equipa da Emergência Extra-hospitalar – SIV, Enfermeiro e Técnico Ambulância e Socorro (TAS), que transferem o utente para o leito adequado, segundo a sua situação (a primeira unidade é direcionada para utentes do foro médico/trauma e a segunda unidade é direcionada para utentes do foro cirúrgico.). Por norma quando existe um utente para a sala de emergência o médico regulador da SIV, entra em contato com o SU antes da chegada da equipa da Emergência Extra-hospitalar – SIV a informar da sua chegada. Esse procedimento é muito importante, uma vez que quando a equipa chega com o utente, já se encontram na sala de emergência todos os elementos destacados para a mesma, de modo a prestar o auxílio necessário, no menor tempo possível, de modo a garantir a recuperação do utente. Toda a equipa tem as suas funções protocoladas, pelo que o socorro à vítima decorre num ambiente calmo, coordenado e segundo as orientações do *team leader*. O enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização hemodinâmica,

pois é por meio da mesma que pode aperfeiçoar os cuidados prestados ao utente, através da interpretação e análise dos dados obtidos para que se possa delinear uma prescrição de enfermagem apropriada, possibilitando assim melhores *outcomes*.

Se for necessário encaminhar o utente para a realização de algum meio auxiliar de diagnóstico, o enfermeiro, juntamente com o AO e o médico, acompanham o utente, fazendo-se acompanhar de monitorização contínua e uma mala de material e fármacos de emergência.

No que concerne à atuação na Emergência Extra-hospitalar – SIV, esta é da responsabilidade do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros (SRPCB), e norteia-se com base nos protocolos e procedimentos do Suporte Imediato de Vida, versão 3.1, de 01/09/2021, revistos à luz das mais recentes recomendações na área da emergência médica, visando melhorar a qualidade e agilidade na prestação de cuidados ao doente emergente. Os protocolos e procedimentos têm por base um fluxograma interativo de rápida e simples leitura, o qual se rege por um código interpretativo, nomeadamente, protocolo clínico; procedimento; passo autónomo; ato diagnóstico; passo com validação médica e informações. Existem 17 protocolos (avaliação inicial; paragem cardiorrespiratória; cuidados pós-reanimação; avaliação primária; obstrução da via aérea; paragem respiratória; dispneia; taquicardia; bradicardia; hemorragia; dor toraco-abdominal; alteração do estado de consciência e défice motor; convulsão; alteração da glicémia; intoxicação; queimados e parto) e 9 procedimentos (analgesia; sedação; terapia elétrica; descompressão tórax; via verde AVC; via verde coronária; via verde trauma; vítima cadáver e situação multivítimas), sendo que a abordagem à vítima é sempre iniciada pelo protocolo 1 – avaliação primária, terminando, sempre, com o transporte da vítima ao hospital, com exceção da vítima cadáver ou no caso da vítima se recusar a ser transportada à unidade de saúde, mediante assinatura da minuta de recusa de transporte.

São meios humanos das unidades do Serviço SIV, o condutor (TAS); o enfermeiro e o médico regulador. O Serviço SIV é efetuado em regime de turnos contínuos, rotativos, nomeadamente, manhã, tarde e noite, de 8h em cada turno. Cada viatura é composta por uma mochila de emergência médica; uma mochila de trauma; porta ampolas; equipamento cardiovascular (monitor-desfibrilhador portátil com capacidade de transmissão de dados); equipamento para proteção pessoal (capacete de proteção e coletes refletivos); equipamento de segurança (corta cintos de segurança, cones de sinalização, lanterna portátil, extintor, machado tipo “force” e cinta de reboque); equipamento de telecomunicações; equipamento de imobilização (colares cervicais, colete de extração,

torniquete tático, cinta pélvica); aspirador de secreções portátil; botija de oxigênio; caixa de refrigeração/aquecimento de fluidos; fármacos e solutos de perfusão. Assim, em cada viatura SIV, é possível transmitir-se os dados clínicos em tempo real, do local da ocorrência para qualquer computador com acesso à internet. Existe a utilização de protocolos de atuação específicos contendo ações autônomas e interdependentes da equipa de emergência.

2.2. Processo de aprendizagem – trajeto percorrido anteriormente

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira EEMC à PSC iniciou-se com o estágio do 1º ano, 2º semestre, da UC “A Pessoa em Situação Crítica em Família – Vigilância e Decisão Clínica”, que decorreu no período de 3 de maio a 30 de junho de 2021, numa UCIP.

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) sendo composto por duas unidades, UCIP e Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, garante uma intervenção diferenciada e polivalente na assistência à PSC, conjuntamente com a sua equipa pluridisciplinar, 24 horas por dia. É um serviço que dispõe de um nível de equipamentos, que permite a monitorização contínua, a administração de infusões de fármacos ou solutos, ventiladores para o suporte ventilatório mecânico e terminal de computador para o registo informatizado do processo clínico.

Uma vez que me encontrava a desenvolver a minha atividade profissional no referido campo de estágio, todas as atividades que foram desenvolvidas já advinham da minha experiência profissional prévia. Contudo, durante o estágio tive a oportunidade de realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a minha atuação enquanto enfermeira generalista, na minha atividade profissional diária até então, e fazer um paralelismo entre as competências de um enfermeiro EEMC e da minha atuação atual naquele contexto enquanto especialista.

Durante esse estágio, foi-me possível gerir e executar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica, no que concerne à monitorização do doente crítico; ventilação mecânica; controle de infeção; doente neurocrítico; doente politraumatizado; abordagem nutricional; técnicas dialíticas; transporte intra-hospitalar do doente crítico; gestão diferenciada da dor e do bem-estar; gestão da relação terapêutica, comunicação interpessoal e perturbações emocionais/psicológicas.

A monitorização hemodinâmica assume elevada importância na prestação de cuidados à PSC, uma vez que permite reconhecer antecipadamente as complicações decorrentes do estado hemodinâmico do utente para que se possa adequar o tratamento com o intuito de prevenir maiores complicações. O enfermeiro assume um papel fundamental pois é através da monitorização hemodinâmica que consegue aperfeiçoar os cuidados prestados ao utente, através da interpretação e análise dos dados obtidos.

No que concerne ao controle de infeção, o papel do enfermeiro EEMC, engloba a atuação nas infeções associadas aos cuidados de saúde, quer seja a nível de investigação de novas evidências como na coordenação de equipas; vigilância epidemiológica; avaliação de resultados; formação dos profissionais; delineação do plano de ação; realização de auditorias de cumprimento das normas e adoção de boas práticas. É notório melhor resultado e maior impacto aquando da adoção de *bundles* de intervenção de modo a garantir que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados baseados na melhor evidência atual.

Os doentes críticos são frequentemente transportados das salas de urgência/emergência para imagiologia, bloco operatório e/ou cuidados intensivos. Assim, para o transporte de doentes críticos intra-hospitalar é necessário existir uma coordenação do transporte; determinação dos profissionais que acompanham o utente, bem como os equipamentos necessários e a monitorização obrigatória durante o transporte.

A avaliação da dor é importante para a qualidade dos cuidados à PSC levando a um tratamento mais adequado e à diminuição do risco de complicações. Engloba componentes subjetivos e componentes objetivos. Existem escalas de avaliação da dor. O tratamento da dor deve ser multidimensional e multidisciplinar, pelo que deverá englobar medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A família é a extensão da pessoa doente, a promoção da qualidade dos cuidados implica a inclusão desta, numa perspetiva humanista e de conceito de cuidado global. As necessidades da família na unidade de cuidados intensivos são a segurança e apoio, informação, proximidade, conforto e suporte junto de ajuda especializada.

Um dos aspetos que se pode constatar no SMI é o imenso ruído existente. proveniente de diversos focos. Decorrente disso, foi levantada uma necessidade de formação, pelo que foi elaborado um trabalho intitulado de “*Delirium* na PSC”. Esse trabalho (Apêndice I) foi apresentado em três sessões (08/06; 18/06 e 30/06) aos diversos membros da equipa multidisciplinar.

O *Delirium* é caracterizado como uma síndrome de início agudo de disfunção cerebral com uma mudança ou flutuação na linha de base do estado mental, desatenção, desorganização do pensamento ou um nível alterado de consciência. (Bergeron et al, 2001 e Meagher et al., 2011 cit. In Barr et al., 2013, Pg 282). De forma sintética podemos depreender que o *Delirium* em contexto de UCIP é considerado uma complicação frequente e como fator preditivo de mau prognóstico para a PSC (Vieira et al., 2020 cit. In Pinho et al., 2020, Pg 82). Está associado ao aumento da mortalidade nas PSC em UCI, bem como ao aumento dos custos hospitalares decorrentes de maior tempo de internamento. O *Delirium* pode levar a um comprometimento cognitivo após a alta, daí a importância das consultas de *Follow up*. O diagnóstico e avaliação do *Delirium* deve fazer parte do conhecimento e competência dos membros da equipa multidisciplinar da UCI. (Hartmann, S. & Wagner, G. 2015). Assim sendo, de modo a facilitar o seu diagnóstico é importante a utilização de escala de avaliação do *Delirium*, como a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. A *bundle* de prevenção do *Delirium* visa a monitorização e controle da dor; respiração espontânea o mais precocemente possível; sedação leve ou mínima; monitorização e controle do *Delirium*; mobilização precoce; envolvimento familiar; entre outros.

2.3. Descrição e análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, atividades realizadas e competências adquiridas

A Enfermagem, como profissão na área da saúde, tem como objetivo “a prestação de cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96 na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, Pg 3)

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe a aquisição de um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e competências específicas da área de especialidade, capacitando o enfermeiro de conhecimentos que visam responder

às necessidades de saúde em diversos contextos e estádios de vida, em diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

A qualidade dos cuidados especializados em enfermagem na área da PSC, configura um grande desafio quer pelo reflexo que tem na melhoria dos cuidados a fornecer, quer por pressupor uma reflexão sobre a prática profissional (OE, 2017).

Nesta caminhada, o principal objetivo foi adquirir competências específicas de EEMC à PSC preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 429/2018.

De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (2001), o desenvolvimento na prática clínica de enfermagem faz-se através de um processo de desenvolvimento de competências, passando por cinco níveis, nomeadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A autora, citada pela OE no Parecer n.º 10/2017, defende que “é através de experiências que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante numa situação e a interpretar o seu significado”. Advoga ainda que as competências para a excelência dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experimental (OE, 2017, Pg 3).

Assim, é esperado que o enfermeiro especialista seja cada vez mais reflexivo com capacidade de mobilizar informação, desempenhando um papel importante na equipa multidisciplinar, tornando-se assim como elemento de referência, para uma melhoria contínua dos cuidados e da qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela OE.

A prática reflexiva em enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional, de modo a tornar os profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016).

Nesse sentido, este curso de mestrado contribui para a aquisição de competências comuns e específicas na área da EEMC à PSC e ainda as competências de mestre em enfermagem.

Com a elaboração deste capítulo procuro descrever e analisar sobre os objetivos atingidos, as atividades realizadas e as competências adquiridas durante os estágios, refletindo de forma crítico-reflexiva as experiências vivenciadas. Por fim, enumeram-se as competências que se julga terem sido adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem.

- **Desenvolver competências de atuação direcionadas à EEMC na prestação de cuidados à PSC, família/cuidador e aplicá-las nos contextos**

O doente crítico apresenta risco ou falência de uma ou mais funções vitais, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Costa, A. 2012). Assim sendo, “O avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” - Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018, Pg 19360).

Durante o curso de Mestrado em Enfermagem, várias UC contribuíram para a execução deste objetivo, nomeadamente, as de teor fisiopatológico, abordagens terapêuticas e ferramentas comunicacionais. Contudo, somente durante prática nos campos de estágio, da Emergência Extra-hospitalar – SIV e SU, se tornou possível compreender a abordagem especializada de enfermagem em diferentes ambientes, onde a observação e busca constante de informação, deteção de focos de instabilidades e intervenção atempada e eficiente, são uma constante. Apesar de serem dois contextos de estágio distintos, permitiram desenvolver uma visão favorecedora ao processo de aquisição de competências com enfermeira EEMC à PSC.

No contexto de SU, a dinâmica acelerada de trabalho, devido à elevada rotatividade de utentes e variedade de diagnósticos, criam um ambiente propício à existência de erros, o que torna fundamental uma abordagem rigorosa, de todos os utentes, com uma prática baseada na melhor evidência existente.

Durante o estágio no SU aprofundou-se conhecimentos na abordagem à vítima de trauma decorrente de queda (própria altura, acidente de mota, facada e queda de muro de 6 metros) que teve como consequência um traumatismo crânio-encefálico (TCE), quadros de disritmias, crises convulsivas, alterações do estado de consciência, síncope, síndromes coronárias agudas, insuficiência cardíaca descompensada, acidentes vasculares cerebrais, retorragias, intoxicação voluntária de terapêutica oral com álcool, diversas infeções (pneumonia, septicémia, pancreatite, infeção urinária) e sintomatologias associada (astenia, dispneia, náuseas, vômitos, tosse, febre).

A avaliação do utente, quer no SU como na Emergência Extra-hospitalar – SIV, realiza-se segundo o algoritmo ABCDE:

- *Airway*: Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical;
- *Breathing*: Ventilação e oxigenação;

- *Circulation*: Assegurar a circulação com controlo da hemorragia;
- *Disability*: Disfunção neurológica;
- *Expose/Environment*: Exposição com controlo de temperatura.

Esta mnemónica é aplicada a todas as emergências clínicas, permitindo, assim, uma rápida deteção de focos de instabilidade e priorização de cuidados, antecipando possíveis complicações que possam colocar o utente em risco de vida. Tem como objetivo principal um tratamento *life-saving*, de forma a tornar mais específica as situações com emergência de atuação, estabelecer uma linguagem comum na equipa multidisciplinar e ganhar tempo até o diagnóstico estar estabelecido e/ou o tratamento implementado.

Dentro do SU, a triagem é o primeiro contacto do utente com o serviço, onde um enfermeiro, com formação em Triagem de Manchester, realiza uma avaliação rápida (máximo de 3 minutos), de modo a identificar os principais problemas, atribuindo-lhe uma prioridade que identificará o tempo a ter observação clínica.

No SU está implementado o sistema de Triagem de Manchester que tem como objetivo fornecer ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas. A tomada de decisões é parte integrante e de elevada relevância na prática clínica e de enfermagem. Uma avaliação clínica sólida de um utente requer tanto raciocínio como intuição e ambos devem basear-se no conhecimento profissional. Este sistema utiliza um fluxograma de decisão com 36 categorias consoante a queixa principal do utente e classifica-o em 1 de 5 níveis, emergente, muito urgente, urgente, menos urgente ou não urgente (Protocolos de Atendimento V 1.1, SRPCB de 2012).

Deste modo, considera-se que segundo o Regulamento n.º 429/2018, o desempenho do enfermeiro EEMC à PSC distingue-se nesta área, uma vez que tem como finalidade “a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e familiares alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante a situação que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contatos de ação”(OE, 2018, Pg 19360).

Outra das áreas de destaque do SU, são os “balcões”, onde o forte sentido de gestão de utentes, tendo em conta as capacidades estruturais e de recursos deficitárias, é imperativo. Assim, mais uma vez a atuação do enfermeiro EEMC à PSC é sem dúvida

muito importante, pois consegue, graças ao seu conhecimento, baseado na melhor evidência existente, alocar os recursos existentes para os utentes que mais necessitam.

A Sala de Emergência, do SU, "constitui a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental para a mais correta abordagem do doente emergente, grave e crítico" (ACSS, 2019, Pg 7). É constituída por duas unidades de atendimento urgente/emergente médico/cirúrgico devidamente equipados. Este local proporciona condições para suporte avançado de vida, reanimação, tratamento e estabilização para posterior encaminhamento.

No SO, o desempenho do enfermeiro EEMC à PSC visa a prestação de cuidados de modo metódico, interpretativo, evolutivo e articulado, reconhecendo as situações atuais ou potenciais de deterioração clínica, com vista à implementação precoce de intervenções eficazes e a avaliação das respostas. Para isso, além da monitorização hemodinâmica constante, é realizada a avaliação do estado de consciência, segundo escala de coma de Glasgow; avaliado o risco de queda, segundo a escala de Morse; monitorização do débito urinário.

A avaliação da dor através de uma abordagem consistente é primordial, particularmente considerando as características únicas do doente crítico, cuja medição padrão de referência de dor é o autorrelato do utente, que muitas vezes, decorrente do estado de saúde em que se encontra não consegue verbalizá-la.

A dor não controlada pode desencadear ansiedade; distúrbios do sono e agitação; instabilidade cardíaca; imunossupressão; catabolismo aumentado e persistente; disfunção pulmonar e ativação do sistema nervoso central.

A avaliação da dor engloba componentes subjetivos (sensorial, afetiva e cognitiva) e componentes objetivos (indicadores observáveis). Existem escalas de avaliação da dor como as numéricas, de faces, qualitativa, analógica, escala comportamental Behavioral Pain Scale (BPS), entre outras. Todavia, a componente subjetiva constitui a medição mais válida da dor pelo que deve ser avaliada sempre que possível.

No SU e na Emergência Extra-hospitalar – SIV, é utilizada a escala de avaliação da dor numérica e/ou de faces. A salientar que no SO, aquando da existência de utentes sob ventilação mecânica invasiva (VMI), é utilizada a escala da BPS.

O Tratamento da dor na PSC deve ser multidimensional e multidisciplinar, pelo que deverá englobar medidas farmacológicas e não farmacológicas. A utilização de farmacoterapia multimodal poderá poupar a utilização de opióides e sedativos. Medidas

não farmacológicas como massagem, musicoterapia, técnicas de relaxamentos são algumas das medidas recomendadas para tratamento da dor. No decorrer do estágio de SU foi possível observar, na área de SO a preocupação constante da equipa multidisciplinar em garantir o conforto e bem-estar dos utentes, salvaguardando a inexistência de dor através de posicionamentos adequados e periódicos com especial atenção às áreas de pressão; hidratação adequada; massagem durante os cuidados de higiene e conforto; ambiente envolvente confortável. Contudo, nas restantes áreas do SU e na Emergência Extra-hospitalar, a atuação da equipa multidisciplinar, no tratamento da dor, cinge-se essencialmente, à utilização de farmacoterapia, devido à elevada rotatividade e afluência de utentes e/ou à situação crítica em que a pessoa se encontra.

De um modo geral resta salientar que em ambos os contextos de estágio, SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, a abordagem da PSC visa uma avaliação muitas vezes com pouca informação e com necessidade de reter dados de forma rápida de modo a prestar os melhores cuidados de saúde ao utente. Para isso torna-se fundamental a cooperação de toda a equipa multidisciplinar para a recolha de informação, planeamento, implementação e avaliação.

Deste modo, ao longo da prática clínica considero ter atingido as competências:

- Presta cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Realiza a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção;
- Gere os cuidados em situações de emergência, exceção.

- **Melhorar as competências de comunicação, inerentes à EEMC à PSC, família/cuidador**

O surgimento de uma situação de urgência/emergência pode conduzir ao aparecimento de problemas emocionais e psicológicos, não só para a PSC, mas também para a sua família.

De acordo com o Código Deontológico, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de, relativamente aos cuidados de enfermagem, informar o indivíduo e família fornecendo as informações necessárias, de forma a respeitar e promover o direito ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de explicação (OE, 2015).

A comunicação é um processo dinâmico e de importância vital, seja em contexto de SU ou Emergência Extra-hospitalar - SIV.

Assim sendo, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar e em particular da equipa de enfermagem garantir a avaliação da situação de crise; criar um clima de confiança através da promoção de um ambiente adequado e respeitando o espaço da pessoa/família; conhecer a problemática através de uma comunicação terapêutica efetiva assente na empatia e toque terapêutico; elaborar objetivos e planificar intervenções; aplicar as intervenções e realizar uma avaliação da intervenção.

Perante o supracitado, é fundamental compreender que a família é a extensão da pessoa doente, a promoção da qualidade dos cuidados implica a inclusão da família numa perspetiva humanista e de conceito de cuidado global. A família constitui, assim, o contexto social mais importante para o planeamento das intervenções que poderão influenciar positivamente os resultados da condição da pessoa doente. Esse aspeto encontra-se presente no SU, mas sobretudo em contexto de Emergência Extra-hospitalar, uma vez que, na maioria das vezes que somos ativados para uma ocorrência, é a família quem está no local à nossa espera juntamente com o utente e é ela que devido à condição atual de saúde do utente, quem nos sabe referir as informações mais importantes acerca do seu familiar, nomeadamente, antecedentes de saúde, medicações, entre outros aspetos.

As informações sobre o estado e evolução da PSC são muito importantes para a compreensão e aceitação da situação e para a promoção da comunicação entre todos os intervenientes. Denota-se claramente a importância desse aspeto em contexto de Emergência Extra-hospitalar, uma vez que somos nós enfermeiros, os profissionais de primeira linha em contato com os familiares, e aquando da estabilização do utente fazemos um ponto da situação atual do utente com os familiares de modo a que estes percebam o estado de saúde do seu familiar, e como em muitas das ocorrências o desfecho não é o que seria desejável, os familiares já ficam elucidados desde o início da gravidade da situação.

As famílias vêm os enfermeiros como uma fonte importante de prestação de cuidados, de informação imediata e de ajuda. Os enfermeiros deverão conhecer as

necessidades dos familiares; dar informação honesta e consistente; fornecer suporte emocional e espiritual; dialogar com a família com terminologia clara e compreensível; ter tempo para ouvir e partilhar informações.

Segundo Davidson *et al.* (2017), as 23 *guidelines* de suporte da família estão organizadas nos seguintes itens: presença da família em UCI; suporte familiar; comunicação com os membros da família; apoio de especialistas e membros da equipa da UCI e assuntos organizacionais e ambientais.

Durante ambos os contextos de estágio tenho a salientar que devido à situação pandémica atual, elevada rotatividade de utentes e elevado número de ocorrências na Emergência Extra-hospitalar – SIV, por vezes o estabelecimento de uma comunicação eficaz foi dificultada. Contudo, muitas vezes em contexto de SU, uma vez que as famílias acabavam por vir a acompanhar os utentes, sempre que era necessário obter alguma informação acerca deste, o clínico de serviço chamava o familiar para falar com ele, presencialmente. No que concerne à equipa de enfermagem, sempre que era necessário saber alguma informação acerca do utente, e o familiar já não se encontrava no SU, contactávamos via telefónica. Aquando da alta do utente para o domicílio, a equipa multidisciplinar do SU e em particular, a equipa de enfermagem, tinham sempre o cuidado de garantir que o utente e os familiares levavam as cartas de alta, sabendo o que nelas continham, bem como a terapêutica a comprar e sua posologia, e sempre que necessário, o utente, era referenciado para outras especialidades, quer sejam consultas a aguardar no domicílio e/ou notificação para a assistente social.

Decorrentes das competências do Enfermeiro EEMC na PSC, perspetiva-se que todos os enfermeiros para cuidar da pessoa e família a ultrapassar um processo complexo de doença crítica, estabeleça uma relação terapêutica eficaz com técnicas de comunicação adequadas, de modo a propiciar uma adaptação aos processos complexos de doença.

Deste modo, ao longo da prática clínica considero ter atingido a competência:

- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

- **Promover uma prática de cuidados fundamentada na melhor evidência existente, tendo por base a dignidade humana, responsabilidades profissionais, éticas e sociais**

Tendo por base o Código Deontológico dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem devem ser realizados tendo em conta os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (OE, 2015). Assim, no seu exercício das suas funções os enfermeiros “devem adotar uma conduta responsável e ética, e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos do cidadão”, sem nenhum tipo de discriminação (REPE, Decreto-Lei n.º 161/96 na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, Pg 4).

O Enfermeiro EEMC desempenha um papel de relevante importância na promoção destes comportamentos, através da adoção de medidas com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e respeitando a decisão do utente, capacitando-o da informação necessária para que possa, de forma esclarecida e informada, ter liberdade de opção.

Contudo, quando a nosso cuidado temos um utente em estado crítico, decorrente da sua instabilidade hemodinâmica, muitas vezes podemos dirigir o nosso foco de atenção para a sobrevivência do utente, podendo não se ter em conta as suas preferências, devendo a equipa multidisciplinar incluir a família/cuidador nesse processo complexo.

Durante os estágios, procurou-se adotar sempre uma prática de cuidados fundamentada na melhor evidência disponível, tendo por base a dignidade humana, responsabilidade profissionais, éticas e legais. Assim, no contexto de SU, devido à exigência e complexidade dos cuidados à PSC, é fundamental toda a nossa atuação basear-se na evidência científica mais atual, de modo a prestarmos melhores cuidados e cuidados de enfermagem de qualidade ao utente. Sem dúvida, que quer em contexto de SU como na Emergência Extra-hospitalar, muitas das nossas ações estão protocoladas, o que facilita em muito a atuação uniforme de toda a equipa e evita a perda de tempo crucial no socorro da PSC.

Deste modo, ao longo da prática clínica considero ter atingido a competência:

- Desenvolve capacidades de reflexão crítica durante o estágio da Emergência Extra-hospitalar -SIV e SU.

- **Desenvolver competências de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, nos contextos de estágio (SU e Emergência Extra-hospitalar - SIV), perante a PSC**

A prevenção e controlo de infeção surge como objetivo de interromper o ciclo infeccioso, que tem como consequência a redução das taxas de mortalidade e morbilidade, redução do tempo de internamento, taxas de ocupação e custos de saúde associados.

A origem das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) é multifatorial, podendo surgir nos hospitais, comunidade e unidades de cuidados continuados. A estratégia de prevenção será sempre ampla, envolvendo todas as estruturas organizacionais e os profissionais de saúde, em equipa multidisciplinar, podendo isso traduzir-se em potenciais ganhos em saúde. Além disso, todo o utente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos pelo que se tem de prevenir a transmissão cruzada proveniente de possíveis fontes de infeção.

Assim, para surgirem infeções, são necessários vários fatores, nomeadamente, agente infeccioso, o reservatório, porta de saída, via de transmissão, porta de entrada, suscetibilidade do hospedeiro e meio ambiente.

O papel do enfermeiro EEMC, engloba a atuação nas IACS, quer seja a nível de investigação de novas evidências como na coordenação de equipas; vigilância epidemiológica; avaliação de resultados; formação dos profissionais; delimitação do plano de ação; realização de auditorias de cumprimento das normas e adoção de boas práticas. É notório melhor resultado e maior impacto aquando da adoção de *bundles* de intervenção de modo a garantir que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados baseados na melhor evidência atual.

A Direção Geral da Saúde (DGS) define IACS como “uma infeção adquirida pelos utentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que pode, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade” (Félix, 2019, Pg 1). Deste modo, os cuidados ao doente crítico implicam uma preocupação acrescida no que concerne à prevenção e controlo de infeção, muitas vezes decorrentes de fatores intrínsecos, como a idade e presença de doenças crónicas, mas também devido a fatores extrínsecos, como a instabilidade hemodinâmica e utilização de dispositivos invasivos, por exemplo.

Nos campos onde realizei estágio foi possível constatar que existe uma preocupação inerente em todos os profissionais no que concerne ao controlo de infeção, sendo um desses exemplos é a higienização semanal de toda a carga e viatura da SIV; utilização dos equipamentos de proteção individual; higienização/desinfeção das salas de trabalho e material clínico. Outros exemplos colocados em prática nos campos de estágio são a correta higienização das mãos segundo a norma da DGS nº 007/2019; a prestação de

cuidados de higiene e conforto com esponjas embebidas em gluconato de clorohexidina; a execução de procedimentos invasivos (exemplo: colocação cateter urinário, correto manuseamento dos sacos de drenagem e colheita de urina, segundo a norma da DGS n.º 019/2015; correto manuseamento, realização do penso e colheitas do cateter venoso central (CVC) segundo a norma da DGS n.º 022/2015. Sem dúvida alguma que essa preocupação existente junto da equipa multidisciplinar e em particular na equipa de enfermagem, acaba por ser um motor impulsionador e motivador para os restantes profissionais cumprirem as regras de controlo de infeção, nomeadamente, os bombeiros, empregadas da limpeza, AO, entre outros profissionais. Durante ambos os estágios procurei desenvolver a minha conduta profissional, tendo sempre por base as medidas supracitadas.

Contudo, a salientar que a Emergência Extra-hospitalar – SIV e SU ao constituírem a linha da frente de um sistema de saúde sobrelotado, a prevenção e controlo de infeções, torna-se um desafio bastante grande, devido à elevada rotatividade dos utentes e à gravidade das situações, onde nos momentos de *life-saving*, poderão ser negligenciadas as medidas de controlo de infeção.

Deste modo, ao longo da prática clínica considero ter atingido as competências:

- Concebe plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e/ou falência orgânica;
- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica.

- **Promover uma prática baseada na evidência, contribuindo para a investigação e formação da equipa multidisciplinar**

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a definição das suas competências assenta em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma eficaz, estruturada, fundamentada e contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas garantindo as funções básicas de vida e prevenindo complicações, tendo em vista a sua recuperação

total da pessoa. O enfermeiro necessita assim de mobilizar competências profissionais específicas aliadas ao conhecimento técnico-científico, qualidade na prestação de cuidados com individualização de cuidados e domínio de diversa tecnologia.

Deste modo, torna-se imperativo que cada vez mais a praxis clínica se baseie na melhor evidência científica disponível, de modo a desenvolver, junto dos profissionais de saúde, tomadas de decisões e intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, ou seja, desenvolver práticas de qualidade, tornando-se um agente ativo no campo de investigação (OE, 2019).

Ao longo dos estágios de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, foi possível identificar necessidades, lacunas e oportunidades de elevado interesse de investigação, que contribuíssem para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o desenvolvimento dos conhecimentos dos profissionais inerentes à equipa multidisciplinar de ambos os contextos de estágio.

Deste modo, das necessidades levantadas de ambos os contextos de estágio, surgiu a realização de dois trabalhos, “Uniformização de procedimentos, na recolha de vestígios forenses” e “Utilização do colar cervical em contexto de Emergência Extra-hospitalar: vantagens versus desvantagens”, com o intuito de trazer benefícios para o processo de aprendizagem e aquisição de competências e assim contribuir para a formação das equipas.

Assim com o objetivo de perceber a evidência existente acerca do tema “Uniformização de procedimentos, na recolha de vestígios forenses”, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que deu origem ao trabalho escrito, mencionado no capítulo 4. Desse trabalho também foi elaborada uma apresentação (Apêndice III) com o objetivo de executar uma sessão de formação, para dar a conhecer e/ou fazer refletir, a equipa multidisciplinar sobre o tema, de modo que fosse possível pensar sobre a prática clínica do dia a dia e relacioná-la com a evidência científica mais atual. A formação foi agendada, contudo, devido a fatores imprevistos relacionados com indisponibilidade do serviço, não foi possível realizar a apresentação da mesma, tendo este ficado em suporte digital e em suporte de papel no serviço, para possível consulta à posteriori. A salientar ainda que no âmbito do estágio de SU, foi-me possível participar como formanda na ação de formação “Procedimentos perante suspeita de crime de violência doméstica/violência sexual”, formação esta que foi muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que me capacitou com conteúdos, baseados na melhor evidência

atual, e com base no código penal português, sobre como atuar perante uma vítima de violência doméstica e/ou abuso sexual.

No que concerne à pesquisa bibliográfica acerca do tema “Utilização do colar cervical em contexto de Emergência Extra-hospitalar: vantagens versus desvantagens”, surgiu devido ao fato de em contexto Emergência Extra-hospitalar, aquando da ocorrência de uma situação da qual advenha um possível politrauma, seja rotineiro a utilização de sistema de imobilização, como por exemplo, o colar cervical, sem nem sempre se avaliar caso a caso. Com esta pesquisa tentei compreender se perante um politraumatizado, a utilização de sistemas de imobilização será a melhor atitude a tomar, com o objetivo de primar pela saúde do utente (Apêndice II).

Ao longo de toda a prática clínica em ambos os contextos, foram sendo feitas diversas pesquisas bibliográficas, acerca de diversas temáticas, como por exemplo, realização de talas gessadas; colocação de acesso intraósseo; colocação de imobilizações perante um politraumatizado; entre outras, de modo a dar resposta a determinados conteúdos necessários, bem como para retirar algumas dúvidas, de modo a poder desempenhar a minha prestação de cuidados tendo sempre por base a melhor evidência científica existente, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados especializada.

Assim sendo, é de salientar que a pedido do enfermeiro chefe de ambos os contextos clínicos, foi realizada uma revisão de procedimentos, a fim de os atualizar com a evidência científica mais recente, em parceria com o enfermeiro tutor, acerca dos temas: “Descontaminação do material da viatura suporte imediato de vida (SIV)”; “Integração do Suporte Imediato de Vida (SIV) no Serviço de Urgência” e “Reaquecimento da vítima de hipotermia acidental”. Qualquer um desses procedimentos são de elevada importância, e com esta revisão permitiu-me realizar pesquisa bibliográfica sobre os temas e deixar no serviço, três suportes de trabalho baseados na evidência científica mais atual, de modo a que toda a equipa possa desenvolver melhores cuidados de enfermagem.

Deste modo, ao longo da prática clínica considera-se ter atingido as competências:

- Participa na investigação e formação da equipa da Emergência Extra-hospitalar – SIV e SU;
- Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

3. UTILIZAÇÃO DO COLAR CERVICAL EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR: VANTAGENS VS DESVANTAGENS

Ao longo dos estágios de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, surgiram diversos interesses de investigação. Assim, surgiu essa pesquisa bibliográfica que visa compreender as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar, uma vez que verificou-se uma utilização frequente do colar cervical, nem sempre tendo em conta os critérios individuais e as características da situação de cada utente.

3.1. Introdução

As características anatómicas e a flexibilidade da coluna cervical, concebem a esta uma grande predisposição para a ocorrência de lesões (Beeharry, M. *et al.*, 2021).

A lesão medular é uma patologia com elevada incidência em todo o mundo, sendo que em cada novo ano surgem aproximadamente um milhão de novos casos e 27 milhões de utentes vivem diariamente com as sequelas que dela advêm (Roquilly, A. *et al.* 2020).

As lesões da coluna cervical podem apresentar-se de diversas formas, nomeadamente, fratura, luxação, ou lesão neurológica da medula espinhal (Tatum, J., *et al.* 2017).

Este flagelo constitui uma das principais causas de mortalidade e morbilidade entre jovens adultos, sendo a apresentação clínica considerada por duas vertentes, nomeadamente, dos 15 aos 30 anos decorrentes de acidentes de viação, lesões desportivas e quedas da própria altura, e dos maiores de 65 anos devido a quedas da própria altura (Azeez, M. *et al.* 2020).

O grau de gravidade da alteração neurológica depende da durabilidade da lesão medular e do grau de compressão da mesma. Consequências como a paraplegia e a tetraplegia produzem uma grande sobrecarga socioeconómica e emocional (Abidin, Z., 2020).

A abordagem inicial do utente com um processo de suspeita e/ou lesão medular segundo Abidin, Z., (2020), consiste numa abordagem bifásica, onde existe a fase primária (fase onde ocorre o dano ou lesão da medula) e a fase secundária (disfunção vascular, inflamação, edema, isquemia). Salienta ainda que o número de alterações

neurológicas decorrentes após a lesão medular, devido a uma manipulação incorreta da mesma, ronda os 25%.

O colar cervical rígido, é um dispositivo utilizado para imobilizar a coluna cervical, limitando o movimento desta, em utentes com risco ou lesão medular evidente, de modo a minimizar a possibilidade de ocorrência de lesão medular nova ou secundária à já existente. Contudo é necessário salientar que os colares cervicais rígidos podem ter desvantagens para o utente. Em paralelo, existe o colar cervical mole, que mantém também a imobilização cervical, contudo não acarreta as desvantagens inerentes ao colar cervical rígido (Asha, S. *et al*, 2020; Beeharry, M. *et al*, 2021; Katipoglu, B. *et al*, 2020).

Tendo em conta a disparidade de opiniões acerca da utilização ou não de dispositivos que conferem proteção à coluna cervical, nota-se a utilização destes dispositivos como prática comum, na Emergência Extra-hospitalar, por vezes sem a utilização de critérios individuais que justifiquem a sua utilização, utente a utente.

Posto isto, visto compreender as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar. A necessidade de elaborar uma pesquisa bibliográfica sobre esse tema prende-se com a realização do estágio em contexto de Emergência Extra-hospitalar – SIV, onde se verificou uma utilização frequente do colar cervical, nem sempre tendo em conta critérios individuais, tendo por base as características da situação de cada utente. Deste modo, surgiu a questão de pesquisa: Quais as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar?

3.2. Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura, através da pesquisa na web, utilizando como descritores, os seguintes termos e operador booleano: “*Rigid cervical colar*” AND “*Emergency medical services*”. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram a EBSCO e a PubMed, sendo a mesma realizada de setembro a outubro de 2021 e janeiro de 2022. Assim, obtive um total de 16 artigos.

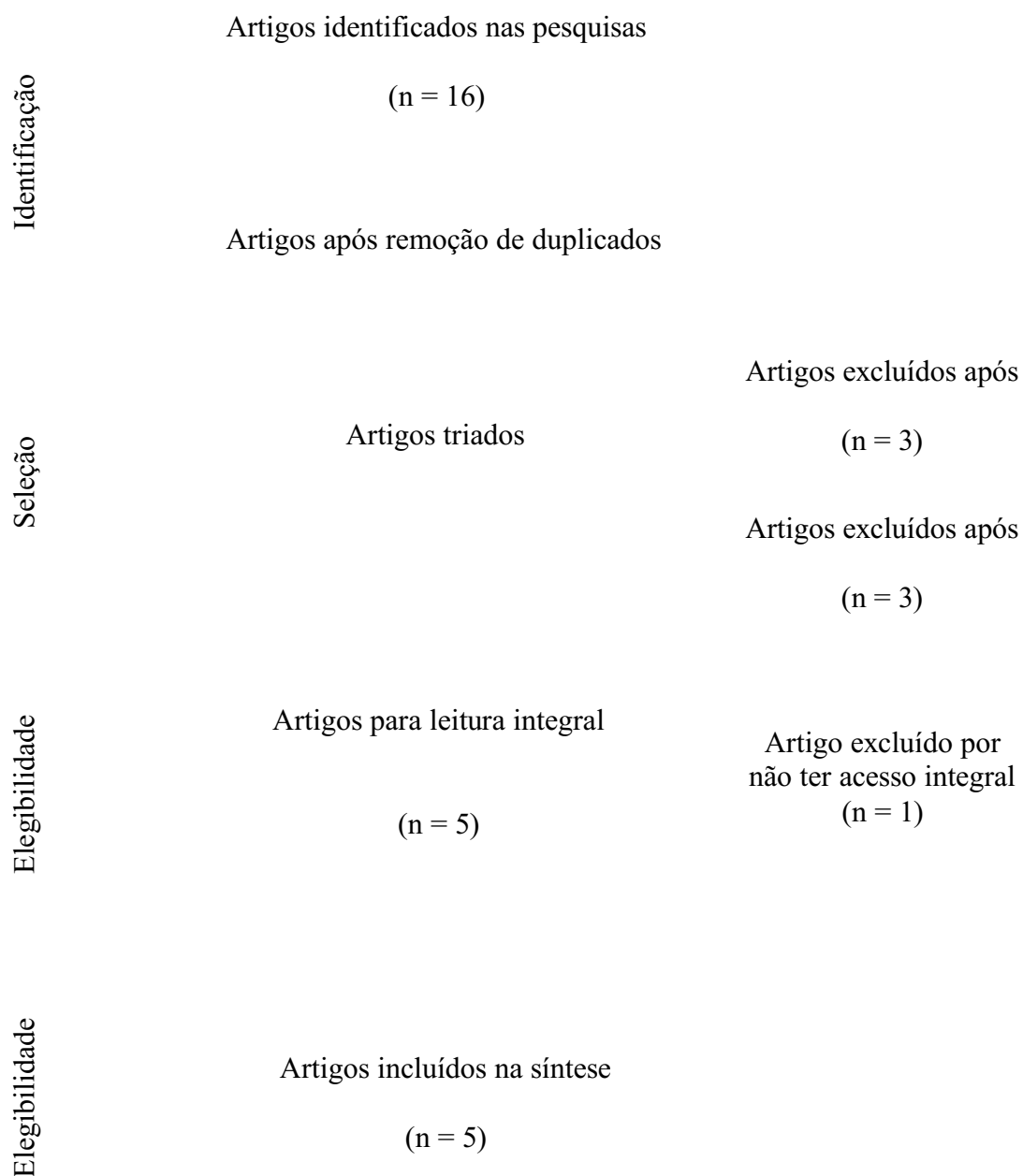
Segundo o método PICOD (metodologia que também inclui o método para formulação da questão de pesquisa), que representa um acrónimo para População, Intervenções, Contexto dos estudos, Outcomes e Desenho dos estudos, que consiste numa metodologia de orientação para pesquisa científica/bibliográfica, com critérios de inclusão (artigos publicados entre 2017 e 2021, idioma português e inglês e adultos com

mais de 19 anos) e exclusão (artigos anteriores a 2017, noutros idiomas que não português e inglês, que não fossem de acesso integral e todos os artigos que não referiam a metodologia utilizada), que tiveram em conta os seguintes pressupostos:

- **População:** vítimas politraumatizadas
- **Intervenções:** utilização do colar cervical
- **Contexto dos estudos:** Emergência Extra-hospitalar
- **Outcomes:** vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical
- **Desenho dos estudos:** qualitativos e quantitativos

Após aplicar os critérios de inclusão, 4 artigos foram excluídos por serem repetidos, 3 foram excluídos pelo título, 3 foram excluídos pelo resumo, 1 foi excluído por não ter acesso integral. Após utilização de todos esses critérios, restaram 5 artigos que foram sujeitos a uma análise e leitura na íntegra e selecionados para integrar esta revisão (ver figura 1).

Diagrama PRISMA (Figura 1)



No diagrama PRISMA (Figura 1) estão identificadas as fases de seleção da amostra. A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Mother *et al.* (2009).

3.3. Resultados, Discussão dos dados e Conclusão

Após leitura e análise dos artigos selecionados, reuniu-se a informação mais pertinente numa tabela de evidências (Apêndice II), onde pode-se encontrar o autor, ano e título do artigo; tipo de estudo/instrumento de colheita de dados; participantes/amostra; objetivo geral e principais conclusões de cada artigo.

No sistema de saúde, em concreto no sistema de Emergência Extra-hospitalar, a utilização de sistemas de imobilização a vítimas com suspeita ou lesão medular evidente, são uma norma recorrente, sem nem sempre existir uma avaliação individualizada acerca da necessidade da utilização dos mesmos.

A abordagem inicial à vítima e a sua manipulação e transporte deverão seguir os protocolos existentes no Advanced Trauma Life Support (ATLS) e Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), recorrendo à imobilização da coluna cervical, através da utilização de um colar cervical rígido, imobilização cefálica com placas acolchoadas, de modo a reduzir o risco de necrose por pressão, e plano duro, em utentes inconscientes e em utentes conscientes mas que referem dor cervical, e só se deverá remover as imobilizações quando a lesão medular for descartada e/ou atribuído o tratamento definitivo, uma vez acreditar-se que cerca de 25% das lesões medulares secundárias surgem por manipulação e transportes incorretos das vítimas (Azeez, M. *et al.* 2020; Abidin, Z., 2020; Beeharry, M. *et al.*, 2021; Zileli, M. *et al.*, 2020).

Azeez, M., *et al.* (2020) acrescentam ainda que deverão ser considerados utentes com risco de lesão medular todos os que possuírem alteração do estado de consciência; intoxicação; dor ou deformidade da coluna cervical e/ou utentes com alterações neurológicas focais. A avaliação neurológica deverá ser repetida diariamente, por um período de 72 horas após o incidente, uma vez ser o intervalo de tempo descrito para o aparecimento das principais alterações passíveis de serem observadas.

Assim sendo, após a análise dos artigos supracitados, constata-se que o colar cervical rígido, em pessoas acordadas, em situação de desencarceramento, é eficaz, uma vez que restringe o movimento da coluna cervical. Assim, nesta situação de desencarceramento, a amplitude de movimento com a utilização do colar cervical é de 17 graus, enquanto que sem a utilização do colar cervical ronda os 45 graus (Gabrieli, A., *et al.* (2019). Os mesmos autores referem ainda que a associação de um dispositivo de extração, como o plano duro, ao colar cervical, implica um aumento da amplitude de movimento da coluna cervical, de mais 25 graus, sendo por isso desaconselhado. Além

disso, a associação de ambos os dispositivos provoca uma menor atividade de eletromiografia, o que não acontece quando é utilizado apenas o colar cervical. Jung, M. (2021) no seu estudo faz um paralelismo entre a estrutura facial adulta versus geriátrica, chegando à conclusão que em utentes geriátricos, a estrutura facial tem uma flexão inferior (6,5) em comparação com as dos adultos (14,5). Contudo, em ambas as situações os autores recomendam a utilização do colar cervical. Roquilly, A., *et al.* (2020) defendem também que durante o transporte da vítima o colchão em vácuo deveria ser utilizado em detrimento do plano duro, uma vez que o colchão em vácuo cumpre a mesma função do plano duro, ou seja, confere a estabilidade necessária da coluna mas sem as complicações subjacentes desse.

Contudo, constata-se que existe evidência de que os colares cervicais rígidos poderão levar a complicações para a vítima de lesão medular, nomeadamente, dor, zonas de pressão, aumento da pressão Intra-craniana (PIC), ventilação e aspiração prejudicadas e aumento de lesão neurológica associado (Asha, S., *et al.*, 2020; Tatum, J., *et al.* 2017). Esses aspetos são também apresentados por Kroeker, J., *et al.* (2019), que referem no seu estudo que os colares cervicais rígidos são uma causa potencial de alteração do fluxo venoso, uma vez que a pressão aplicada sobre a área transversal da veia jugular interna interrompe a drenagem do seio cerebral, impedindo que a válvula unidirecional da granulação subaracnoídea faça a drenagem do líquido cefalorraquidiano, do espaço subaracnoídeo, resultando num aumento da PIC.

Por sua vez, a utilização de colares cervicais moles parecem dissipar todas as complicações supracitadas e produzem de igual modo, uma estabilização da coluna vertebral (Asha, S., *et al.*, 2020).

Em utentes com lesão raquimedular, a imobilização é uma prioridade e leva a melhores resultados (Sandean, D., 2020). Por sua vez, a utilização do colar cervical em traumas penetrantes está associada a uma maior mortalidade. Já no trauma contuso, a estabilização pode piorar as consequências neurológicas. Assim sendo, a decisão de utilizar imobilizações deve ser baseada na avaliação cuidadosa de risco-benefício (Katipoglu, B., *et al.*, 2020).

Não existe um timing concreto para o diagnóstico de lesões medulares, contudo é recomendado a realização de tomografia computadorizada e ressonância magnética de modo a identificar possíveis lesões relevantes (Asha, S., *et al.*, 2020).

Utentes com lesões medulares têm o seu sistema cardiorrespiratório com risco de comprometimento, uma vez que lesões cervicais entre C1 e C5 podem proporcionar

depressão respiratória com retenção de dióxido de carbono que inevitavelmente conduzirá a uma falência diafragmática. É fundamental a existência de pressão arterial média entre 85-90 mmHg em utentes com comprometimento neurológico e a ventilação deverá garantir que o utente não entre em hipoxia, pelo que por vezes é necessário que este tipo de utentes seja ventilado, com ventilação invasiva (entubação oro traqueal ou traqueostomia) (Beeharry, M., *et al.*, 2021).

O tratamento definitivo de lesões medulares é definido pelo grau de instabilidade das fraturas, podendo ser resolvido de forma conservadora e/ou cirúrgica, visando qualquer uma das opções uma coluna cervical estável de modo a proporcionar uma melhor função neurológica e facilitar o processo de reabilitação (Beeharry, M., *et al.*, 2021).

Concluindo, no sistema de Emergência Extra-hospitalar, a utilização de sistemas de imobilização a vítimas com suspeita ou lesão medular evidente, são uma norma recorrente, sem nem sempre existir uma avaliação individualizada, acerca da necessidade da utilização dos mesmos.

A abordagem à vítima de lesão cervical, manipulação e transporte deverão seguir os protocolos do ATLS e PHTLS, de modo a evitar o aparecimento de lesão secundária.

Se nuns estudos (Jung, M. 2021; Gabrieli, A., *et al.* 2019) o colar cervical rígido é fortemente recomendado em pessoas saudáveis, uma vez que restringe o movimento da coluna cervical, noutros artigos (Asha, S., *et al.*, 2020; Tatum, J., *et al.* 2017) a sua utilização parece acarretar um elevado número de consequências para as vítimas. Já os colares cervicais moles, parecem conferir o mesmo grau de estabilidade dos colares cervicais rígidos, sem apresentarem danos para os seus utilizadores. Contudo, Asha, S., *et al.*, 2020 referem que será necessário a existência de mais estudos prospetivos maiores, antes que uma conclusão robusta sobre segurança possa ser reivindicada.

Deverão ser desenvolvidos mais estudos que possam clarificar a real necessidade de utilização de imobilizações perante uma vítima de lesão medular, bem como a importância da utilização dos mesmos tendo em conta os riscos-benefícios para o utente. Além disso, deverão ser realizados estudos com amostras significativas, que permitam tirar conclusões sustentadas na evidência prática das vantagens versus desvantagens da utilização dos colares cervicais em utentes politraumatizados.

4. UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, NA RECOLHA DE VESTÍGIOS FORENSES

Ao longo dos estágios de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, surgiram diversas necessidades, de elevado interesse de investigação, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o desenvolvimento dos conhecimentos dos profissionais inerentes à equipa multidisciplinar de ambos os contextos de estágio.

Deste modo, surgiu a realização do trabalho, “Uniformização de procedimentos, na recolha de vestígios forenses.

4.1. Contextualização:

Na sociedade atual, os crimes de violência e as consequências subjacentes a estes, estão cada vez mais presentes, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) enuncia que “mais de um milhão de pessoas perde a sua vida anualmente, e muitas mais sofrem lesões não fatais” (Abdool & Brysiewicz, 2009 citado por Ferreira, 2018, Pg 20).

Em Portugal, a “violência doméstica” e “maus tratos e abuso” são considerados crimes públicos presentes no Código Penal Português (CPP), nos artigos 152.º e 152.º - A, respetivamente. Ao ser considerado crime público, a sociedade de um modo geral mudou o seu comportamento perante tal flagelo, sendo que qualquer pessoa passou a poder ter um papel pró-ativo e denunciá-lo às autoridades.

O CPP determina que o profissional de saúde ao tomar conhecimento de um crime público, tem o dever de o comunicar às entidades competentes, segundo a Associação de Planeamento e Apoio à Vítima (APAV) *2012).

É fundamental ter a noção que em qualquer processo criminal, é necessário que a vítima apresente queixa (alínea 2 do artigo 143.º do CPP). Contudo, a queixa por si só não é suficiente, uma vez que é necessário existirem provas que corroborem a evidência de crime, sob pena de ser atribuído ao arguido a presunção de inocência (artigo 374.º - B do CPP).

A nível hospitalar, toda a ação da equipa multidisciplinar que inviabilize a recolha de vestígios e provas, não garantindo deste modo a salvaguarda da cadeia de custódia, pode trazer “consequências para a vítima, família e agressor, podendo mesmo

comprometer a resolução de um processo judicial ou civil indenizatório (Costa, 2010 citado por Ferreira, 2018, Pg 55), tendo em conta a alínea 2 do artigo 150.º do CPP)

As vítimas de violência e maus tratos podem recorrer ao SU 24 horas por dia, pelo que torna-se fundamental que toda a equipa multidisciplinar, e em particular a equipa de enfermagem esteja sensibilizada do modo como deverão tratar as vítimas e seja detentora de conhecimento no que concerne à preservação, recolha, acondicionamento e documentação de todos os vestígios forenses, de modo a respeitar simultaneamente o seu código deontológico, os princípios médico legais e a cadeia de custódia. Assim, tal como Lynch (2011, Pg 73) advoga é fundamental que os enfermeiros desenvolvam “as competências necessárias para que (...) prestem atendimento altamente qualificado e especializado às vítimas de violência”.

Deste modo, o principal objetivo dos profissionais de saúde é inquestionavelmente preservar a vida e promover a saúde. Quando dá entrada no SU uma vítima de violência a principal preocupação dos profissionais que a recebem é a manutenção da vida, que passa pela imediata avaliação e tratamento das lesões. Como tal, a recolha e manutenção de potenciais provas periciais correm o risco de serem descoradas, podendo levar à perda de evidências forenses fundamentais para uma investigação posterior. Sem dúvida que nenhum protocolo ou procedimento forense deve inibir ou atrasar o tratamento adequado do paciente, mas a sensibilidade do pessoal hospitalar para uma potencial investigação forense pode prevenir a destruição desnecessária de provas.

A articulação existente entre equipa multidisciplinar de saúde, ciências forenses e justiça, possuem um papel muito importante na sociedade. A ciência da enfermagem forense surgiu, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1992, pela criação da Internacional Association of Forensic Nurses (IAFN). O conceito de enfermagem forense é atribuído à enfermeira Virgínia Lynch, onde a partir do século XX, nos EUA, foi declarada como uma moderna, importante e essencial função a nível dos cuidados de saúde, passando a ser encarada como uma nova perspetiva da abordagem holística dos enfermeiros aplicada às questões do direito e da justiça (Lynch & Duval, 2011).

Os dilemas éticos e morais subjacentes à profissão de Enfermagem que concerne às práticas forenses recaem sobre o princípio da beneficência, da não maleficência, da autonomia, da justiça, e da fidelidade (Bader & Gabriel, 2010).

Neste sentido, Eduard Edmond Locard definiu o "Princípio da Troca de Locard", assente na afirmação em que "todo o contacto deixa um traço", querendo dizer com isto

que todo o contato existente entre pessoas ou objetos será alvo de transferência de partículas.

O Decreto-Lei nº 78/87 de 17 de fevereiro de 1987, alínea 2 do artigo 171.º, fundamenta a necessidade da preservação deste mesmo princípio ao legislar que: "Logo que houver notícia da prática de crime, providencia-se para evitar, quando possível, que os seus vestígios se apaguem ou alterem antes de serem examinados, proibindo-se, se necessário, a entrada ou o trânsito de pessoas estranhas no local do crime ou quaisquer outros atos que possam prejudicar a descoberta da verdade" (Ministério da Justiça, 1987, pg 650).

4.2. Preservação e Recolha de Vestígios:

No decorrer de uma situação de violência e/ou crime, nem tudo aquilo que se acredita ser verdade o é na realidade, pelo que Robertson e Roux (2010) e Botelho (2015) descrevem os vestígios como sendo a evidência que fica de um acontecimento ou ação criminosa, e que esclarecem o ato no decorrer das investigações judiciais.

Locard descreveu vestígios como “as testemunhas mudas do crime”, fundamentais para o sucesso da investigação criminal (Cabelus & Spangler, 2006 referido em Gomes, 2016).

O Código Civil no artigo 341.º cita que a "Prova tem por função a demonstração da realidade dos factos" (Decreto-Lei n.º 47344, 1966, Pg 76). Assim, sem dúvida que a falta de conhecimento baseado na melhor evidência existente, poderá proporcionar a contaminação e/ou perda de evidências da cadeia de custódia.

A **cadeia de custódia** é descrita como sendo um conjunto de procedimentos técnico-legais preponderantes, realizados com o objetivo de manter, documentar e garantir a autenticidade e idoneidade do vestígio recolhido, tal como a transparência em todo o processo de encaminhamento até à análise e inserção da prova no processo criminal (Silva, 2015 referido por Susano, 2019).

A cadeia de custódia é de extrema importância uma vez que quando quebrada pode colocar em causa todas as provas.

No que concerne aos **registos**, todos nós temos consciência que um processo criminal tende a ser demorado, pelo que se torna impreterível a qualidade e precisão dos registos, de modo a ser possível no momento de avaliação judicial, recordar com exatidão o sucedido.

Segundo Lynch (2006) a equipa deve estar sensibilizada para a necessidade de serem detentores de conhecimentos para preservar provas forenses sendo o primeiro passo para uma recolha correta de evidências a completa documentação, por ordem cronológica, notas descritivas das observações das lesões e condições em que o doente chega ao serviço, sem opinar acerca de qualquer outro aspeto que tenha ocorrido fora do ambiente hospitalar, devendo ser registadas logo que possível. A salientar que os registos escritos das lesões devem ser os mais completos possíveis, para tal pode recorrer-se às cartas anatómicas e diagramas. A descrição de cada lesão deve incluir aspetos como, tamanho, forma, cor, localização entre outros.

Outra das formas possíveis de documentar as lesões existentes é através da fotografia. Contudo é fundamental ter a noção de que é necessário ter consentimento da vítima e/ou familiar de modo a evitar complicações legais.

Relativamente à **roupa**, os crimes onde existe contato entre a vítima e outra pessoa/objeto são particularmente ricos em achados físicos que podem ser recuperados, uma vez que tendo por base o princípio de Locard's, todo o contato deixa uma marca.

A nível hospitalar, a roupa constitui uma das provas forenses mais importantes, pelo que é necessário ter alguns cuidados com a mesma, de modo a não destruir nenhum indício de possível crime, nomeadamente:

- A vítima deverá despir-se em cima de dois lençóis limpos;
- Remover a roupa de forma cuidadosa;
- Se for necessário cortá-la, esta deverá ser pelas costuras, longe da área de lesão;
- As peças de roupa deverão ser colocadas em separado, dentro de sacos de papel limpos. Nunca utilizar sacos de plástico, pois facilitam a condensação da humidade conduzindo à deterioração dos vestígios. Na ausência de sacos de papel colocar a roupa em lençóis;
- Fechar os sacos com fita adesiva e o enfermeiro deverá datar e rubricar a fita de modo a garantir a sua viabilidade;
- O lençol da maca também deverá ser recolhido e colocado dentro de um saco de papel;
- As peças de roupa molhadas deverão ser deixadas secar ao ar, em local seguro, de acesso restrito e ventilação adequada;
- Se vítima cadáver ou falecer no serviço, manter todos os seus pertences em contato com o corpo e entregar ao médico legista (Sheridan *et al.*, 2011; Lynch & Durval, 2011; Hammer *et al.*, 2006).

Se **vítima cadáver** ou falecer no serviço, manter todos os seus pertences em contato com o corpo e entregar ao médico legista.

O espólio deverá ser entregue, preferencialmente, a familiares, sobretudo itens de valor. Contudo se não for possível estes deverão ficar no cofre do SU. Na eventualidade de irem outros pertences no cadáver, os mesmos deverão ficar registados na folha de espólio, que deverá ser assinada pelo assistente operacional/enfermeiro do SU e pelo assistente operacional da morgue.

Sempre que o cadáver for sinalizado para autópsia, ninguém pode ter acesso ao corpo. Isto implica que o acesso à sala de emergência, onde se encontra o cadáver é proibida a todos os familiares (Lynch, 2006).

No que diz respeito aos **vestígios de armas de fogo**, estes podem surgir devido a tentativas de suicídio e/ou homicídio e suicídio/homicídio consumados.

Assim sendo, como em qualquer crime, para se manter uma cadeia de custódia fidedigna e com valor jurídico, é necessário que os procedimentos de manutenção, preservação, recolha e armazenamento de todos os vestígios existentes.

Crimes provocados com armas de fogo, podem deixar vestígios passíveis de identificar a arma, munição, entre outros aspetos relevantes. Além desses vestígios, podem também surgir resíduos de pólvora depositados nas mãos do indivíduo que disparou a arma, que a manipulou pouco tempo após o disparo ou que estava muito próximo aquando do disparo (Koehler, 2009).

Um **fragmento de vidro**, que pode parecer liso e incolor a olho nu, quando analisado ao microscópio por um investigador forense, pode revelar, pela sua estrutura e densidade, não só o objeto a que pertence, mas também o seu fabricante e ajudar a chegar a um suspeito (Roland, 2008 referido por Cruz, 2017).

Deste modo, devido à enorme relevância dos fragmentos de vidro, estes, tal como as demais provas, deverão ser armazenados, separadamente.

O **solo** difere de local para local, pelo que ao estar presente em alguma peça de vestuário, calçado, etc., pode transmitir informações fulcrais para a investigação e possível resolução do crime, devendo por isso, também, ser armazenado em saco de papel (Lynch, 2006).

As **fibras** constituem uma prova que normalmente não se consegue visualizar a olho nú, pelo que se torna fundamental a preservação, recolha e armazenamento das provas, de forma individualizada, em sacos de papel (Lynch, 2006).

Em relação às **provas de incêndio**, uma das provas forenses mais importantes é a roupa do presumível autor do crime, uma vez que pode conter resíduos da substância utilizada para atear o fogo.

Perante o supracitado a roupa deverá uma vez mais ser colocada individualmente em sacos de papel e enviada para o laboratório o mais rápido possível. Nunca colocar em sacos de plástico, principalmente se suspeita de resíduos de hidrocarboneto (o plástico reage com os vapores e consome os vestígios de petróleo) (Lynch, 2006).

Num crime de **abuso sexual** muitas são as provas com relevada importância, nomeadamente a possibilidade de existência de vestígios seminais; lesões físicas como nódos negros ou hemorragias; cabelos, pele, fibras entre outros. Assim a identificação, recolha e armazenamentos adequados e atempadamente, são importantes para identificar o agressor.

Deste modo, perante uma vítima de agressão sexual, do exame médico deverá constar a recolha de diversas amostras, nomeadamente:

- Pelos púbicos de controle;
- Cabelo;
- Zaragatoa genital e coxas;
- Zaragatoa e esfregaço vaginal, retal e oral;
- Amostra de sangue;
- Raspagem das unhas;
- Amostra de urina;
- Toda a roupa trazida no momento do alegado abuso.

No que concerne ao suspeito do crime este também deverá ser sujeito a exame forense, de onde deverão constar as seguintes amostras:

- Toda a roupa que possa ter sido usada no momento do alegado crime;
- Pelos púbicos;
- Cabelo;
- Zaragatoa oral;
- Amostra de sangue;
- Zaragata peniana (se tiver ocorrido a menos de 24h após a violação) (Lynch, 2006).

Perante uma **vítima de asfixia**, vários são os procedimentos a ter em conta de modo a não violar a cadeia de custódia, nomeadamente:

- Se o laço estiver presente no pescoço, deverá documentar-se o lado em que este se encontra ou tirar uma fotografia ao mesmo;
- Não desfazer ou cortar o nó;
- Se a vítima estiver morta não se deve retirar o laço;
- Se a vítima estiver viva e houver necessidade de desfazer o laço, este deve ser cortado cerca de 15 cm de distância do nó;
- Registrar a coloração do sulco deixado pelo laço (Gomes, 2014; Gabriel, 2010).

4.3. Atuação do Enfermeiro na Emergência Extra-hospitalar - SIV:

A atuação de toda a equipa multidisciplinar na Emergência Extra-hospitalar – SIV, visa em primeiro lugar preservar a vida e promover a saúde, mesmo que com isso a recolha e manutenção de potenciais provas periciais corram o risco de serem descoradas.

Desta forma, perante uma vítima em situação crítica, cabe ao enfermeiro o estabelecimento de prioridades de atuação indo ao encontro dos direitos da pessoa, cumprindo deste modo, o que se encontra disposto no Regulamento nº 226/2018 de 16 de abril de 2018, no que concerne às competências acrescidas e diferenciadas dos enfermeiros que atuam na Emergência Extra-hospitalar – SIV (Santos *et al.*, 2017).

Assim, com o intuito de minimizar estas perdas forenses, surge a necessidade da recolha destas ser iniciada no local onde decorreu o crime, ou seja, no local onde a equipa da Emergência Extra-hospitalar – SIV, prestou os primeiros socorros. O enfermeiro, juntamente com a restante equipa, poderão realizar o reconhecimento de vestígios e provas, proceder à colheita, armazenamento e transporte adequado das mesmas, descrevendo um registo pormenorizado de tudo o que foi realizado, sem negligenciar nenhum facto.

5. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório final de estágio, foi possível demonstrar o percurso de aprendizagem vivenciado, e o desenvolvimento pessoal e profissional alcançado, através da descrição e análise crítico-reflexiva dos objetivos atingidos, atividades realizadas e competências adquiridas, enquanto Mestre em Enfermagem com EEMC, na área de Enfermagem à PSC.

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma eficaz, estruturada, fundamentada e contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas garantindo as funções básicas de vida e prevenindo complicações, tendo em vista a sua recuperação total da pessoa. O enfermeiro necessita assim de mobilizar competências profissionais comuns e específicas aliadas ao conhecimento técnico-científico, qualidade na prestação de cuidados com individualização de cuidados e domínio de diversa tecnologia.

A profissão de enfermagem visa o cuidado da pessoa de uma forma holística durante todo o seu ciclo vital. Assim sendo, pode-se dizer que Enfermagem é "A arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes" (Florence Nightingale, 1871, Pg 6).

Deste modo, o enfermeiro com EEMC à PSC acarreta em si um conjunto de competências comuns, nomeadamente, a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e um conjunto de competências específicas, nomeadamente, o cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência; e maximizar a prevenção, intervenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos, que lhe permite desempenhar uma resposta rápida e eficaz.

Assim sendo, o SU é um serviço de ação médica polivalente, vocacionado para cuidados médicos urgentes e emergentes, do qual faz parte integrante a Emergência Extra-hospitalar. Nos dias úteis, no turno da manhã e enfermeiro chefe é o responsável pela gestão das unidades e acarreta em si um conjunto de funções inerentes às funções do enfermeiro gestor. Nos restantes turnos, fins de semana e feriados, existe um enfermeiro responsável por turno, que normalmente é o enfermeiro mais antigo, o que não implica

necessariamente que seja um enfermeiro especialista, que assume as funções do enfermeiro chefe, mas também tem a seu cargo utentes, o que repercute numa elevada carga de trabalho. Existe uma metodologia de trabalho de colaboração e complementaridade entre todos os colegas de forma a prestar a melhor assistência possível ao utente, quer no contexto de SU como no contexto de Emergência Extra-hospitalar – SIV. Na sala de emergência, normalmente os utentes chegam acompanhados pela equipa da Emergência Extra-hospitalar – SIV, Enfermeiro e Técnico Ambulância e Socorro (TAS), que transferem o utente para o leito adequado, segundo a sua situação. Toda a equipa tem as suas funções protocoladas, pelo que o socorro à vítima decorre num ambiente calmo, coordenado e segundo as orientações do *team leader*. Relativamente à Emergência Extra-hospitalar – SIV esta é da responsabilidade do SRPCB, e norteia-se com base nos protocolos e procedimentos do Suporte Imediato de Vida, versão 3.1, de 01/09/2021, revistos à luz das mais recentes recomendações na área da emergência médica, visando melhorar a qualidade e agilidade na prestação de cuidados ao doente emergente.

O facto de trabalhar numa UCI deu-me maior autonomia e permitiu-me aprofundar as competências específicas do enfermeiro com EEMC à PSC, uma vez que as competências básicas já eram realizadas no dia-a-dia, decorrentes da minha atividade profissional. Perante isto, considero que de um modo geral, atingi os objetivos gerais e específicos inicialmente propostos, tendo sempre demonstrado empenho, dedicação, humildade e abertura para sugestões.

Assim sendo, o estágio em UCIP permitiu-me desenvolver competências no que concerne à “Gestão e execução de cuidados de enfermagem, na área de EEMC, à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”; “Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”; “Gestão da relação terapêutica, comunicação interpessoal e perturbações emocionais/psicológicas perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”; e “Formação da equipa multidisciplinar”.

Relativamente ao estágio de Emergência Extra-hospitalar – SIV e SU, estes permitiram desenvolver competências de atuação direcionadas à EEMC na prestação de cuidados à PSC, família/cuidador e aplicá-las; melhorar as competências de comunicação, inerentes à EEMC à PSC, família/cuidador; promover uma prática de cuidados fundamentada na melhor evidência existente, tendo por base a dignidade humana, responsabilidades profissionais, éticas e sociais; desenvolver competências de

prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC; e promover uma prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria dos cuidados através da abordagem da temática do *Delirium*.

Da análise crítico-reflexiva acerca dos objetivos atingidos, das atividades realizadas e as competências adquiridas no percurso deste estágio final em contexto de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, foi possível verificar que estes estágios permitiram-me desenvolver competências no que concerne à “Atuação direcionadas à EEMC na prestação de cuidados à PSC, família/cuidado”; “Comunicação, inerentes à EEMC à PSC, família/cuidador”; “Promoção uma prática de cuidados fundamentada na melhor evidência existentes, tendo por base a dignidade humana, responsabilidades profissionais, éticas e sociais”; “Prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, nos contextos de SU e Emergência Extra-hospitalar – SIV, perante a PSC”; e “Prática baseada na evidência, contribuindo para a investigação e formação da equipa multidisciplinar”.

Da pesquisa bibliográfica que visava compreender as vantagens/desvantagens da utilização do colar cervical na pessoa politraumatizada em contexto de Emergência Extra-hospitalar, concluiu-se que no sistema de saúde, em concreto no sistema de Emergência Extra-hospitalar, a utilização de sistemas de imobilização a vítimas com suspeita ou lesão medular evidente, são uma norma recorrente, sem nem sempre existir uma avaliação individualizada acerca da necessidade da utilização dos mesmos. A abordagem inicial à vítima e a sua manipulação e transporte deverão seguir os protocolos existentes no Advanced Trauma Life Support (ATLS) e Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), recorrendo à imobilização da coluna cervical, através da utilização de um colar cervical rígido, imobilização cefálica com placas acolchoadas, de modo a reduzir o risco de necrose por pressão, e plano duro, em utentes inconscientes e em utentes conscientes mas que referem dor cervical, e só se deverá remover as imobilizações quando a lesão medular for descartada e/ou atribuído o tratamento definitivo. Contudo, constata-se que existe evidência de que os colares cervicais rígidos poderão levar a complicações para a vítima de lesão medular, nomeadamente, dor, zonas de pressão, aumento da pressão Intra-craniana (PIC), ventilação e aspiração prejudicadas e aumento de lesão neurológica associado. Posto isso, constata-se que deverão ser desenvolvidos mais estudos que possam clarificar a real necessidade de utilização de imobilizações perante uma vítima de lesão medular, bem como a importância da utilização dos mesmos tendo em conta os riscos-benefícios para o utente. Além disso, deverão ser realizados estudos com amostras significativas, que permitam tirar conclusões sustentadas na evidência prática das

vantagens versus desvantagens da utilização dos colares cervicais em utentes politraumatizados.

A partir da pesquisa bibliográfica sobre a recolha de vestígios forenses decorrentes de vítimas de agressão/crime ou morte, em contexto de estágio no SU, constatou-se que na sociedade atual, os crimes de violência e as consequências subjacentes a estes, estão cada vez mais presentes. Em Portugal, a “violência doméstica” e “maus tratos e abuso” são considerados crimes públicos presentes no Código Penal Português (CPP), nos artigos 152.º e 152.º - A, respetivamente. O CPP determina que o profissional de saúde ao tomar conhecimento de um crime público, tem o dever de o comunicar às entidades competentes. As vítimas de violência e maus tratos podem recorrer ao SU 24 horas por dia, pelo que torna-se fundamental que toda a equipa multidisciplinar, e em particular a equipa de enfermagem esteja sensibilizada do modo como deverão tratar as vítimas e seja detentora de conhecimento no que concerne à preservação, recolha, acondicionamento e documentação de todos os vestígios forenses, de modo a respeitar simultaneamente o seu código deontológico, os princípios médico legais e a cadeia de custódia.

Os contextos de estágio UCIP (2º Semestre do 1º ano) e Emergência Extra-hospital – SIV e SU constituíram momentos de aprendizagem de elevada importância, com a associação da teoria à prática clínica, que permitiram o desenvolvimento de um conjunto de competências fundamentais para a abordagem da PSC, nomeadamente o saber-saber, saber-ser e saber-fazer. Além disso, considero muito útil a seleção destes campos de estágio, uma vez que possuem profissionais experientes, com elevado nível de conhecimento e experiência, que contribuíram para o desenvolvimento das competências supracitadas, bem como incentivo para a constante pesquisa bibliográfica de modo a prestar os melhores cuidados à PSC, tendo por base a evidência científica mais atual.

Além disso, durante os estágios realizados consegui depreender que o expoente máximo do exercício profissional de enfermagem não se depreende apenas com a realização de um conjunto de atividades e procedimentos, mas sim com a excelente capacidade de adaptação a situações complexas, urgentes e/ou emergentes, que obrigam à articulação de todas as competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC.

No decorrer de todo esse percurso, tendo em conta o período de exceção que todos nós vivemos devido à pandemia por COVID 19, muitos foram os receios, incertezas e dificuldades em conjugar a vida pessoal, familiar, profissional e académica. A exigência de todo este curso, acarretou um grande investimento e gestão de tempo, por vezes, nem sempre fácil de concretizar. Contudo, com o auxílio da professora da universidade e dos

tutores nos campos de estágio, todo esse processo foi-se tornando mais facilitador, fazendo com que termine esta fase com um sentimento de dever cumprido.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIDIN, Z., 2020, *Spine injury: How to recognize and stabilize patient in golden hours periods*. *Bali Medical Journal*. Volume 9, nº 2: Pg 456-460;
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP, 2019, *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Pg 7. Acedido em <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>;
- ALMEIDA, T.; Azevedo, L.; Nosé, P.; Freitas, F.; Machado, F., 2016, *Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Pg 413-419;
- ASHA, S., Curtis, K., Healy, G., Neuhaus, L., Tzannes, A., Wright, K., 2020, *Neurologic outcomes following the introduction of a policy for using soft cervical collars in suspected traumatic cervical spine injury: A retrospective chart review*. *Emergency Medicine Australasia* 33, Pg 19-24;
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA, 2012, *Fases do processo penal*. Acedido em https://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/13-a-vitima-e-a-lei/70-o-processo-penal;
- AZEEZ, M., Salazar, L., Cerra, G., Ballestas, E., Salazar, D., Satyarthee, G., Agrawal, A., 2020, *Emergency Management of Traumatic Spinal Cord Injuries*. *Indian Journal of Neurotrauma* 17: Pg 57-61;
- BARR, J.; Fraser, G. L.; Puntillo, K.; Ely, E. W.; Gélinas, G.; Dasta, J. F.; Davidson, J. E.; Devlin, J. W.; Kress, J. P.; Joffe, A. M.; Coursin, D. B.; Herr, D. L.; Tung, A.; Robinson, B. R. H.; Fontaine, D. K.; Ramsay, M. A.; Riker, R. R.; Sessler, C. N.; Pun, B.; Skrobik, Y.; Jaeschke, R.; Medicine, A. C. of C. C., 2013, *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*. *Critical Care Medicine*. Vol 41, Nº1. Pg 263-306;
- BEEHARRY, M., Moqem, K., Rochilla, M. (2021). *Management of Cervical Spine fractures: A Literature Review*. *Cureus* 13;

- BLAIR, K. T. A.; Eccleston, S. D.; Binder, H. M.; McCarthy, M. S., 2017, *Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. Journal of Patient Experience*, Vol. 4 (1), Pg 4-9.
- BOTELHO, J. P., 2015, A Necessidade de se Preservar o Local do Crime à Luz da Moderna Investigação e seus Reflexos no CPP. Teresina: JUS. Acedido em <https://jus.com.br/artigos/36557/>;
- CABRAL, J.; Rocha, R.; Gouveia, V. (julho/dezembro 2017). Diagnóstico de Delirium pelo Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem e Atenção Saúde*, Pg 169-178;
- CARVALHO, J.; Almeida, A.; Gusmão-Flores, D., 2013, Escalas de avaliação de Delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Pg 148-154;
- CORDIOLI, A.; Kieling, C.; Silva, C.; Passos, I.; Barcellos, M., 2012-2013, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. 5ª Edição. *American Psychiatric Association*, Pg 596-60;
- COSTA, Asya; Padfield, Olivia; Elliott, Sarah; Hayden, Paul. *Improving patient diary use in intensive care: A quality improvement report. Journal of the Intensive Care Society*. 0(0), 2012, Pg 1–7;
- CRITICAL Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship Center, ABCDEF (A2F) Overview. Disponível em <https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview>;
- CRUZ, Cláudia, 2017, Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses, Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Pg 26, 36;
- DAVIDSON, J. E.; Aslakson, R. A.; Long, A.C.; Puntillo, K. A.; Kross, E. K.; Hart, J.; Cox, C. E.; Wunsch, H.; Wickline, M. A.; Nunnally, M. E.; Netzer, G.; Barnes, N. K.; Sprung, C. L.; Hartog, C.; Coombs, P. M.; Gorritson, R. T.; Hopkins, R. O.; Franck, L. S.; Skrobik, Y.; Kon, A. A.; Scruth, E. A.; Harvey, M. A.; Newby, M. L.; White, D. B.; Swoboda, S. M.; Cooke, C. R.; Levy, M. M.; Azoulay, E.; Curtis, J. R., 2017, Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric and Adult ICU. *CriticalCareMedicine*. Vol 45,N.o1, Pg 103–128;

- DECRETO-LEI N.º 71/2019, - Regime da Carreira Especial de Enfermagem nas Entidades Públicas Empresariais e nas Parcerias em Saúde - Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27, Pg 2626 – 2642. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>;
- DECRETO-LEI N.º 48/95, 1995, Código de Processo Penal, Artigo 143.º, Artigo 150.º, Artigo 152.º, Artigo 152.º - A, Artigo 374.º - B, na versão à data de 16 de agosto de 2021. Acedido em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>;
- DECRETO-LEI N.º 78/87 de 17 de fevereiro, 1987, Código de Processo Penal, alínea 2 do artigo 171.º Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/78-1987-662562>;
- DECRETO-LEI N.º 47344, 1966, Código Civil, Artigo 341.º, “Função das provas”. Acedido em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49792675>;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 007/2019, Serviço Nacional de Saúde. Higienização da mãos nas unidades de saúde (2019). Acedido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos- nas-unidades-de-saude/>;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 019/2015, Serviço Nacional de Saúde. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (atualizada a 05/2017). Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Norma n.º 022/2015, Serviço Nacional de Saúde. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (2015). Acedido em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com- cateter-venoso-central/>;
- FARIA, R.; Noreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. Revista Brasileira Terapia Intensiva, Pg 137-147;
- FÉLIX, A. M., 2019, As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). TecnoHospital, Revista de Engenharia e Gestão da Saúde, Pg 1;

- FERREIRA, Cristina, 2018, Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar, Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Pg 20, 55;
- GABRIELI, A., Nardello, F., Geronazzo, M., Marchetti, P., Liberto, A., Arcozzi, D., Polati, E., Cesari, P., Zamparo, P. *Cervical spine motion during vehicle extrication of healthy volunteers*, 2019, *Prehospital Emergency Care*;
- GOMES, Cristiana, 2016, , Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência, Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra. Pg 33-77;
- HARTMANN, S.; Wagner, G., 2015, Instrumentos de Avaliação do *Delirium* em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Hospitalar*, Pg 2-18;
- JUNG, K., Grutzner, P., Schneider, N., Keil, H., Kreinest, M.; *Cervical Spine Immobilization in Patients With a Geriatric Facial Structure: The Influence of a Geriatric Mandible Structure on the Immobilization Quality Using a Cervical Collar*. 2021. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, Volume 12: Pg 1-6;
- KATIPOĞLU B, Dağal A, Korkut S, Koçak AO. *Acute Management of Spinal Cord Injury in Out-of-hospital and Emergency Department Settings*. *Eurasian J Emerg Med*. 2020;19, Pg 55-62;
- KROEKER, J., Keith, J., Carruthers, H., Hanna, C., Qureshi, N., Calic, M., Kaye, M., Solow, M., Coey, J., Sulaiman, S. *Investigating the Time-lapsed Effects of Rigid Cervical Collars on the Dimensions of the Internal Jugular Vein*. 2019. *Clin Anat.*, 32: Pg 196-200;
- LYNCH, V. A., 2011, Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 1, Pg 73;
- LYNCH, V. A., 2006, Evolution of Forensic nursing science. In V. A. Lynch, & J.B.Duval, 2011, *Forensic Nursing Science* (2nd.,chap. 1, Pg 1-9). St Louis: Elsevier, Mosby;
- LYNCH, V. A., & Duval, J. B., 2011, *Forensic nursing science*. (2.aed.). St. Louis: Elsevier Mosby;

- MANUAL ALCIPE, 2010, Para o atendimento de mulheres vitimas de violência, 2ª Ed. Revista e Atualizada, APAV;
- MARTINEZ, F.; Donoso, A. M.; Marquez, C.; Labarca, E., 2017, *Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. CriticalCareNurse*. Vol37, N°6, December, Pg 36-47;
- NIGHTINGALE, F., 1871, *Una and the Lion*, Riverside Press, Pg 6. Acedido em <https://citacoesdosampaio.wordpress.com/2016/05/12/florence-nightingale-enfermeira/>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2019, Regulamento n° 140/2019 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, Pg 4744 - 4750. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018, Regulamento n° 429/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica - Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, Pg 19359 – 19370. Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018, Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, 2018, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República II Série. n.º 74 (16-04-18), Pg 10758 – 10764;
- ORDEM DOA ENFERMEIROS, 2017, Parecer n° 10/2017 – Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência - Pg 3. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017, Parecer n° 9/2017 – Transporte da Pessoa em Situação crítica - Pg 1. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf;

- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, Código Deontológico. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooc/codigodeontologico.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei nº 104/98, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017, Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012, Parecer Conselho Jurisdicional nº 121/2012 – Avaliação do Enfermeiro em Estágio e Condução na VMER - , Pg 1. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_121_2012_Avaliacao_do_enfermeiro_em_estagio_e_conducao_na_VMER.pdf;
- PEIXOTO, N. M. dos S. M.; Peixoto, T. A. dos S. M. 2016. Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, Série IV – nº11. Acedido em file:///Users/macair/Downloads/12_Rev_Enf_Ref_RIV16030.pdf;
- PEREIRA, J.; Barradas, F.; Sequeira, R.; Marques, M.; Batista, M.; Galhardas, M.; Santos, M. (Série IV – nº9 – abril/maio/junho 2016). *Delirium* no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, Pg 29-36.
- PINHO, José António (coord.). 2020. Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- ROBERTSON, J., & Roux, C., 2010, *Trace Evidence: Here Today, Gone Tomorrow?. Science and justice*, 50 (s.d.), Pg 18-22;
- ROQUILLY, A., Vigue, B., Boutonnet, M., Bouzat, P., Buffenoir, K., Cesareo, E., Chauvin, A., Court, C., Cook, F., Crouy, A.C. de, Denys, P., Duranteau, J., Fuentes, S., Gauss, T., Geeraerts, T., Laplace, C., Martinez, V., Payen. J.F., Perrouin-Verbe, B., Rodrigues, A., Tazarourte, K., Prunet, B., Tropiano, P.,

Vermeersch, V., Velly, L., Quintard, H. (2020). *French recommendations for the management of patients with spinal cord injury or at risk of spinal cord injury. Anaesth Crit Care Pain Med* 39, Pg 279-289;

- SANDEAN, D., 2020, *Management of acute spinal cord injury: A summary of the evidence pertaining to the acute management, operative and non-operative management. World Journal of Orthopedics* 11, Pg 573-583;
- TATUM, J., Dhillon, N., Ko, A., Smith, E., Melo, N., Barmparas, G., Ley, E. *Refusal of cervical spine immobilization after blunt trauma: Implications for initial evaluation and management: A retrospective cohort study.* 2017. *International Journal of Surgery* 48, Pg 228-231;
- ZILELI, M., Fonseca, F., Konovaloy, N., Jalabe, C., Kaprovoy, S., Mlyavykh, S., Pogosyan, A. (2020). *Early Management of Cervical Spine Trauma: WFNS Spine Committee Recommendations. Neurospine* 17, Pg 710-722.

7. APÊNDICES

APENDICE I: Apresentação PowerPoint “*Delirium* na Pessoa em Situação Crítica”



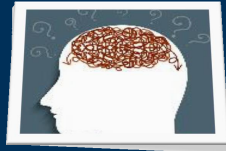
CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM - À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Delirium na Pessoa em Situação Crítica (PSC)

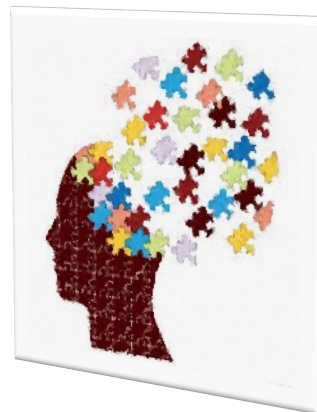


Enf^ª Andreia Raposo
Tutora: Enf^ª M. P.
Prof^ª Doutora Irene Oliveira

EPER - junho de 2021

Sumário

- Introdução
- Definição de *Delirium*
- Tipos de *Delirium*
- Critérios de Diagnóstico de *Delirium*
- Fatores de risco de *Delirium* na PSC
- Escala de avaliação de *Delirium* na PSC
- *Bundle* de prevenção de *Delirium* na PSC
- Conclusão
- Bibliografia



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem
– À pessoa em Situação Crítica

27/01/22

2

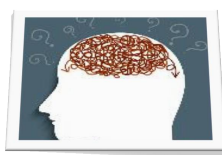
Introdução



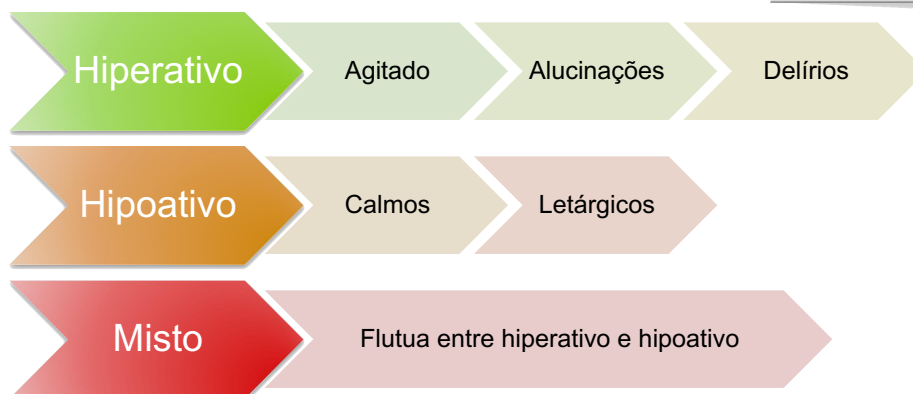
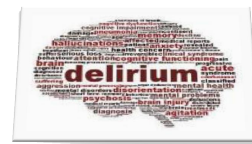
- O *Delirium* em contexto de UCI é considerado uma complicação frequente e como fator preditivo de mau prognóstico para a PSC. (Vieira et al., 2020 cit. In Pinho et al., 2020, pg.82)
- Segundo *National Institute for Health and Care Excellence* (Nice, 2014), a prevalência do *Delirium* situa-se 30% nas enfermarias de foro médico; 50% nas de foro cirúrgico; 60% nos utentes em UCI com ventilação espontânea e 80% nos utentes sob VMI, independentemente do tempo de permanência.
- O *Delirium* está associado ao aumento da mortalidade nas PSC em UCI, bem como ao aumento dos custos hospitalares decorrentes de maior tempo de internamento.
- O *Delirium* potencia também o comprometimento cognitivo após a alta da UCI.

Definição de *Delirium*

- O *Delirium* é uma síndrome caracterizada pelo **início agudo** de disfunção cerebral com uma **mudança ou flutuação na linha de base** do estado mental, **desatenção, desorganização do pensamento** ou um **nível alterado de consciência**. (Bergeron et al, 2001 e Meagher et al., 2011 cit. In Barr et al., 2013, pg 282)



Tipos de *Delirium*



CrITÉRIOS de DiagnÓstico de *Delirium*

A - Perturbação da atenção e da consciência	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção. •Menor orientação para o ambiente.
B – A perturbação desenvolve-se num curto período de tempo	<ul style="list-style-type: none"> •Representa uma mudança da atenção e consciência basais e tende a oscilar, quanto à gravidade, ao longo do dia.
C - Perturbação adicional na cognição	<ul style="list-style-type: none"> •Défice de memória, desorientação, linguagem, capacidade visual e espacial ou percepção.
D	<ul style="list-style-type: none"> •As perturbações dos critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação (coma).
E	<ul style="list-style-type: none"> •Existe evidência através da história, exame físico e/ou achados laboratoriais que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substâncias, de exposição a uma toxina ou múltiplas etiologias

(Cordioli, A et. Al, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, 2013-2014, Pg 596-601)

Fatores de risco de *Delirium* na PSC

Fatores	Não Modificáveis	Modificáveis
Predisponentes (Relacionados com o estado basal do utente e as suas comorbilidades)	➤ Idade ➤ HTA ➤ Défice cognitivo prévio ➤ Alcoolismo ➤ Tabagismo ➤ Depressão ➤ Ins. Renal ou Hepática	➤ Privação sensorial auditiva e/ou visual
Precipitantes (Relacionados com o contexto hospitalar do utente)	➤ Doença severa ➤ Doença respiratória ➤ Cirurgia Cardíaca ➤ VMI ➤ Diminuição da exposição à luz solar ➤ Isolamento	➤ Infecção/Sépsis ➤ Hipotensão ➤ Sedoanalgesia ➤ Imobilidade ➤ Privação do sono ➤ Restrição física

(Vieira et al, 2021 In Pinho et al., 2020, pg 83)



Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC

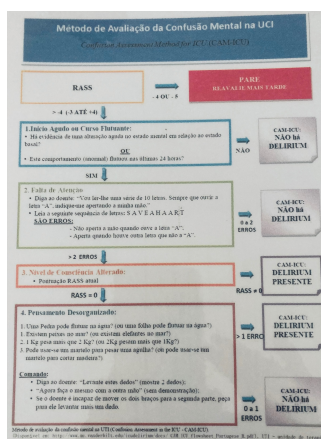
- A maioria dos casos de *Delirium* na UCI permanece não diagnosticada. (Kotfis, K. et al, 2018)
- O diagnóstico e avaliação do *Delirium* deve fazer parte do conhecimento e competência dos membros da equipa multidisciplinar da UCI. (Hartmann, S. & Wagner, G. 2015)
- Com o objetivo de facilitar o diagnóstico do *Delirium* no PSC foram desenvolvidas ferramentas, entre as quais a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*.
- CAM-ICU foi a 1ª ferramenta validada para avaliação do *Delirium*, é aplicada à beira do utente, de tempo reduzido (2-5 min) e treino mínimo dos profissionais, favorecendo a redução dos custos e tempo de internamento.



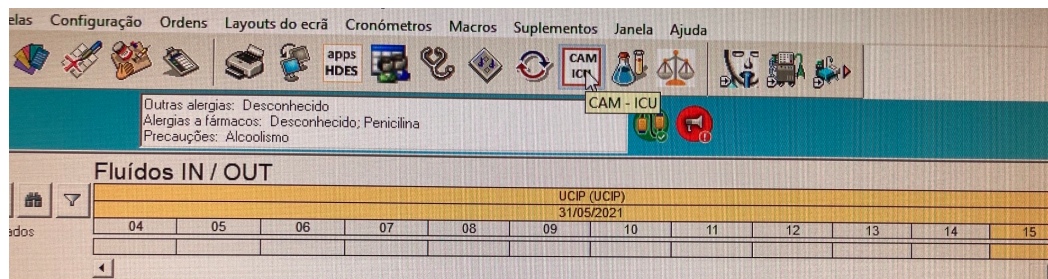
Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC

Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS		
Nível	Classificação	Descrição
-5	Não responde	S/resposta à voz ou à estimulação física
-4	Sedação profunda	S/resposta à voz, mas algum movimento à estimulação física
-3	Sedação moderada	Algum movimento em resposta à voz, mas sem contato ocular
-2	Sedação ligeira	Resposta à voz com contato ocular breve (- de 10 seg.)
-1	Sonolento	Não totalmente alerta, resposta à voz com contato ocular de 10 seg.
0	Acordado e calmo	
1	Desassossegado	Ansioso ou apreensivo, s/movimentos agressivos ou vigorosos
2	Agitado	Movimentos s/objeto frequentes, ou dessincronia c/ventilador
3	Muito agitado	Puxa ou remove os cateteres, ou tem comportamento agressivo
4	Combativo	Abertamente combativo ou violento, perigo imediato

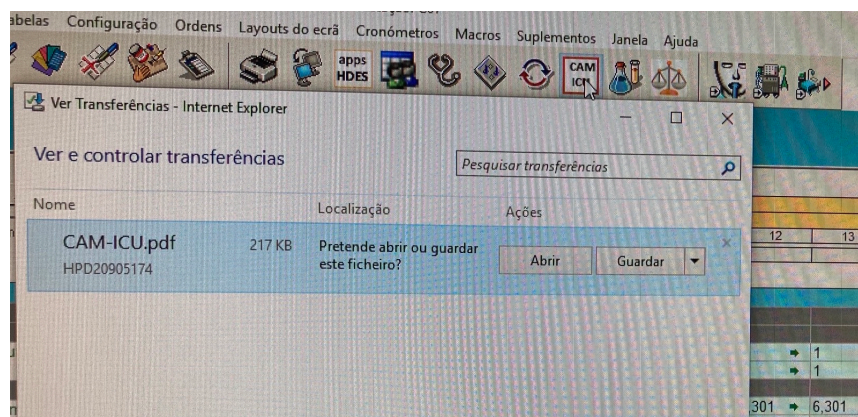
Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC



Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC



Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC



Escalas de Avaliação de *Delirium* na PSC

Método de avaliação da confusão na UCI
Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)
Delirium = 1+2+3 ou 4

RASS > -4 (de -3 até + 4)
 Não- Pare. Reavale o paciente depois
 Sim- Inicie CAM-ICU

1- Início agudo ou Curso flutuante do Estado Mental
 O paciente tem alguma mudança no estado mental em relação ao que era antes? **OU**
 O paciente teve flutuação no estado mental nas últimas 24 horas?
 Não- **CAM-ICU negativa** (Pare não há delirium)
 Sim- (prosseguir para próximo passo)

2- Inatenção
 Peça ao doente: "Aperte a minha mão quando disser a letra A"
 Leia a seguinte sequência de letras: S A V E H A A R T ou C A S A B L A N C A ou A B A D B A D A A Y
 São erros : Paciente não aperta a mão quando ouve a letra "A"
 Paciente aperta a mão quando ouve outra letra que não a letra "A"
 Se o doente incapaz de completar as letras usar as figuras
 < 3 erros - **CAM-ICU negativa** (Pare não há delirium)
 ≥ 3 erros- prossiga para o próximo passo

3- Nível de consciência alterado (RASS atual)
 RASS ≠ 0- **CAM-ICU positiva** (delirium presente)
 RASS 0- prossiga para o próximo passo

4- Pensamento desorganizado
 1- Uma pedra flutua na água?

Bundle de prevenção de *Delirium* na PSC

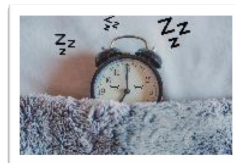
- Deve ser incrementada a prevenção do *Delirium* na PSC em contexto de UCI pela importância que tem na melhoria dos cuidados e na diminuição das complicações durante e após o internamento. (Vieira et al., 2021 in Pinho et al., 2020, pg 85)
- **Assess for and manage pain** (monitorização e controlo da dor)
- **Both Spontaneous Breathing** (respiração espontânea)
- **Choice of sedation and analgesia** (sedação leve ou mínima)
- **Delirium** (monitorização e controlo)
- **Early mobility** (mobilização precoce)
- **Family engagement** (envolvimento familiar)
- **Good handoff communication** (boa comunicação na transição de cuidados)
- **Hand the patient/family information** (informações escritas no PICS e PICS-F)

(Blair et al., 2017 e <https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview>)

Bundle de prevenção de *Delirium* na PSC

➤ Recomendações:

- Otimização do sono;
- Reorientação e estimulação cognitiva
- Melhorar a vigília
- Reduzir a imobilidade
- Reduzir a deficiência auditiva e/ou visual;
- Controlo da luminosidade e dos estímulos sonoros, principalmente em horário noturno;
- Nutrição e hidratação adequada (SNG aumenta risco *Delirium*);
- Posicionar o utente de forma confortável;
- Fazer uso de um tom de voz calmo e sereno
- Formação da equipa
- Criação de protocolos para gestão da dor, sedação e *Delirium*.



Conclusão

- O *Delirium* é uma problemática bastante presente nos PSC em UCI;
- Está associado a elevada mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento e dos custos hospitalares;
- É imprescindível a avaliação do *Delirium* em contexto de UCI, sendo esta avaliação da responsabilidade multidisciplinar;
- A prevenção envolve a compreensão dos fatores de risco predisponentes e precipitantes.
- É fundamental intervir precocemente nos fatores de risco modificáveis, no sentido de diminuir a suscetibilidade dos utentes ao desenvolvimento de *Delirium*;
- Os enfermeiros, em especial os EEEMC, têm responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro que contribua para a diminuição da ocorrência de *Delirium* (Regulamento n.º429/2018).
- Uma das fontes de enorme relevância no estudo do *Delirium* é o site <https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview>

Bibliografia

- Almeida, T.; Azevedo, L.; Nosé, P.; Freitas, F.; Machado, F. (2016). Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Pg 413-419.
- Barr *et al.* 2013. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. Vol 41, Nº1. Pg 263-306.
- Blair *et al.* (2017). Improving the Patient Experience by Implementing na ICU Diary for those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of Patient Experience*, Vol. 4 (I), Pg 4-9.
- Cabral, J.; Rocha, R.; Gouveia, V. (julho/dezembro 2017). Diagnóstico de Delirium pelo Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem e Atenção Saúde*, Pg 169-178.



Bibliografia

- Carvalho, J.; Almeida, A.; Gusmão-Flores, D. (2013). Escalas de avaliação de Delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Pg 148-154.
- Cordioli, A.; Kieling, C.; Silva, C.; Passos, I.; Barcellos, M. (2012-2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. 5ª Edição. American Psychiatric Association, Pg 596-601.
- Critical Illness, Brain Dysfunction, and Survivorship Center, ABCDEF (A2F) Overview. Disponível em <https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview>. [consultado em 31 de maio 2021]._org
- Faria, R.; Noreno, R. (2013). *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, Pg 137-147.



Bibliografia

- Hartmann, S.; Wagner, G. (2015). Instrumentos de Avaliação do *Delirium* em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia Hospitalar*, Pg 2-18.
- Martinez et al. 2017. Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent *Delirium* Among Critically Ill Patients. *CriticalCareNurse*. Vol37, No,6, December, Pg36-47.
- Pereira, J.; Barradas, F.; Sequeira, R.; Marques, M.; Batista, M.; Galhardas, M.; Santos, M. (Série IV – nº9 – abril/maio/junho 2016). Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Pg 29-36.
- Pinho, José António (coord.). 2020. *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.

Obrigada pela vossa atenção!



APENDICE II: Tabela de Evidências sobre a pesquisa bibliográfica
“Utilização do Colar Cervical em contexto Extra-Hospitalar: Vantagens VS
Desvantagens”

	Autor, ano, título	Tipo de estudo Instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo Geral
Artigo 1	Jung, M., (2021). Cervical Spine Immobilization in Patients With a Geriatric Facial Structure: The Influence of a Geriatric Mandible Structure on the Immobilization Quality Using a Cervical Collar	Estudo experimental	8 cadáveres humanos	Analisar o movimento remanescente da coluna cervical com imobilização, tendo por base a estrutura facial
Principais Conclusões	Utentes com estrutura facial adulta e/ou geriátrica têm, de igual forma, perante um traumatismo cervical utilizar imobilização da coluna cervical, com colar cervical.			
Artigo 2	Asha, S., et al. (2020). Neurologic outcomes following the introduction of a policy for using soft cervical collars in suspected traumatic cervical spine injury: A retrospective chart review	Estudo multicêntrico, retrospectivo, consecutivo	Utentes com lesão medular traumática de outubro de 2017 a 2018	Descrever a evolução neurológica de utentes com lesão medular, tendo por base a técnica de estabilização cervical utilizada.
Principais Conclusões	Em utentes com suspeita ou lesão medular confirmada, a utilização de colar cervical rígido é recomendada, de modo a prevenir uma lesão secundária. Contudo, surgem complicações que advêm da sua utilização, nomeadamente dor, aumento da PIC, dificuldade de ventilação e aspiração de secreções e aumento do deslocamento anatómico da coluna vertebral. Por outro lado, os colares cervicais de espuma parecem atenuar estes problemas. De 2.036 utentes, 1.133 foram tratados com um colar cervical de espuma não tendo existido aumento de risco de lesão secundária.			
Artigo 3	Gabrieli, A., et al. (2019). Cervical spine motion during vehicle extrication of healthy volunteers	Estudo experimental	23 participantes saudáveis	Avaliar a eficácia de diferentes técnicas de restrição de movimento da coluna cervical, de adultos saudáveis e acordados, durante o desencarceramento
Principais Conclusões	A restrição do movimento da coluna cervical pela utilização de um colar cervical rígido, em participantes acordados é eficaz, durante uma manobra de desencarceramento. Contudo a associação de um dispositivo de extração, como um plano duro, a esse tipo de participantes, implica um aumento do movimento da coluna cervical.			
Artigo 4	Kroeker, J., et al. (2019). Investigating the Time-lapsed Effects of Rigid Cervical Collars on the Dimensions of the Internal Jugular Vein	Estudo experimental	17 participantes (9 homens e 8 mulheres)	Investigar os efeitos da aplicação de um colar cervical rígido, por um período de 4 horas, em participantes saudáveis
Principais Conclusões	Após avaliação ultrassonográfica, o estudo concluiu que os colares cervicais rígidos são uma causa potencial de alteração do fluxo venoso, causando uma alteração na área transversal da veia jugular interna e consequentemente originando o aumento da pressão intracraniana (PIC). O fluxo venoso da veia jugular interna ronda 8,3mm ² , com a aplicação			

	do colar cervical rígido, esse fluxo aumenta para 18,92mm ² , 4 horas após, e volta a diminuir para 9,36mm ² , 5 minutos após a remoção do colar cervical.			
Artigo 5	Tatum, J., et al. (2017). Refusal of cervical spine immobilization after blunt trauma: Implications for initial evaluation and management: A retrospective cohort study	Estudo retrospectivo	Adultos (629) com traumatismo cervical, entre janeiro e dezembro de 2014	Analisar as consequências da utilização versus não utilização de colar cervical em utentes com traumatismo cervical.
Principais Conclusões	Do estudo realizado aos 629 utentes, 2,5% apresentaram lesão cervical. A incidência de lesão da coluna cervical em utentes que recusaram o colar cervical é maior (10,7%) do que em utentes aderentes ao colar cervical (2,2%).			

APENDICE III: Apresentação PowerPoint “Uniformização multidisciplinar do SU, perante uma vítima de agressão/crime ou morte, na recolha de vestígios forenses”



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM - À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Atuação uniformizada dos Enfermeiros, TAS, TAT e AO do SU, perante o transporte e/ou receção de uma vítima de agressão/crime ou morte, na recolha de vestígios forenses

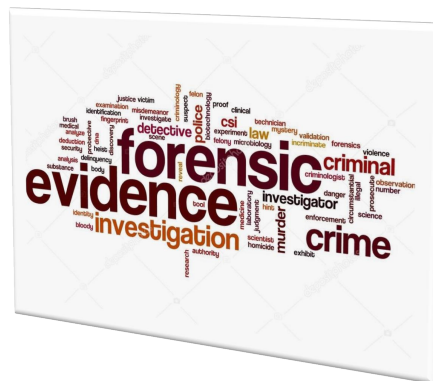


Enfª Andreia Raposo
Tutor: Enfª H. C.
Profª Doutora Irene Oliveira

EPER -dezembro de 2021

Sumário

- ❖ **Contextualização**
- ❖ **Preservação e Recolha de Vestígios**
 - ❖ Cadeia de Custódia
 - ❖ Registos
 - ❖ Roupas
 - ❖ Vítima Cadáver
 - ❖ Vestígios de Armas de Fogo
 - ❖ Fragmentos de Vidro
 - ❖ Solo
 - ❖ Fibras
 - ❖ Provas de Incêndio
 - ❖ Vítimas de Asfixia
 - ❖ Provas de Abuso Sexual
- ❖ **Atuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar – SIV**
- ❖ **Referências Bibliográficas**



Contextualização

Preservação e Recolha de Vestígios

Atuação do Enfº no Pré-Hospitalar -SIV

Referências Bibliográficas

- A nível hospitalar, toda a ação da equipa multidisciplinar que inviabilize a recolha de vestígios e provas, não salvaguardando a cadeia de custódia, pode trazer **“consequências para a vítima, família e agressor, podendo mesmo comprometer a resolução de um processo judicial ou civil indemnizatório** (Costa, 2010 citado por Ferreira, 2018, pg 55), tendo em conta a alínea 2 do artigo 150.º do CPP)
- Uma vítima pode recorrer ao SU 24 horas por dia, pelo que é fundamental que toda a **equipa multidisciplinar** esteja sensibilizada para o modo de tratar as vítimas e possua conhecimento sobre a preservação, recolha, acondicionamento e documentação de todos os vestígios forenses.
- Contudo, o principal objetivo dos profissionais de saúde é inquestionavelmente **preservar a vida e promover a saúde**.
- Locard definiu o **"Princípio da Troca de Locard"**: "todo o contacto deixa um traço".



Contextualização

Preservação e Recolha de Vestígios

Atuação do Enfº no Pré-Hospitalar -SIV

Referências Bibliográficas

- **Organização Mundial de Saúde (OMS)** enuncia que “mais de um milhão de pessoas perde a sua vida anualmente, e muitas mais sofrem lesões não fatais” (Abdool & Brysiewicz, 2009 citado por Ferreira, 2018, pg 20).
- Em **Portugal**, a “violência doméstica” e “maus tratos e abuso” são considerados **crimes públicos** presentes no Código Penal Português (CPP), nos artigos 152.º e 152.º - A, respetivamente.
- O CPP determina que o **profissional de saúde** ao tomar conhecimento de um crime público, tem o dever de o comunicar às entidades competentes, segundo a Associação de Planeamento e Apoio à Vítima (APAV) *2012).
- Num **processo criminal**, é necessário que a vítima apresente queixa (alínea 2 do artigo 143.º do CPP). Contudo, a queixa por si só não é suficiente, uma vez que é necessário existirem provas que corroborem a evidência de crime, sob pena de ser atribuído ao arguido a presunção de inocência (artigo 374.º - B do CPP).



- **Vestígios:** a evidência que fica de um acontecimento ou ação criminosa, e que esclarecem o ato no decorrer das investigações judiciais (Robertson e Roux, 2010 e Botelho, 2015).
- **Prova:** O Código Civil no artigo 341.º cita que a "Prova tem por função a demonstração da realidade dos factos" (Decreto-Lei n.º47344, 1966, pg 76).
- **Cadeia de Custódia:** um conjunto de procedimentos técnico-legais preponderantes, realizados com o objetivo de manter, documentar e garantir a autenticidade e idoneidade do vestígio recolhido, tal como a transparência em todo o processo de encaminhamento até à análise e inserção da prova no processo criminal (Silva, 2015 referido por Susano, 2019).



- **Registos:** Um processo criminal tende a ser demorado, pelo que se torna impreterível a qualidade e precisão dos registos.
 - Por ordem cronológica;
 - Notas descritivas das observações das lesões e condições em que o doente chega ao serviço, sem nenhum tipo de especulação;
 - Recorrer às cartas anatómicas e diagramas, que são uma ferramenta útil para recordar todas as marcas do corpo;
 - A descrição de cada lesão deve incluir, tamanho, forma, cor, localização e características da pele circundante, assim como a presença de material na lesão ou à sua volta;
 - Outra das formas possíveis de documentar as lesões existentes é através da fotografia. Contudo é fundamental ter a noção de que é necessário ter consentimento da vítima e/ou familiar de modo a evitar complicações legais.



- **Vítima Cadáver:** Se vítima cadáver ou falecer no serviço, manter todos os seus pertences em contato com o corpo e entregar ao médico legista.
 - O espólio deverá ser entregue, preferencialmente, a familiares, sobretudo itens de valor. Contudo se não for possível, estes deverão ficar no cofre do SU.
 - Sempre que o cadáver for sinalizado para autópsia, **ninguém** pode ter acesso ao corpo. Isto implica que o acesso à sala de emergência, onde se encontra o cadáver é proibida a todos os familiares. (Lynch, 2006).
- **Vestígios de Armas de Fogo:** Os vestígios e/ou provas decorrentes de armas de fogo podem surgir devido a tentativas de suicídio e/ou homicídio e suicídio/homicídio consumados.
 - Podem deixar vestígios que identifiquem o tipo de arma, o tipo de munição, a distância entre a arma e a vítima, entre outros.
 - Podem surgir resíduos de pólvora queimada ou parcialmente queimada depositados nas mãos do indivíduo que disparou a arma, que a manipulou pouco tempo após o disparo ou que estava muito próximo aquando do disparo (Koehler, 2009).



- **Roupa:** Os crimes que envolvam contato entre a vítima e outra pessoa ou objeto são particularmente ricos em evidências físicas: Locard's: "todo o contato deixa uma marca".
 - A vítima deverá despir-se em cima de dois lençóis limpos;
 - Remover a roupa de forma cuidadosa;
 - Se for necessário cortá-la, esta deverá ser pelas costuras, longe da área de lesão;
 - As peças de roupa deverão ser colocadas em separado, dentro de sacos de papel limpos. Nunca utilizar sacos de plástico, pois facilitam a condensação da humidade conduzindo à deterioração dos vestígios. Na ausência de sacos de papel colocar a roupa em lençóis;
 - Fechar os sacos com fita adesiva e o enfermeiro deverá datar e rubricar a fita de modo a garantir a sua viabilidade;
 - O lençol da maca também tem de ser colocado dentro de um saco de papel;
 - As peças de roupa molhadas deverão ser deixadas secar ao ar, em local seguro, de acesso restrito (Sheridan et al., 2011; Lynch & Durval, 2011; Hammer et al., 2006).



- **Provas de Incêndio:** Uma das provas forenses mais importantes é a roupa do presumível autor do crime, que pode conter resíduos da substância utilizada para atear o fogo.
 - A roupa deverá ser colocada individualmente em sacos de papel. Nunca colocar em sacos de plástico, principalmente se existir a suspeita de ter resíduos de hidrocarboneto, uma vez que o plástico reage com os vapores e consome os vestígios de petróleo que possa estar na roupa (Lynch, 2006).
- **Vítimas de Asfixia:** Vários são os procedimentos a ter em conta de modo a não violar a cadeia de custódia, nomeadamente:
 - Se o laço estiver presente no pescoço, deverá documentar-se o lado em que este se encontra ou tirar uma fotografia ao mesmo;
 - Não desfazer ou cortar o nó;
 - Se a vítima estiver morta não se deve retirar o laço;
 - Se a vítima estiver viva e houver necessidade de desfazer o laço, este deve ser cortado cerca de 15 cm de distância do nó;
 - Registrar a coloração do sulco deixado pelo laço (Gomes, 2014; Gabriel, 2010).



- **Fragmentos de Vidro:** Podem parecer lisos e incolores a olho nu, quando analisados ao microscópio por um investigador forense, podem revelar, pela sua estrutura e densidade, não só o objeto a que pertence, mas também o seu fabricante e ajudar a chegar a um suspeito (Roland, 2008 referido por Cruz, 2017). Devem ser armazenados individualmente.
- **Solo:** difere de local para local, pelo que ao estar presente em alguma peça de vestuário, calçado, etc., pode transmitir informações fulcrais para a investigação e possível resolução do crime, devendo por isso, também, ser armazenado em saco de papel (Lynch, 2006).
- **Fibras:** constituem uma prova que normalmente não se consegue visualizar a olho nú, pelo que é fundamental a preservação, recolha e armazenamento das provas, de forma individualizada, em sacos de papel (Lynch, 2006).



- A atuação de toda a equipa multidisciplinar no Pré-Hospitalar – SIV, visa em primeiro lugar preservar a vida e promover a saúde, mesmo que com isso a recolha e manutenção de potenciais provas periciais corram o risco de serem descoradas.
- Perante uma vítima em situação crítica, cabe ao **enfermeiro** o estabelecimento de prioridades de atuação indo ao encontro dos direitos da pessoa, cumprindo deste modo, o que se encontra disposto no Regulamento no 226/2018 de 16 de abril de 2018, no que concerne às competências acrescidas e diferenciadas dos enfermeiros que atuam no Pré-Hospitalar – SIV (Santos et al., 2017).
- Com o intuito de minimizar perdas forenses, a recolha destas deve ser iniciada no local onde decorreu o crime. O **enfermeiro**, juntamente com a **restante equipa**, poderão realizar o reconhecimento de vestígios e provas, proceder à colheita, armazenamento e transporte adequado das mesmas, descrevendo um registo pormenorizado de tudo o que foi realizado, sem negligenciar nenhum facto.



- **Provas de Abuso Sexual:** Perante uma vítima de agressão sexual, do exame médico deverá constar a recolha de diversas amostras, nomeadamente:

Amostra de urina	Zaragatoa genital e coxas	Raspagem das unhas
Pelos púbicos de controle	Zaragatoa e esfregaço vaginal, retal e oral	Toda a roupa trazida no momento do abuso
Cabelo	Amostra de sangue	

O suspeito do crime também deverá ser sujeito a exame forense, de onde deverão constar as seguintes amostras:

Toda a roupa usada no momento do crime	Cabelo
Amostra de sangue	Zaragatoa oral
Pelos púbicos	Zaragatoa peniana (se tiver ocorrido a menos de 24h após a violação)



(Lynch, 2006)

Contextualização

Preservação e
Recolha de Vestígios

Atuação do Enf^o no
Pré-Hospitalar -SIV

Referências
Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 78/87 de 17 de fevereiro (1987) acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/78-1987-662562>.
- Ferreira, Cristina, 2018, Dissertação de Mestrado, Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar, Instituto Politécnico de Viseu. Pg 20, 55.
- Gomes, Cristiana, 2016, Dissertação de Mestrado, Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência, Universidade de Coimbra. Pg 33-77.
- Lynch, V. A. (2006). Evolution of Forensic nursing science. In V. A. Lynch, & J.B.Duval, Forensic Nursing Science (2nd.,chap. 1, pp. 1-9). St Louis: Elsevier, Mosby.
- Lynch, V. A. (2011). Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. Egyptian Journal of Forensic Sciences, 1, Págs 73.
- Lynch, V. A., & Duval, J. B. (2011). Forensic nursing science. (2.aed.). St. Louis: Elsevier Mosby.



Contextualização

Preservação e
Recolha de Vestígios

Atuação do Enf^o no
Pré-Hospitalar -SIV

Referências
Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). Fases do processo penal. Acedido em https://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/13-a-vitima-e-a-lei/70-o-processo-penal.
- Botelho, J. P. (2015). A Necessidade de se Preservar o Local do Crime à Luz da Moderna Investigação e seus Reflexos no CPP. Teresina: JUS. Acedido em <https://jus.com.br/artigos/36557/>.
- Cruz, Cláudia, 2017, Dissertação de Mestrado, Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de Serviço de Urgência na recolha e manutenção de provas forenses, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Pg 26, 36.
- Decreto-Lei n.º 47344, 1966, Código Civil, Artigo 341.º, “Função das provas” acedido em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075-49792675>.
- Decreto-Lei n.º 48/95, 1995, Código de Processo Penal, Artigo 143.º, Artigo 150.º, Artigo 152.º, Artigo 152.º - A, Artigo 374.º - B, na versão à data de 16 de agosto de 2021 em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>.



- Manual Alcipe, 2ª Ed. Revista e Atualizada. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência, 2010, APAV. ISBN 978-972-8852-35-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros, 2018, Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República II Série. n.º 74 (16-04-18), 10758 - 10764.
- Robertson, J., & Roux, C. (2010) Trace Evidence: Here Today, Gone Tomorrow?. Science and justice, 50 (s.d.), 18-22.



Obrigada pela vossa atenção!



