

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
5.ª Edição

Cristina Maria Esteves Ferreira

**Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses
no intra-hospitalar**

Mai de 2018



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
5.ª Edição

Cristina Maria Esteves Ferreira

**Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses
no intra-hospitalar**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientação:

Professor Doutor Olivério Ribeiro



Maio de 2018

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, por todo o apoio incondicional, por serem o meu exemplo e alicerce, ao Ricardo e ao Miguel, os meus portos de abrigo, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

Agradecimentos

A concretização deste trabalho só foi possível com disponibilidade e apoio de várias pessoas, pelo que desejo agradecer:

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro pela sua orientação e supervisão neste processo de investigação;

Ao Conselho de Administração e Comissão de Ética e aos diretores de serviços de Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica do Centro Hospitalar Baixo Vouga por ter concedido a realização do estudo nos serviços;

Às equipas de Enfermagem dos vários serviços, pela disponibilidade para o preenchimento dos questionários e que de forma responsável participaram pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível;

À minha colega/amiga Graça Tavares pelo companheirismo, amizade, e apoio incondicional na elaboração e término deste trabalho;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta investigação.

A todos um Muito Obrigado!

Resumo

Contexto: As ciências forenses possuem um papel cada vez mais importante na sociedade atual, na articulação entre o papel dos profissionais de saúde na preservação de provas e vestígios forenses, e a aplicação da justiça. Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros a contactar com as vítimas, encontram-se numa posição única para as cuidar, mas também para fomentar a preservação, recolha e documentação de vestígios com relevância médico-legal, pelo que necessitam de conhecimentos apropriados em ciências forenses.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar (Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica), e determinar a influência das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais no nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre as práticas forenses.

Métodos: Realizou-se um estudo quantitativo, transversal de natureza descritiva. A amostra foi constituída por 103 Enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Como instrumento usaram-se dois questionários: o Questionário Geral sobre Enfermagem Forense e o Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense.

Resultados: 60.2% dos participantes referiu que raramente presta cuidados de Enfermagem a vítimas de violência. 40.8% mencionaram existir protocolos de abordagem em situações de violência no seu serviço. 84.5% disseram não ter frequentado formação extracurricular em enfermagem forense, sendo que 96.1% referiram que gostariam de a frequentar. Os participantes responderam corretamente a 78.3% dos itens do QCPEF, revelando possuírem conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas em relação a nenhum grau académico. Também não se verificou nenhuma diferença entre ter mais experiência no serviço quando comprado com o menor período de tempo; e os que receberam formação na área, e quem prestou mais cuidados a vítimas de violência, também não apresentaram melhores conhecimentos sobre práticas forenses.

Conclusões: Neste estudo percebemos que existe uma lacuna nos conhecimentos/prática dos Enfermeiros no Intra-Hospitalar, pelo que se reconhece a necessidade de desenvolver e adotar Protocolos Forenses, o que constituirá um passo importante no desenvolvimento da prática baseada na evidência no que respeita à Enfermagem Forense no serviço de Urgência. As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na frequência de formação específica em Enfermagem Forense.

Descritores: Conhecimentos, Práticas, Vestígios Forenses, Enfermeiros, Urgência

Abstract

Context: Forensic sciences play an increasingly important role in today's society, in the articulation between the role of health professionals in the preservation of forensic evidence and vestiges, and the application of justice. Nurses are often the first to contact the victims, they are in a unique position to care for them, but also to foster the preservation, collection and documentation of traces of medical and legal relevance, and therefore require appropriate knowledge in forensic sciences.

Objectives: To evaluate the level of knowledge of nurses on in-hospital forensic practices (General, Pediatric and Gynecological / Obstetric Emergency) and to determine the influence of sociodemographic, academic and socio-professional variables on the knowledge level of nurses on forensic practices.

Methods: A quantitative cross-sectional study of descriptive nature was carried out. The sample consisted of 103 nurses of the Centro Hospitalar do Baixo Vouga. As instrument, two questionnaires were used: the General Questionnaire on Forensic Nursing and the Questionnaire on Forensic Nursing Practices.

Results: 60.2% of participants reported that they rarely provide nursing care to victims of violence. 40.8% mentioned protocols of approach in situations of violence in their service. 84.5% said they did not attend extracurricular training in forensic nursing, 96.1% said they would like to attend it. Participants correctly answered 78.3% of the QCPEF items, revealing that they had knowledge about forensic nursing practices. It was found that there were no statistically significant differences in relation to any academic degree. There was also no difference between having more experience in the service when purchased with the shortest period of time; and those who received training in the area, and those who provided more care to victims of violence, also did not present better knowledge about forensic practices.

Conclusions: In this study, we noticed that there is a gap in the knowledge and practice of Nurses in the Intra-Hospitalar, so it is recognized the need to develop and adopt Forensic Protocols, which will be an important step in the development of evidence-based practice in Forensic Nursing in the emergency service. The evidence found emphasizes the need to invest in the frequency of specific training in Forensic Nursing.

Keywords: Knowledge, Practices, Forensic Traces, Nurses, Emergency

Sumário

	Página
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos	I
Lista de Quadros	II
Lista de Figuras	III
Lista de Tabelas	IV
Lista de Gráficos	V
Introdução	17
1 – Enquadramento Teórico	21
1.1 – Enfermagem Forense	24
1.2 – Formação em Enfermagem Forense	27
1.3 – Enfermeiro do Serviço de Urgência com Formação Forense	30
1.4 – Vestígios: recolha e preservação	32
1.5 – Documentação, comunicação e cadeia de custódia	47
1.6 – Proteção e apoio a vítima	51
2 – Metodologia	53
2.1 – Questões e objetivos de investigação	53
2.2 – Tipo e Desenho de investigação	53
2.3 – Hipóteses	54
2.4 – População e Amostra	52
2.5 – Instrumentos de Colheita de Dados	55
2.6 – Procedimentos Formais e Éticos	57
2.7 – Tratamento estatístico	57
3 – Resultados	59
3.1 – Conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense	64
4 - Discussão dos Resultados	69
4.1 – Qual o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar? ...	70
4.2 – Qual a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais com o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses?	73
Conclusões	77

	Página
Referências Bibliográficas	81
Anexos	87
Anexo I – Pedido de Autorização ao Centro Hospitalar Baixo Vouga para a realização do Estudo	89
Anexo II – Pedido de Permissão para Utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF)	91
Anexo III – Questionário Geral sobre Enfermagem Forense – QGEF (Adaptado de Cunha & Libório 2012)	93
Anexo IV – Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF (Cunha & Libório 2012)	95
Anexo V – Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF	97

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

AAFS – American Academy of Forensic Sciences

ANA – American Nurses Association

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APEFORENSE – Associação Portuguesa de Enfermagem Forense

Cf. – Confira

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ENA – Emergency Nurses Association

EUA – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

IAFN – International Association of Forensic Nursing

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal

INMLCF - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEF – Práticas de Enfermagem Forense

QGEF – Questionário Geral sobre Enfermagem Forense

QCPEF – Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Lista de Quadros

	Página
Quadro 1 - <i>Checklist</i> de questões a colocar em caso morte devido a arma de fogo	39
Quadro 2 - Equipamento básico para recolha de vestígios em casos agressão sexual	41
Quadro 3 - Estratégias do examinador para promover a colaboração da criança durante o exame	44
Quadro 4 - <i>Checklist</i> para Registos de Enfermagem Forense	49
Quadro 5 - Termos-chave encontrados nos registos de Enfermagem	50
Quadro 6 - Orientações básicas de Entrevista	51
Quadro 7 - Distribuição do QCPEF por áreas, número de itens e pontos possíveis	56

Lista de Figuras

	Página
Figura 1 - Modelo de Prática Integrada da Enfermagem Forense	26

Lista de Tabelas

	Página
Tabela 1 - Cronologia da Enfermagem Forense	22
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da população	59
Tabela 3 - Frequência com que presta cuidados de Enfermagem a vítimas de violência	61
Tabela 4 - Existência de protocolos de atuação em situações médico-legais e formação curricular em enfermagem forense	62
Tabela 5 - Importância da existência e classificação da intervenção do enfermeiro forense	63
Tabela 6 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense	64
Tabela 7 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do sexo	66
Tabela 8 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do grau acadêmico	66
Tabela 9 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função da experiência em serviço	67
Tabela 10 - Resultados do teste U de Mann Whitney em face da frequência de formação	67
Tabela 11 - Resultados do teste Kruskal-Wallis em face da frequência prestação de cuidados a vítimas de violência	68
Tabela 12 - Conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em função da idade	68

Lista de Gráficos

	Página
Gráfico 1 - Distribuição dos Enfermeiros com Especialidade	60
Gráfico 2 - Distribuição dos Enfermeiros com Pós Graduação	60
Gráfico 3 - Distribuição dos Enfermeiros com Mestrado	61
Gráfico 4 - Motivo para nunca ter frequentado formação na área da enfermagem forense	62
Gráfico 5 - Importância de incluir formação sobre enfermagem forense no plano de formação em serviço	63

Introdução

A violência e o trauma associado estão amplamente reconhecidos como um problema crítico de saúde a nível mundial, sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reporta que mais de um milhão de pessoas perde a sua vida anualmente, e muitas mais sofrem lesões não fatais (Abdool & Brysiewicz, 2009).

A taxa de criminalidade em Portugal mantém-se elevada situando-se nos 32,1% em 2016, apesar de segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de crimes registados ter diminuído comparativamente aos 39,0% de 2011 (Dias, 2013); os crimes contra a integridade física ocupam 5,1% dessa totalidade (INE:2017) resultando numa maior procura de cuidados de saúde a nível hospitalar.

As vítimas de violência recorrem ao serviço de Urgência 24 horas por dia; sendo que a prioridade passa por salvar a vida destes doentes, a importância de lidar apropriadamente com os itens da vítima que podem conter provas forenses, pode por vezes ser esquecida (Abdool & Brysiewicz, 2009).

Todo o cerne desta questão deriva do **Princípio de Locard** que defendia que *“Todo o contacto deixa um traço”* (Hammer et al., 2006 citado em Gomes, 2016), sendo que Gomes (2010) acrescenta que *“No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntaria ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso”*. Os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis, pelo que podem ser modificados ou mesmo desperdiçados durante a intervenção médica/enfermagem no Serviço de Urgência (Gomes, 2016), assim os profissionais durante a assistência à vítima devem atender a este princípio de transferência de vestígios.

A preservação de provas forenses e a documentação da condição do doente á chegada ao serviço de Urgência, incluindo intervenções terapêuticas e seus pertences, são essenciais para o uso numa qualquer futura investigação forense. Os Enfermeiros devem ser proactivos a reconhecer que qualquer doente admitido no serviço de Urgência com lesões violentas, quer seja vítima ou agressor, vivo ou morto é um potencial doente forense (Abdool & Brysiewicz, 2009).

Os Enfermeiros do serviço de Urgência encontram-se numa posição privilegiada, uma vez que são os primeiros a terem contato com as vítimas de ocorrências violentas, prestando deste modo cuidados de Enfermagem Forense, na identificação, avaliação e

tratamento destes doentes, e na preservação e recolha de eventuais provas forenses que possam ser encontradas (Sheridan, Nash & Bresee, 2011 citado em Shehy's, 2011).

Logo, os profissionais dos serviços de Urgência nomeadamente os Enfermeiros devem estar sensibilizados para saber como deverão tratar as vítimas de forma a respeitar simultaneamente o seu código deontológico, princípios médico-legais e a preservação de vestígios (Silva, 2010). Neste seguimento, é importante que os Enfermeiros aprofundem os seus conhecimentos e desenvolvam competências na área de Enfermagem Forense, de modo a implementar normas de atuação e protocolos, que juntamente com o processo de investigação contribuam para a resolução de crimes em busca da Justiça social.

Contrariamente ao que acontece nos Estados Unidos da América (EUA), a Enfermagem Forense em Portugal, a par de toda a União Europeia, ainda é uma área pouco desenvolvida embora muitos Enfermeiros prestem cuidados a vítimas de violência sem possuírem formação específica/adequada nesta área (Simões, 2010).

Santos (2013) defende que em Portugal nos últimos anos, os Enfermeiros têm tentado adquirir e atualizar conhecimentos na área das ciências forenses.

Mesmo existindo um elevado número de formações pós-graduadas na área de Enfermagem Forense em Portugal, os planos curriculares na Licenciatura em Enfermagem ainda têm bastantes lacunas no que respeita ao papel do Enfermeiro perante vítimas de violência em cenários de crime (Simões 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80.º, 81º e 82º, que a prestação dos Cuidados de Enfermagem deverão ser realizados com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa, e devem assegurar, na sua relação profissional, a igualdade, a verdade, a Justiça, o altruísmo, o respeito pelos Direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional (OE, 2009 citado em Silva, 2010).

Os profissionais de saúde ao socorrerem nos Serviços de Urgência a vítimas de violência têm o dever de denunciar esses crimes (Código Penal, 2017). Os Enfermeiros não podem prestar os cuidados às vítimas ignorando um elo fundamental com quem devem colaborar, o Direito (Santos, 2013).

A Ciência Forense deixou de ser apenas do domínio dos técnicos de laboratório, médicos, cientistas, criminalistas, agentes policiais e juristas, e passou a pertencer também à prática dos Enfermeiros (Pyerk, 2006; Silva, 2010, citado por Coelho, 2013).

Neste seguimento e no decorrer da prática profissional no Serviço de Urgência Geral privei com um elevado número de ocorrências de situações de maus tratos, violência doméstica, violações entre outros crimes. Nestas situações tive um sentimento de desconhecimento nas questões direcionadas a todo o processo subsequente, e não somente na prestação de cuidados diretos, sentimento este também expresso pelos restantes enfermeiros que fazem parte da equipa de urgência.

A tomada de consciência que as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, a maior parte das vezes, ficam aquém daquilo que poderia ser executado de modo a colaborar num processo de investigação criminal, tanto ao nível da preservação de vestígios, da avaliação do utente e também dos registos efetuados, que deste modo poderiam auxiliar o sistema judicial.

Posto isto, considerei pertinente a conceção deste estudo de forma a avaliar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses, com objetivo de sensibilizar os profissionais para a importância e repercussões que os seus procedimentos têm perante os casos de interesse forense, contribuindo assim, para uma melhoria dos cuidados prestados perante vítimas de crime, cooperando na investigação civil e criminal. Com o intuito de situar a problemática, foram enunciadas as seguintes **Questões de Investigação**:

- Qual o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar?
- Qual a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais com o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses?

Visando aportar respostas orientadoras e delimitar o campo de pesquisa deste estudo definiram-se como **Objetivos**:

- Avaliar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar (Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica);
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais no nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as práticas forenses.

O presente estudo encontra-se estruturado em cinco partes. Na primeira parte apresentamos um enquadramento teórico efetuado através de uma revisão da literatura na área das ciências forenses, principalmente da Enfermagem Forense. Seguidamente, na segunda parte abordamos a metodologia utilizada neste estudo (tipo e desenho do estudo,

objetivos, questões e hipóteses de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos, e tratamento estatístico).

Numa terceira parte apresentamos os resultados obtidos. A discussão dos resultados, dificuldades, limitações metodológicas surge numa quarta parte. Por último, na quinta parte, apresentamos as conclusões/considerações finais e sugestões para o desenvolvimento de investigações futuras.

Esperamos então, que o estudo que se apresenta em seguida contribua para uma reflexão sobre as práticas de Enfermagem Forense, e saliente a importância da formação nesta área, sensibilizando os profissionais para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados nesta área.

1. Enquadramento Teórico

Desde a antiguidade que as comunidades mais evoluídas se deparavam com problemas de violência, criminalidade e seu combate têm sido objetos de estudo das diversas ciências forenses (Silva, 2010).

No século XVIII surge a interligação entre as ciências médico-legais e as ciências de enfermagem, quando os tribunais intimavam as parteiras a dar o seu parecer perante situações de gravidez, virgindade e violação sexual. Foi a partir dos estudos efetuados nos Estados Unidos da América (EUA) nas décadas de 70, 80 e 90 do século XX que foi colocada em evidência a interligação destas ciências, os quais se propagaram a países como a Inglaterra, Austrália e norte da Europa (Silva, 2010).

O crime e a violência são elementos integrantes dos poderosos sistemas de Saúde e Justiça, cuja intersecção interfere diretamente no bem-estar e segurança da sociedade. Assim, a prevenção e a redução da criminalidade requerem uma abordagem multidisciplinar (Pyrek, 2006; Silva & Silva, 2009; Caixinha, 2014 citado em Ribeiro, 2016).

Atualmente as ciências forenses englobam um vasto conjunto de disciplinas científicas – medicina legal, antropologia, toxicologia, tanatologia, anatomia patológica, balística, criminalista, odontologia, psiquiatria, psicologia, radiologia, biologia, genética, química, física, etc. –, que trabalham em conjunto, unindo o seu corpo de conhecimentos no auxílio da Justiça na resolução de casos de carácter médico-legal (Pinto da Costa, 2007; Roland, 2008; Vaz, 2008 citado em Coelho, 2013).

A Enfermagem Forense deriva do amplo campo da Medicina Forense uma vez que os avanços da enfermagem se desenvolvem em paralelo com os da medicina (Lynch, 2011). O conceito de Enfermagem Forense é atribuído à Enfermeira Virgínia Lynch, fundadora e primeira presidente da International Association of Forensic Nursing (IAFN) (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

A partir dos anos 90, nos EUA, a Enfermagem Forense foi declarada como tendo uma função importante e essencial a nível dos cuidados de saúde constituindo uma nova perspectiva na abordagem holística dos Enfermeiros aplicada às questões do Direito e da Justiça (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011 citado em Coelho, 2013).

Segundo Gomes (2016) “a *Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de Enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Pública.*”

Em 1991 a Enfermagem Forense foi reconhecida pela *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS) como uma Ciência Forense (Gomes, 2014), sendo que em 1995 foi reconhecida como uma especialidade de enfermagem pela *American Nurses Association* (Lynch, 2011) (Cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Cronologia da Enfermagem Forense

Séculos XVIII e XIX	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento das ciências forenses na clínica médica na Europa, América do Sul, Ásia, Rússia, etc.
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Virginia Lynch inicia um currículo formal de formação em Enfermagem Forense na Universidade do Texas, em Arlington, focalizada na investigação científica da morte
1988	<ul style="list-style-type: none"> • Harry McNamara introduz o conceito de clínica médico-legal ou <i>living forensics</i> • Lynch desenvolve um modelo conceptual para Enfermagem Forense • Lynch inclui no seu currículo formativo a Enfermagem Forense Clínica
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Lynch apresenta a Enfermagem Forense como uma disciplina científica
1991	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação da <i>International Association of Forensic Nurses</i> (IAFN) • Reconhecimento formal pela <i>American Academy of Forensic Sciences</i> (AAFS) da Enfermagem Forense • Estabelecimento de um programa de Clínica Médico-Legal na Universidade de Louisville
1995	<ul style="list-style-type: none"> – Concessão, pelo <i>American Nurses Association’s Congresso f Nursing Practice</i>, do estatuto de especialidade à Enfermagem Forense
1997	<ul style="list-style-type: none"> – Publicação conjunta pela IAFN e pela <i>American Nurses Association</i> (ANA) de <i>Scope and Standards of Forensic Nursing Practice</i> (competências e normas)
2000	<ul style="list-style-type: none"> – Comemoração do 10.º aniversário da IAFN com mais de 2000 associados

A IAFN encontra-se atualmente sediada em New Jersey-EUA, tendo como missão rever e regulamentar a prática da Enfermagem Forense internacional, bem como incentivar a pesquisa, o treino e o desenvolvimento dessa atividade em países onde a violência alcança altos índices (Silva & Silva, 2009).

Em Portugal a primeira disciplina designada especificamente de medicina legal surge em 1836 (Lourenço, 2007 citado em Coelho, 2013).

No nosso País a medicina legal e as ciências forenses têm tido uma evolução muito positiva. A criação do Instituto Nacional de Medicina legal (INML) pelo decreto lei nº146/2000 de 18 de Julho, contribuiu para uma maior influência, qualidade e credibilidade, bem como um maior investimento no ensino e na investigação (Vieira, 2012).

A mudança orgânica no sistema médico-legal e forense nacional principalmente pela passagem do INML a INMLCF (Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses) contribuiu com mais um passo importante para a continuidade, consolidação e crescimento da evolução registada na primeira década do século XXI (Vieira, 2012).

Albino Gomes refere que "Num futuro próximo pretendemos ter enfermeiros forenses no INML a trabalhar diretamente com as equipas de investigação criminal das várias polícias" (Simões, 2010).

De acordo com o decreto-lei nº 166/2012 (p.3952) onde se definiu a Lei Orgânica do INMLCF "são comedidas novas competências funcionais na área das ciências forenses e nos diversos domínios do Direito, garantindo-se assim a realização, pelos serviços públicos, de certas perícias até agora não disponíveis.

O objetivo da Medicina Legal passa pelo contributo no auxílio do Direito na aplicação da Justiça, mas também possui um papel existencial incluindo a vertente da investigação, ensino e formação profissional (Ribeiro, 2016). O INML (s/d., p.9) refere que "compete ainda à medicina legal como ciência social, não só o diagnóstico do caso mas, também, a contribuição, através da perícia, para a «terapêutica» das situações, sobretudo, para a sua prevenção e reabilitação/reintegração/reinserção...".

A Medicina Legal constitui-se como uma componente respetiva das ciências forenses pelo que a Enfermagem Forense também deve ser encarada como tal, considerando-se que é uma ciência que aplica conhecimentos científicos e habilidades na identificação, promoção da segurança, intervenção e prevenção de fenómenos de mortalidade e morbilidade (Lynch & Duval, 2006 citado em Dias, 2103).

1.1 Enfermagem Forense

O conceito de Enfermagem Forense atribui-se à Enfermeira Virginia Lynch que verificou durante a sua prática de prestação de cuidados, que os profissionais de saúde destruíam evidências e provas de forma não intencional, mas que constituíam uma obstrução à Justiça e à resolução de crimes (Baumann & Stark, 2015 citado em Ribeiro, 2016).

A Enfermagem Forense é hoje tida como uma nova ciência forense que promove a união e interligação dos conceitos de enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais, no combate ao crime (Gomes, 2014; APEFORENSE, 2017). Integra um corpo específico de conhecimentos com vista a reforçar a capacidade de pensamento crítico e a qualificação profissional para a prática em diversos ambientes de cuidados de saúde, tribunal, comunidade e investigação criminal (Gomes, 2014).

A Enfermagem Forense vai mais além dos Cuidados de Enfermagem, realçando os aspetos biológicos, psicológicos, socioprofissionais, culturais e espirituais, englobando as dimensões jurídicas, que são componentes essenciais na investigação forense do trauma, tendo uma abordagem holística na avaliação e tratamento da criminalidade relacionada com o trauma (Gomes, 2014).

A Enfermagem Forense pode ser definida segundo Lynch (2011, p.5):

“Forensic nursing science is defined as the application of the forensic aspects of healthcare combined with the bio/psico/social/spiritual education of registered nurse in the scientific investigation and treatment of the trauma or death victims and perpetrators of violence, criminal activity, and traumatic accidents”.

Posteriormente a IAFN (Lynch, 2011, p.5) define-a como “(...) *the practice of nursing globally when health and legal systems intersect*”; e segundo Gomes (2014) tem como objetivos:

- Regularmentar internacionalmente a Enfermagem Forense;
- Estabelecer contato com as organizações de saúde e entidades governamentais para promoção internacional da Enfermagem Forense;
- Regularmentar Internacionalmente a formação na área da Enfermagem Forense;
- Identificar as necessidades internacionais de Enfermagem Forense;
- Criar um manual internacional de Enfermagem Forense.

A IAFN elaborou vários manuais e guias orientadores que permitem que os Enfermeiros desenvolvam a sua prática forense de acordo com as necessidades da vítima, família, comunidade e os sistemas sociais, enquanto são garantidos às vítimas cuidados competentes de acordo com o contexto cultural, idade, espiritualidade, estatuto socioeconómico e geografia específica (Ribeiro, 2016).

A Enfermagem Forense possui assim uma natureza holística, pelo que os objetivos de intervenção do Enfermeiro Forense, para Gomes (2014) consistem em:

- Identificação da lesão;
- Avaliação em situações de morte;
- Documentação objetiva;
- Recolha e preservação de dados e vestígios;
- Prevenção de potenciais riscos para a saúde psicofísica, psicossocial e psicosexual.

Deste modo o Enfermeiro com formação na área forense presta cuidados assentes num modelo biopsicossocial tornando-se um profissional muito importante no interface ciências forenses – justiça (Freedberg, 2008 citado em Ribeiro, 2016).

Gomes (2014, p. 14) resume a intervenção da Enfermagem Forense de acordo com a seguinte mnemónica:

- **A:** avaliação para defender a vítima;
- **B:** ligações com as agências de fora (polícia);
- **C:** cadeia de custódia – conhecer os métodos de recolha de vestígios, estabelecer a continuidade e a disposição de posse desses vestígios. Manter a confidencialidade;
- **D:** documentação de dados (incluindo diagramas e fotos);
- **E:** evidências físicas e eventuais;
- **F:** familiares – manter os familiares informados;
- **G:** testemunhar em tribunal;
- **H:** hospital (outras instituições) – respeitar as políticas adotadas;
- **I:** índice de suspeita – estar em alerta para os sinais e sintomas de abuso de crianças e idosos, bem como violência doméstica.”

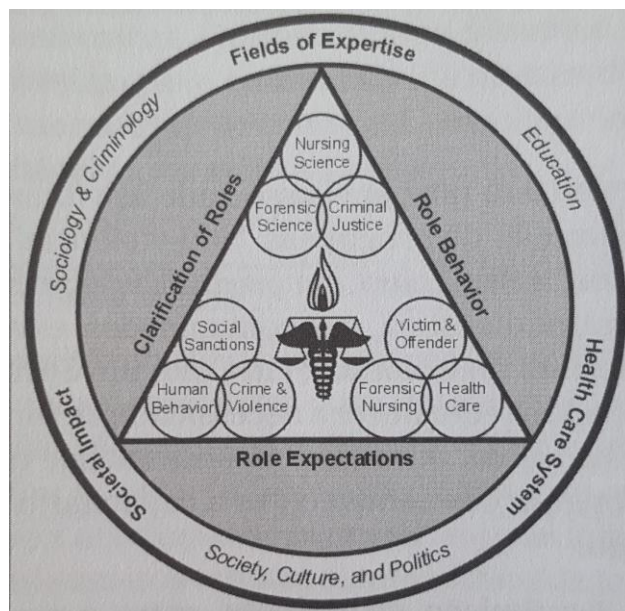


Figura 1 – Modelo de Prática Integrada da Enfermagem Forense

Fonte: Lynch, V. A. & Duval, J. B. (2011). *Forensic nursing science*. (2.ªed.). St. Louis: Elsevier Mosby

Os Enfermeiros Forenses assentam a sua prática nos princípios éticos promovidos pela Enfermagem, os quais protegem os direitos dos mesmos e do doente, englobando o respeito pela individualidade incluindo direitos morais e legais, numa tomada decisão ética na prática forense (Gomes, 2014).

Gomes (2014, p.25) menciona que:

“a prática da Enfermagem Forense é consistente com o Código de Ética para Enfermeiros Forenses (IAFN), o Código Internacional de Ética para Enfermeiros (International Council of Nurses), o Código Deontológico de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros) e o Código de Conduta do Enfermeiro Forense (APEFORENSE), alicerçado na crença de que o valor humano compreende o fundamento filosófico”.

O Enfermeiro Forense aquando da tomada de decisão deve fazê-la em consonância com os princípios éticos com que se rege, nomeadamente autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência permitindo assim decidir de forma apropriada (IAFN, 2008 citado em Ribeiro 2016).

A prestação de cuidados de Enfermagem é executada com a preocupação na defesa da liberdade e dignidade da pessoa; a verdade, a justiça, o respeito pelos direitos humanos, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, bem como a excelência do exercício e a competência profissional, entre outros, constituem valores,

princípios ou deveres a observar na relação profissional, pois incorporam a boa prática de Enfermagem (OE, 2009a citado em Coelho, 2013).

A OE em 2003 definiu as competências do Enfermeiro de cuidados gerais e os padrões de qualidade dos mesmos, pelo que a formação pré-graduada deve assegurar a aquisição de competências profissionais em concordância com o referencial da profissão, preparando para o exercício autónomo e permitindo uma posterior expansão de competências (OE, 2008b citado em Libório, 2012).

Coelho (2013) refere que no que respeita às práticas de enfermagem forense, a OE ainda não se pronunciou oficialmente, tomando como foco de atenção as vítimas de violência interpessoal e apresentando recomendações para os cuidados, nas diferentes fases do ciclo vital.

O futuro da Enfermagem Forense passará pela massificação desta área de intervenção sobretudo na Europa, estabelecendo-se normas e procedimentos uniformes, sendo urgente a implementação, tanto em Portugal como na Europa, da Enfermagem Forense (Gomes, 2014).

1.2 Formação em Enfermagem Forense

A Enfermagem Forense é uma nova área da prática de Enfermagem, concebendo o Enfermeiro como um parceiro relevante do sistema Judicial (Lynch & Duval, 2011 citado em Coelho 2013).

Assim a criação da competência em Enfermagem Forense, surge da necessidade de se melhorar a qualidade da prestação de cuidados de Enfermagem às vítimas de violência e trauma, as quais podem ter implicações legais, tendo em vista a aquisição de conhecimentos necessários para se abordarem essas vítimas no que respeita á preservação de vestígios, apoio psicológico e encaminhamento para as entidades judicial e social (Gomes, 2014).

A atribuição desta competência resulta de critérios científicos definidos pela IAFN (entidade internacional), APEFORENSE (entidade portuguesa) e pela OE (Gomes, 2014).

Segundo a IAFN (2006) a formação específica em ciências forenses confere ao Enfermeiro competências assistenciais às vítimas e aos agressores, de intervenção sobre trauma físico, psicológico e social, de reconhecimento, intervenção e avaliação de situações de violência, doença ou morte.

No documento *Padrões de Aptidão do Enfermeiro Forense*, a APEFORENSE (2015) citada em Ribeiro (2016) menciona que a formação específica dos enfermeiros forenses no âmbito dos maus tratos e da agressão sexual permite-lhes, enquanto peritos, procederem à avaliação médico-legal das vítimas e colaborarem com o sistema judicial. Este documento propõe-se revestir a Enfermagem Forense de um enquadramento orientador do que são as áreas de intervenção e competências do Enfermeiro Forense, transmitindo também aos cidadãos o que podem esperar deste profissional.

Em regra, as escolas de Enfermagem não incluíam no currículo do curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) formação sobre identificação, recolha, preservação e registo de vestígios forenses (Sheridan, Nash & Bresee, 2011 citado em Shehy's, 2011), mas a Emergency Nurses Association (ENA) salienta a importância de que os Enfermeiros do Serviço de Urgência reúnam conhecimentos e competências nesta área (ENA, 2010).

Cada instituição de ensino, de acordo com o regulamento do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pode lecionar unidades curriculares de opção com carga horária não superior a 10% da carga horária total do plano de estudos (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro).

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) criou uma unidade curricular opcional designada de Enfermagem Forense, cujos objetivos incluíam reconhecer os sinais de agressão sexual, maus-tratos a crianças ou idosos, violência doméstica ou outras da área forense, bem como compreender a importância da entrevista à vítima, descrever os cuidados inerentes ao sofrimento físico e emocional a prestar à vítima e à família e os cuidados na recolha e preservação de evidências (ESEnfC, n. d. citado em Libório 2012).

Em Portugal emergiu um grande número de cursos, pós-graduações e mestrados em medicina legal, ciências forenses e criminologia (Gonçalves, 2011 citado em Coelho, 2013), sendo que a primeira formação em Enfermagem Forense se realizou em 2009 (Simões, 2010), visto que até esta data não admitiam Enfermeiros neste tipo de cursos (Gonçalves, 2011 citado em Libório, 2012).

A Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), à semelhança de outras escolas e organizações nacionais, tem promovido atividades extracurriculares sobre Enfermagem Forense, na forma de conferências e palestras em congressos. A 5ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica desta escola, que iniciou em 2015 incluiu um módulo sobre Enfermagem Forense.

Lourenço (2004b) citado em Libório (2012) refere desconhecer que nos Cursos de Licenciatura em Enfermagem sejam ministrados conteúdos sobre Enfermagem Forense.

No nosso País, nos últimos anos assistimos à realização de vários estudos no âmbito da Enfermagem Forense que tem contribuído grandemente para a afirmação desta área na nossa sociedade (Silva, 2010; Gonçalves, 2011; Libório, 2012; Coelho, 2013; Santos, 2013; Ribeiro, 2016).

Todos os estudos acima mencionados demonstram déficit de formação e de conhecimentos dos Enfermeiros na área Forense, apontando para a necessidade de formação acadêmica e aquisição de competências derivada à importância da prática do Enfermeiro Forense, sendo uma área ainda muito pouco investigada no nosso país (Libório, 2012).

A APEFORENSE representa seguramente um passo significativo para o crescimento e consolidação da Enfermagem Forense no nosso país, e apresenta como objetivos:

- Contribuir para a formação técnico-científica dos enfermeiros em enfermagem forense;
- Fomentar apoiar e divulgar a investigação na área;
- Promover uma estrutura de formação em enfermagem forense e a sua acreditação;
- Fomentar a formação na área da medicina legal e ciências forenses, tendo em vista a introdução de unidades curriculares no CLE e em pós-graduações;
- Celebrar protocolos de colaboração com diferentes associações ou entidades;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem forense; entre outras (APEFORENSE, 2017).

Amaral (2012) refere que o Enfermeiro deve assumir um conjunto de estratégias demonstrando o valor e o contributo das intervenções de Enfermagem para melhorar a qualidade na prestação de cuidados aos doentes e possibilitar um atendimento seguro; para tal, deve contribuir para o desenvolvimento profissional através da formação contínua e revisão da literatura profissional, a fim de aplicar práticas baseadas em evidências, e manter um conhecimento atualizado sobre as tendências de pesquisa.

Dado a importância das intervenções de Enfermagem no apoio a vítimas de violência, torna-se imperativo que os Enfermeiros reúnam conhecimentos acerca da preservação e documentação de vestígios forenses (Lynch & Duval, 2011 citado em Coelho, 2013).

Os serviços de Urgência proporcionam aos Enfermeiros umas das áreas mais desafiantes em Enfermagem Forense, que obriga a uma constante e permanente atualização nomeadamente no que respeita a: questões legais relacionadas com processo

de triagem; questões legais relacionadas com recolha de informação clínica; cumprimento de protocolos do serviço; questões legais relacionadas com as atribuições/competência de cada membro da equipa multidisciplinar; obrigação de reportar situações suspeitas de crime; situações de doação de órgãos; situações de fim de vida; violência laboral e doméstica (Sekula, 2005 citado em Ribeiro, 2016).

Ribeiro (2016) citado em Sekula (2005) refere que os conhecimentos em enfermagem forense devem ser proporcionados aos estudantes durante os ensinamentos clínicos em urgência para complementar e enriquecer o seu percurso académico.

Os Enfermeiros do Serviço de Urgência encontram na sua prática clínica oportunidades de aplicar princípios das Ciências Forenses, deste modo devem apostar na formação para melhorar a qualidade dos cuidados.

Silva (2010) citado em Ribeiro (2016) refere que se nas intervenções de Enfermagem estiver presente uma formação contínua em ciências médico-legais e/ou forenses, este será um passo estratégico para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou sociedade.

1.3 Enfermeiro do Serviço de Urgência com Formação Forense

Os Enfermeiros, como elemento ativo da equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência, são muitas vezes o primeiro profissional com quem as vítimas e os perpetradores se deparam (Silva, 2010).

Na última década ocorreram mudanças nos cuidados de saúde que levaram a modificações na profissão de Enfermagem, resultando na evolução e melhoria contínua da prestação de cuidados. Atualmente a prática de Enfermagem inclui competências que anteriormente eram do âmbito exclusivo de outras áreas como as ciências forenses, englobando a violência, o crime e a vitimização (Gomes, 2014 citado por Gomes, 2016).

A American Nurses Association (ANA, 2015) declara que na prática clínica todo o Enfermeiro se pode deparar com questões relacionadas com as Ciências Forenses. Assim, o conhecimento de como cuidar das vítimas e dos perpetradores de violência é considerado um novo padrão de assistência ao doente (Sekula, 2005).

O Enfermeiro Forense desempenha um papel dinâmico que permite auxiliar os sistemas de saúde, sociais e legais elucidando algumas questões problemáticas, como o homicídio, suicídio, agressão sexual, abuso, negligência, agressão intencional e atos criminosos violentos que poderão levar ou não à morte da vítima (Gomes, 2014a).

O Enfermeiro Forense pode prestar cuidados em contextos bastantes abrangentes e distintos, desde instituições comunitárias, judiciais e de saúde (Silva & Silva, 2009), sendo que os cuidados forenses envolvem os três níveis de atuação: Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária (Gomes, 2014a).

O Enfermeiro Forense deve conhecer o sistema legal e saber como documentar, preservar e recolher evidências, de forma a facultar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (IAFN, 2006; APEFORENSE, 2017), pois muitas vezes a investigação criminal pode não ter os resultados esperados, por erros cometidos por estes profissionais por falta de conhecimento e/ou formação (Santos, 2013).

O Enfermeiro Forense deve possuir conhecimentos para lidar com todas as situações forenses, envolvendo-se de forma correta com as entidades competentes. O fluxo elevado de doentes nos Serviços de Urgência associado a elevados tempos de espera obriga o Enfermeiro Forense a estar mais desperto no que respeita a situações que carecem de cuidados forenses (Sekula, 2005 citado em Ribeiro, 2016).

Santos (2013) refere que muitas vezes a verdadeira razão que levou à ida a um serviço de saúde está oculta, e que cabe ao Enfermeiro efetuar um diagnóstico correto da situação, detetando a hipótese de suspeita e violência que originou um pedido de ajuda, para poder agir e encaminhar a vítima de acordo com as suas reais e potenciais necessidades.

O foco de atenção do Enfermeiro é o ser humano, perante pessoas vitimizadas a escuta ativa e o clima de confiança tornam-se de extrema importância no estabelecimento de relações interpessoais de qualidade, num contexto de relação de ajuda, de modo a que o silêncio possa ser quebrado e a verdade partilhada com o Enfermeiro (Santos, 2013).

A atuação dos Enfermeiros Forenses facilita a aproximação com as vítimas e estabelece relações de confiança entre os que atuam nas áreas da Justiça, facilitando a cooperação com o exame forense (Silva & Silva, 2009).

Gabriel (2010) citado por Gomes (2016) refere que o Enfermeiro Forense pode e deve ter sempre presente durante a prestação de cuidados, as seguintes orientações:

- “Colocar sempre o tratamento da Pessoa em primeiro lugar;
- Nunca desperdiçar nada que possa ser considerado vestígio;
- Nunca desfazer ou cortar os laços pelos nós;
- Nunca deixar a vítima ou o perpetrador lavar as mãos;
- Documentar sempre o que viu, ouviu e cheirou;
- Fotografar sempre que possível;
- Usar diagramas e medir e manter anotações legíveis.”

A prática da Enfermagem Forense sustenta-se diretamente na vítima, familiares e comunidade; os Enfermeiros Forenses também prestam serviços de consultoria, serviços sociais e serviços jurídicos, e quando necessário prestam depoimento em tribunal como especialistas em áreas relacionadas com a lesão (Gomes, 2014a).

Muitas são as situações forenses com que o Enfermeiro se pode deparar no Serviço de Urgência: situações de trauma, de asfixia e intoxicação, de violência interfamiliar, de violência coletiva, de psiquiatria e detenção, investigações de morte (Gomes, 2014b).

Quando envolvidos na investigação da morte usam as competências de Enfermagem na observação, recolha de dados e avaliação na determinação do mecanismo e causa de morte; também aplicam os princípios da psiquiatria forense e da Enfermagem para a avaliação clínica e tratamento de indivíduos/grupos com transtornos mentais. O papel dos Enfermeiros Forenses estende-se após a morte, na preservação da dignidade, no carinho e proteção dos direitos (Gomes, 2014a).

Apesar da urgente necessidade de ampliar o papel dos Enfermeiros de Urgência ao incluir o crescente conhecimento forense, a recolha e preservação de vestígios configura-se ainda como um desafio (Foresman-Capuzzi, 2014 citado em Gomes, 2016).

1.4 Vestígios: recolha e preservação

Os **vestígios** são designados por Dr. Edmund Locard (Patologista e criminologista Francês, 1877-1966) como “*as testemunhas mudas do crime*”, afiguram-se como fundamentais, e deles poderá depender o sucesso da investigação criminal (Cabelus & Spangler, 2006 citados em Gomes, 2016).

Conforme o “princípio de Locard”, sempre que haja contacto entre dois objetos existe uma mútua troca de materiais entre as duas superfícies, que pode ser útil durante a investigação das circunstâncias que envolveram um crime ou um acidente; esta teoria serve de base para estabelecer uma ligação entre a vítima, o perpetrador e o local do crime.

A palavra “vestígio”, de origem latina, *vestigium*, significa: rastro, pista, pegada, sinal, sendo que Ferrari (2012) citado em Gomes (2016) define conceptualmente “vestígio” como “*Qualquer produto de agente ou evento provocador*”, definição esta, mais abrangente e mais adequada às Ciências Forenses, que permite então concluir que vestígio, é tudo o que está presente no local do crime.

Na mesma linha de pensamento Silva (2006) refere que os vestígios podem ser definidos como material útil para relacionar um certo crime, com um presumível suspeito da prática do mesmo, com uma arma ou um lugar; estabelece ainda uma ligação entre o

vestígio, a evidência e a prova, descrevendo que uma evidência decorre de um vestígio, que após diversas avaliações objetivas mostrou vinculação direta com o evento que é objeto de investigação criminal. A evidência também pode ser chamada de “prova material”. Cristal (2009) menciona ainda que a “*prova é o objeto principal da recolha de vestígios*”.

Podem-se classificar os vestígios em diferentes categorias variando de autor para autor, mas parece haver maior consenso para determinadas classificações. Segundo Bader & Gabriel (2010) citados em Gomes (2016) existem os vestígios físicos e os vestígios biológicos, os primeiros são “*substância não viva de origem inorgânica*”, por exemplo explosivos, impressões digitais, projéteis, fibras de tecido, cartuchos, balas, e fotografias, e têm como objetivos: identificar a localização do crime/agressão; identificar o instrumento que causou a agressão; confirmar ou refutar o *alibi* ou declaração; correlacionar a presença de um suspeito com o tempo ou data do evento.

Os mesmos autores definem vestígios biológicos como “*matéria viva de origem orgânica*”, por exemplo sangue e/ou manchas, ossadas ou fragmentos de ossos, dentes ou marcas de dentadas, plantas ou materiais de origem vegetal, saliva, sémen, urina, fezes, cabelo, insetos, cujos objetivos são: identificar marcadores biológicos específicos para uma particular característica (como o sexo, a idade, condição física); identificar substâncias ingeridas (como drogas e venenos); estabelecer uma correlação com uma pessoa, lugar ou elemento do crime.

Para Darnell (2011) citado em Gomes (2016) a classificação dos vestígios ocorre em duas categorias: *evidência direta* (aquela que consegue provar o evento sem deduções ou suposições) e *evidência indireta/circunstancial* (pode permitir estabelecer as circunstâncias dos factos ocorridos, ou seja, apenas evidência que algo ocorreu mas não o consegue provar diretamente, derivando apenas de deduções. Conclui-se portanto que a conexão entre a dedução e o facto tem de ser muito forte para poder ser usada como prova. Esta classificação das evidências forenses também é partilhada por Magalhães et al. (2013).

Lynch & Duval (2011) citados em Libório (2012) referem que o tribunal reconhece três tipos de provas: direta (testemunha que observou o evento), circunstancial (prova física ou declarações) e real (objetos palpáveis).

Os vestígios podem incluir, segundo Gomes (2014a), o testemunho oral, documentação escrita, desenhos e fotografias, objetos físicos, depoimentos, o corpo da vítima (vivo ou morto), pastilha elástica, roupas, ervas, detritos, lixo dos rastros de sapatos, *piercings*, cabelo, unhas, balas...

A pesquisa de vestígios relacionados com o local do crime não se restringe apenas a este, sendo necessária a articulação com outros intervenientes não presentes no exame do

local do crime, tais como bombeiros, Instituto Nacional de Emergência Médica, hospitais, etc. (Gomes, 2016).

Viegas (2014) citado em Gomes (2016) menciona que estes intervenientes podem e devem adotar medidas e procedimentos no intuito de preservar possíveis vestígios com potencial valor probatório.

Lynch & Duval (2011) referenciam que nenhum procedimento forense pode impedir ou atrasar a avaliação ou tratamento das situações associadas ao risco de vida, uma vez que a manutenção da vida da vítima ou eventuais agressores é prioritária.

Cabelus & Spangler (2006) citados em Gomes (2016) referem mesmo que num ambiente stressante como é o serviço de Urgência, é relativamente fácil negligenciar vestígios com interesse forense os quais podem ser inadvertidamente destruídos ou ignorados.

Lynch (2006) é de opinião que os vestígios colhidos pelos primeiros profissionais a entrar em contacto com a vítima ou com o local do crime podem ser os vestígios diretos ou as circunstâncias, que devido à sua importância, devem ser tratados de forma competente e cuidada.

Um dos grandes objetivos da ação do Enfermeiro Forense consiste na identificação e recolha de vestígios que tenham sido transferidos do agressor ou do local para a vítima, pelo que em determinadas circunstâncias, pode efetuar a recolha de vestígios da vítima enquanto a Polícia Judiciária efetua a recolha de vestígios do local (Gomes, 2014).

O Enfermeiro detém como principal responsabilidade, garantir a segurança da vítima quer esta se encontre com ou sem vida, e de maneira que a colheita e preservação dos vestígios da vítima nunca deverá comprometer a segurança e integridade do corpo (Bader & Gabriel, 2010 citado em Gomes, 2016).

O Enfermeiro deve servir-se dos equipamentos de proteção individual apropriados (luvas, máscara, bata descartável/avental, touca) de forma a garantir a não contaminação dos vestígios forenses, honrando assim o **Princípio de Transferência de Locard**. Entre a manipulação de cada vestígio forense deve trocar as luvas, impedindo a sua contaminação, bem como lavar as mãos. O Enfermeiro nunca deve tocar em qualquer área corporal onde possam existir fluídos corporais, para sua própria proteção (Gonçalves, 2011; Lynch & Duval, 2011; Libório, 2012; Gomes, 2014b).

Os vestígios devem ser recolhidos de forma adequada, organizada, sem induzir danos físicos ou psicológicos na vítima, e requerem uma pesquisa minuciosa de todos os procedimentos realizados (Gomes, 2014), incluindo um exame físico exaustivo e extensivo,

mantendo sempre a cadeia de custódia intacta (Bader & Gabriel, 2010 citado em Gomes, 2016).

Segundo Darnell (2011) citado em Gomes (2016), em contexto clínico é importante reconhecer que o utente pode vir a ser considerado como local do crime, e que portanto os vestígios encontrados neste devem ser colhidos de uma forma abrangente e sistemática sem comprometer os cuidados imediatos à sua saúde.

O exame pericial efetua-se com o consentimento escrito da vítima antes do início do exame, e após o consentimento verbal durante o exame. Em qualquer instante, a vítima tem o direito de mudar de ideia e desistir do processo (Silva & Silva, 2009; Leaner, 2012 citado em Ribeiro, 2016).

Viegas (2014) aconselha a que os vestígios existentes no cadáver e que estão em risco de serem perdidos ou danificados, deverão ser de imediato recolhidos de forma adequada, acautelando-se os que possam existir na zona subungueal dos dedos, através da colocação de sacos de papel a proteger as mãos do mesmo. Lynch & Duval (2011) são da mesma opinião, e referem que as mãos da vítima devem ser protegidas com sacos de papel selados com adesivos ou elásticos até aos cotovelos.

Deverão ser numerados todos os vestígios que sejam visíveis a olho nu, luz natural ou artificial, fonte de luz forense com uma forte luz branca, que irá ser refletida em determinados ângulos dos objetos, facilitando a sua visualização (Bear, 2006 citado em Gomes, 2016).

Após este passo, e antes da recolha e armazenamento, deve-se proceder à pesquisa de vestígios que não sejam visíveis a olho nu, mantendo os princípios/procedimentos referidos previamente, com a particularidade do uso de comprimentos de onda alternativos, na fonte de luz, que irão permitir luminescência e contraste, para se conseguir correta visualização e referência (Viegas, 2014).

Os procedimentos a adotar para a recolha e armazenamento dos vestígios dependem em grande parte da natureza/ características dos mesmos e da necessidade de preservar eventuais contaminações e degradação; note-se que os vestígios que não são visíveis a olhos nu devem ser os últimos a ser pesquisados/identificados/referenciados/recolhidos, pois é necessário utilizar pós de aderência para o seu contraste dependendo do tipo de material de suporte, que devido às suas características físico-químicas podem contaminar, degradar ou inviabilizar futuras perícias laboratoriais (Viegas, 2014).

Viegas (2014) refere que após a referenciação e identificação dos vestígios, pela posição no local do crime e do seu formato, deverá proceder-se a uma interpretação dos acontecimentos ocorridos dando depois início à sua recolha.

Gabriel (2010) propõe uma série de procedimentos que devem ser privilegiados e outros que devem ser evitados, quando o profissional de saúde se encontra perante um caso com potencial interesse Médico-legal num Serviço de Urgência (segundo Gomes (2016) estas indicações são partilhadas pela literatura consultada, sobre a **preservação de vestígios no Serviço de Urgência**):

- Documentar sempre os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima durante o transporte até ao Serviço de Urgência e o tipo de tratamento realizado;
- Observar tudo como se de um potencial vestígio se tratasse;
- Nunca desperdiçar nenhum objeto ou elemento que se encontre presente na vítima ou no perpetrador, mesmo que pareça insignificante;
- Usar a objetividade na documentação ao invés da subjetividade, ou seja, documentar apenas o que vê ou ouve, sem interpretações pessoais, usando a narrativa;
- Podem-se usar-se diagramas e desenhos para localizar as lesões. Medir o tamanho e descrever a forma e a coloração das lesões, o que pode auxiliar a inferir acerca do tipo de arma utilizada;
- Se possível fotografar com escalas métricas e cromáticas incluídas na fotografia. Para documentar a localização das lesões deve usar-se um ponto de referência;
- Pesquisar um padrão de lesões, sejam de mordeduras humanas, ou animais, ou que indiciam o uso de um objeto para provocar a lesão, os quais devem ser medidos, descritos/fotografados, localizadas e documentados. Existe a possibilidade de nas mordeduras haver ADN do ofensor pelo que este deve ser colhido com uma zaragatoa;
- Documentar odores sentidos perto da vítima e/ou local do crime;
- A roupa que contenha algum indício de lesão nunca deve ser cortada pelos locais de penetração ou rasgões, mas antes pela zona circundante;
- Quando se procede à limpeza de uma vítima que pode vir a ser considerada como um caso Médico-legal existem alguns procedimentos que se deve ter em conta. Se possível deve obter-se fotografias antes de proceder à limpeza. Se não for possível tirar fotografias pode usar-se um diagrama e a narrativa para descrever a lesão e aspeto da vítima;

- Para colher vestígios deve usar-se material esterilizado, se necessário a zaragatoa pode ser humedecida com água esterilizada ou soro fisiológico. Usar um movimento rolante com a zaragatoa ao invés de a esfregar;
- No caso de existir conteúdo emético, a colheita deve ser feita para um recipiente esterilizado. Estes contentores podem ser também utilizados para recolher outros fluidos;
- Todos os vestígios colhidos devem ser devidamente identificados com data, hora e descrição do seu conteúdo;
- Caso seja removida roupa, devem-se usar sacos de papel para armazenar individualmente cada peça. Na ausência de sacos de papel deve usar-se lençóis para envolver a roupa que deve dobrar-se cuidadosamente. O lençol onde a vítima esteve deitada também é um vestígio. Nunca se deve armazenar em sacos de plástico, pois estes permitem a passagem da luz e criar um ambiente humedecido que instiga a multiplicação bacteriana, destruindo os vestígios;
- Se um laço estiver presente no pescoço, primeiro deve tirar-se uma foto ou desenhar as características deste e documentar o lado onde o nó se encontra. Nunca desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó. Se o examinado estiver morto não se deve retirar o laço. Se estiver vivo e a necessidade de remover o laço for premente pode cortar-se desde que seja a cerca de 15 cm de distância do nó. Na sua base encontra-se o facto de que nós específicos podem dar informação pertinente para a investigação criminal. Após retirar o laço este deve ser armazenado num saco de papel e identificada. Também se deve registar a coloração do sulco deixado pelo laço;
- Se a vítima recebeu tratamento médico no Serviço de Emergência devem ser documentados os nomes das pessoas que entraram em contacto com a vítima, indicar o tipo de tratamento, e quais os profissionais de saúde presentes;
- Se a presença de insetos for evidente, estes devem ser recolhidos e colocados numa solução alcoólica num contentor estéril, datado e identificado;
- Se a vítima já se encontrar morta as mãos e pés devem ser envolvidos em sacos de papel para evitar a perda de vestígios.

Estas informações são complementadas com as de Green (1993) citado em Gomes (2016):

- Obter a história completa do doente, hora de admissão e avaliação inicial no Serviço de Urgência;

- Garantir que todos os objetos pertencentes do doente sejam cuidadosamente removidos, e que cada item seja mantido separadamente;
- Colher o maior número possível de amostras;
- Se tiver que dar um testemunho, escrevê-lo;
- Registrar sempre que entrega um vestígio, a data e o nome a quem o entregou.

As vítimas de ferimentos por arma de fogo podem falecer no local do incidente, durante o transporte para o hospital ou mesmo já no hospital, pelo que se a morte ocorrer a caminho do hospital, a roupa não deve ser retirada do cadáver e as mãos da vítima devem continuar protegidas dentro de sacos de papel. Se a vítima morrer no hospital, todos os procedimentos invasivos médicos e/ou cirúrgicos usados no pré e no intra-hospitalar (punções venosas, intervenções cirúrgicas...) devem constar nos registos clínicos (Costa, 2010).

Se a morte ocorrer durante a hospitalização, o médico responsável deve proceder à descrição das características das lesões observadas (localização, dimensões, forma e número) (Costa, 2010). Se possível, deve identificar se o orifício é de entrada ou de saída; se for de entrada ver existe ou não uma área de “tatuagem” pela pólvora, nos casos de áreas não recobertas por roupa. Todas as intervenções cirúrgicas realizadas e achados macroscópicos tais como lesões no hábito interno (órgãos lesionados) e os dados dos meios auxiliares de diagnóstico devem ser bem descritos (Vicente, 1998 citado em Costa, 2010).

Devem-se sinalizar com um marcador os orifícios de entrada e saída, para serem facilmente identificados pelo patologista forense, e deve-se colocar um penso com compressa esterilizada (sem qualquer produto), presa com adesivo, que tape a zona do orifício até 10 cm de tecido adjacente para preservar vestígios (Gomes, 2014b). O tipo de lesão que os orifícios apresentam pode ser muito importante do ponto vista forense para colher informações sobre possíveis suicídios/homicídios, calibre da arma, distância e ângulo do disparo (INML, s/d.).

Qualquer tipo de fluido corporal (sangue, urina...) e roupas que tenham sido recolhidas da vítima durante o período de avaliação no hospital devem ser entregues juntamente com o cadáver no Instituto de Medicina Legal. Depois de a morte ocorrer, nenhum material resultante da aplicação das medidas de terapêutica invasiva (sondas, cateteres, drenos...) deve ser retirado (Vicente, 1998 citado em Costa, 2010).

Na recolha de balas ou cartuchos devem-se usar pinças com proteção nas extremidades para que o metal não danifique as estrias. Os vestígios nunca devem ser lavados, sendo secados com ar quente, antes de empacotar individualmente em saco tipo

“zip” ou pequenos contentores. Se usarmos um copo de urina esterilizado, colocar uma compressa esterilizada no fundo do copo para evitar deterioração da bala (Lynch & Duval, 2011).

Gomes (2014b) recomenda que os resíduos de pólvora (da roupa, pele e mãos) sejam recolhidos preferencialmente 3 horas após o disparo pela sua fragilidade. Acrescenta ainda que por questões de segurança, a arma deve ser “trancada” (bloqueando-se o “cão” com um comprimido/capsula, cateter ou tampa de caneta), o gatilho deve ser bloqueado usando um rolo de compressas, e a arma deve ser manuseada o menos possível, sendo armazenada, selada e etiquetada logo que possível.

Perante uma morte relacionada com arma de fogo deve ser executada uma *checklist* (Cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Checklist de questões a colocar em caso morte devido a arma de fogo

<p>Perguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quantas pessoas manusearam a arma durante incidente - Quantas lesões existem - Que parte do corpo foi ferida (localização) - Margens dos orifícios invertidos ou evertidos - No caso de múltiplos orifícios, todos parecem semelhantes ou diferentes - Os orifícios foram causados pela mesma arma ou não - Existe tatuagem na pele - Que tipo de arma foi usado - Aproximadamente quantos tiros foram dados
<p>Exame do Local</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi um crime no exterior ou interior - Foi dentro do veículo - Que vestígios foram encontrados no lado de fora do veículo - Se foi no carro, qual a posição da vítima - Qual a posição do corpo - Qual a distância do corpo em relação à estrada - Localização das munições - Número e tipo de armas encontradas - Condições da arma de fogo - Como está distribuído o sangue no local
<p>Exame do Corpo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame de lesões - Natureza das lesões (contusão, laceração, incisões) - Localização das lesões (número, tamanho, tipo) - Existência de corte de hesitação - Existência de feridas de defesa (localização e número) - Quantidade, forma e tamanho das manchas de sangue - Posição do corpo - Natureza das lesões <i>ante mortem</i> ou <i>post mortem</i> - Sinais de luta - Tratamento dado à vítima - Se foi transportada a vítima, quando foi verificado o óbito - Se vítima é mulher, se foi agredida sexualmente.

As feridas facultam informações importantes no que respeita ao mecanismo de lesão e também para o tratamento adequado, pelo que se devem efetuar notas descritivas de cada uma (tamanho, forma, cor, localização, características da pele circundante e presença de material na lesão ou à sua volta) (Lynch & Duval, 2011). Para além deste registo escrito, deve existir também um diagrama corporal e um registo fotográfico (Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Gomes, 2014b).

As lesões cutâneas são várias sendo as mais frequentes:

- Equimoses: rutura de vasos e tecidos com integridade da superfície da pele, resultante da ação contundente exercida perpendicular ou obliquamente sobre a superfície corporal;
- Hematomas: coleção de sangue em cavidade neoformada, com integridade da superfície da pele;
- Escoriações: solução de continuidade da epiderme resultante da ação contundente exercida obliquamente, por deslizamento entre duas superfícies;
- Feridas contusas: solução de continuidade de todas as camadas da pele, de bordos irregulares, escoriados e esmagados, com área equimótica, de fundo irregular com pontes tecidulares;
- Feridas incisivas: solução de continuidade da pele, fusiforme, de bordos retos e nítidos, sem lesões macroscópicas, de extremidades angulosas e fundo de ferida regular.

Nas situações de abordagem da vítima de agressão sexual, o Enfermeiro deve documentar detalhadamente a abordagem à vítima, uma vez que a falta de lesões óbvias não é indicativo que o abuso não tenha ocorrido (Durmaz, 2014 citado em Ribeiro, 2016).

Gomes (2014b) refere que se deve verificar o estado vacinal da vítima (hepatite B e tétano), encaminhando para possível imunização; a contração de emergência deve ser entregue na altura do exame (ou pelo menos até 72 horas); teste de gravidez deve ser ponderado sensivelmente duas semanas após o abuso, na consulta de *follow up*; e devido aos efeitos secundários dos antirretrovirais e a percentagem de contágio ser baixa, cada vez mais está contraindicada a administração de terapêutica profilática do VIH.

A recolha básica de vestígios nestas situações deve abarcar amostra oral, vaginal e anal, pelo que deve existir um *kit* com o material necessário (Cf. Quadro 2), que permite minimizar erros na execução dos procedimentos e conter despesas com gastos excessivos de material e tempo (Gomes, 2014b).

Quadro 2 – Equipamento básico para recolha de vestígios em casos agressão sexual

Rolo de etiquetas autocolantes para identificação da vítima
Folhas de papel branco A4
Zaragatoas
Pinças esterilizadas (2)
Água destilada (2 frascos 10 ml)
Seringas de 10 ml (2)
Sonda de <i>Folley</i> (ch 16)
Recipiente de urina (1)
Luz ultravioleta e óculos
Espéculo (1)
Suporte para zaragatoas (1)
Lençóis esterilizados (2)
Luvas
Máscara, avental, touca
Roupa descartável (bata, cuecas)
Envelopes
Espéculo
Dossier com protocolos, fichas clínicas, diagramas corporais, modelões requisição análises
<i>Kit</i> de toxicologia
Teste gravidez
Régua e fita métrica
Pensos higiénicos
Máquina fotográfica (pilhas/bateria)

Fonte: Adaptado de Gomes, A. (2014b). *Enfermagem Forense*, 2. Lisboa. Lidel

A realização destes procedimentos é de grande importância, não só pela escrupulosa recolha e preservação dos vestígios, mas também pelo respeito e dignidade para com a vítima, que se encontra num momento de grande fragilidade emocional (Silva, 2010).

O tamanho do contentor deve corresponder ao tamanho do objeto recolhido, é preciso certificar que o contentor de papel é largo o suficiente para permitir a circulação de ar em torno do vestígio, mas não tão largo que possa ser agitado. Não colocar os vestígios em superfícies contaminadas (Lynch & Duval, 2011).

Segundo Gomes (2014b) consoante a zona corporal, existem alguns procedimentos a ter em conta aquando da recolha de vestígios:

- Cavidade oral – executar apenas se ocorreu contacto oral-genital, com quatro zaragatoas na área bucal e gengiva, duas de cada vez. Secar as zaragatoas ao ar, selar e etiquetar. Observar cuidadosamente os lábios, bochechas e garganta em busca de eventuais lesões. Dar especial atenção ao freio lingual e palato. Caso a vítima esteja a mascar pastilha recolher (uma boa fonte de ADN);

- Roupa interior, exterior e lençol - observar brevemente a roupa e descrever a presença de danos, manchas ou material estranho. Identificar rasgões, cortes, botões desaparecidos, ou outros sinais de dano. Proceder à identificação de substâncias biológicas como sangue, saliva, sémen, cabelos ou outros detritos como ervas, terra, entre outros. A roupa ensanguentada ou húmida deve secar entre 20 a 30 minutos ao ar antes de ser acondicionada, durante este período o Enfermeiro deve ficar de guarda e certificar-se que ninguém se aproxima da mesma. O Enfermeiro deve ainda observar a vítima em relação à higiene pessoal, postura, olhar, comportamento, e como se apresenta vestida (roupa inadequada, do avesso ou mal vestida).

A vítima deve despir-se cuidadosamente, com auxílio do profissional de saúde, sempre respeitando a sua privacidade, e em caso de necessidade cortar a roupa pelas costuras, sem manipular a área da lesão, zona de buraco ou onde existam vestígios. Se a vítima colaborar deve ser a própria a despir-se em cima de dois lençóis, após ter retirado em primeiro lugar os sapatos. Um dos lençóis protege/contacta com o chão (não é recolhido como vestígio forense) e outro fica entre o chão e os pés. Deve-se evitar a contaminação cruzada não misturando a roupa retirada. Cada peça de vestuário é empacotada individualmente em sacos de papel, selados com fita adesiva. Nunca usar sacos de plástico pois são impermeáveis e conduzem à deterioração dos vestígios. Se for necessário dobrar a roupa colocar uma folha de papel entre as partes da roupa. A roupa húmida deve ser deixada ao ar para secar, em local de acesso restrito (Lynch & Duval, 2011; Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

Ainda de acordo com Gomes (2014b) há procedimentos a ter em conta na recolha de vestígios nas seguintes zonas corporais:

- *Cabelo/cabeça*: Recolha de cabelos ou vestígios do agressor. Colocar campo esterilizado por baixo da cabeça, com um pente escovar por forma a cair para cima do campo. Colocar o pente no interior do campo, dobrando-o de seguida, colocando num envelope, selando-o e etiquetando-o. Perguntar à vítima se o agressor cuspiu ou teve contacto com o cabelo dela (pode conter vestígios de ADN). A colheita de cabelos (com raiz) é cada vez menos usada, pelo desconforto;
- *Anal*: A amostra anal deve ser recolhida primeiro que a amostra vaginal, por forma a evitar que secreções possam escorrer para esta zona. A posição genopeitoral é a mais indicada para realizar a recolha pois permite uma melhor visualização. Realizar 4 zaragatoas humedecidas (uma de cada vez), deixar secar ao ar. Colocar num envelope, selar e etiquetar. De uma das zaragatoas deve-se realizar lâmina e colocar

numa caixa porta lâminas separada da lâmina vaginal. Mesmo que não tenha ocorrido penetração anal, deve-se realizar procedimento, pois os fluídos vaginais por gravidade podem alcançar esta área;

- *Vaginal*: Executar se ocorreu suspeita de penetração vaginal. A vítima não deve fazer a sua higiene antes de autorização do Enfermeiro Forense e da realização da recolha de vestígios. Fazer zaragatoa vaginal e do cérvix, usando duas zaragatoas em simultâneo, até recolher as quatro zaragatoas. Não humedecer as zaragatoas. Deixar secar as quatro zaragatoas, selar e etiquetar. De uma das zaragatoas deve-se realizar lâmina e colocar numa caixa porta lâminas separada da lâmina anal. A lavagem vaginal, recorrendo a 3 ml de água destilada, aspirando de seguida e colocando num tubo seco é também um procedimento recomendado.
- *Peniana*: Colher em caso de suspeita de agressão peniana. A vítima não deve fazer a sua higiene antes de autorização do Enfermeiro Forense e da realização da recolha de vestígios. Fazer zaragatoa externa do pénis e glande. Não humedecer as zaragatoas. Deixar secar as duas zaragatoas, selar e etiquetar. De uma das zaragatoas deve-se realizar lâmina e colocar numa caixa porta lâminas separada da lâmina anal. Em caso de vítimas circuncisadas, deve-se registar esse facto no processo.
- *Pelos Púbicos*: Recolher colocando um campo esterilizado debaixo das nádegas da vítima e com o pente escovar os pelos. O próprio doente pode fazê-lo. Caso se verifique qualquer material aderente aos pelos púbicos, deve-se cortar e colocar no campo. Depois deve-se colocar o pente no campo, dobrar o campo, colocar no envelope, selar e etiquetar. Pode também ser feita colheita de pelos púbicos (com raiz), mas tal como com os cabelos da cabeça, é cada vez menos utilizada devido ao desconforto que provoca na vítima.
- *Unhas*: Recolher no caso que a vítima tenha arranhado o agressor, ou se existirem detritos por debaixo das unhas. Realizar uma zaragatoa humedecida para cada mão. Deixar secar, selar e etiquetar. Colocar campo debaixo de uma mão de cada vez e raspar as cinco unhas. Em alternativa pode-se colocar o raspado numa placa de *Petri*. Selar e etiquetar. De seguida utilizar um corta-unhas esterilizado e cortar as unhas colocando no campo ou placa de *Petri*. Realizar os mesmos procedimentos para a outra mão. Selar e etiquetar.

O mesmo autor refere ainda em relação a:

- *Detritos*: Pode ser usada a luz ultravioleta para melhor identificação (marcas de dentadas, queimaduras, sujidade, cabelos, fibras...). É necessário identificar todas

as zonas que possam ter sido beijadas, chupadas, cuspidas ou lambidas e realizar zaragatoas. Usar técnica zaragatoa dupla (seca e húmida – água destilada esterilizada ajuda a preservar o ADN). Deixar secar ao ar, selar e etiquetar.

- *Amostra de Sangue e Urina:* Para evitar desconforto da vítima, colher todas as amostras de sangue necessárias de uma só vez. Os vestígios de sangue líquido devem ser recolhidos para tubo seco e proceder à sua refrigeração. As colheitas para despiste devem realizar-se até às 72 horas quando existe suspeita de uso de drogas e álcool. A colheita de urina deve ser feita para recipiente esterilizado (aproximadamente 40 ml) após a realização do exame vaginal. Pode ser necessário usar esvaziamento vesical, recorrendo a sonda para o efeito.
- *Saliva:* A vítima não deve comer, ingerir líquidos ou fazer a higiene oral, antes da realização dos exames. Colocar duas zaragatoas juntas e recolher da cavidade oral amostra de saliva. Repetir procedimentos com mais duas zaragatoas. Deve ser a vítima a realizar a própria recolha. As zaragatoas devem ser secas ao ar antes de selar. Remover dentadura, caso exista. Deixar secar e empacotar devidamente. Caso a vítima esteja a mascar pastilha deve-se recolher. A vítima deve após recolha das zaragatoas, gargarejar com água destilada e realizar-se a recolha para tubo seco ou recipiente coletor esterilizado.

O Enfermeiro pode e deve utilizar técnicas que permitem à criança lidar melhor com o exame (Cf. Quadro 3) aquando da realização do exame de vítimas de abuso sexual de menores.

Quadro 3 – Estratégias do examinador para promover a colaboração da criança durante o exame

Explicar o exame à criança antes do realizar
 Permitir, se possível, que um cuidador não abusivo esteja presente durante o exame
 Permitir tempo suficiente durante o exame para aliviar a ansiedade da criança
 Criar distância relativamente ao processo de exame encorajando brincadeiras num outro espaço
 Oferecer escolhas à criança durante o exame físico (tais como que roupão vestir, qual a posição a usar, que ouvido examinar primeiro e qual o instrumento escolher em primeiro lugar
 Utilizar termos que sejam menos ameaçadores para a criança, por exemplo, pequeno inchaço ou arranhão em vez de ferimento ou cicatriz
 Utilizar técnicas de distração incluindo conversaçãõ acerca tópicos interessantes

O registo fotográfico requer o consentimento da vítima ou de um familiar/responsável (o consentimento deve acompanhar o processo e conter qual o grau de parentesco/afinidade), deve ser efetuado, sempre que possível, antes de qualquer tratamento, com identificação nítida da vítima (fotografia de corpo inteiro com a face incluída), quais as áreas corporais afetadas e o respetivo instrumento de medida utilizado (moeda, régua...), possibilitando definir o tamanho (comprimento ou profundidade) (Lynch & Duval, 2011 citados em Libório, 2012).

As fotografias devem ser tiradas, sempre que possível, antes e depois de qualquer tratamento; devem ser tiradas duas fotografias da mesma lesão, à mesma distância e com o mesmo ângulo (uma delas com um instrumento de medição - régua, moeda...- junto da lesão, e outra, sem instrumento de medição, para provar que este não encobre qualquer lesão); no campo fotográfico deve estar sempre visível uma imagem com número do episódio de urgência, data e hora da obtenção da fotografia; as fotos devem ser guardadas em cd ou *pen* apenas com número de episódio da urgência, os quais são guardados pelo Enfermeiro Forense em cofre destinado para o efeito (Santos, 2013; Silva, 2010 citados em Ribeiro, 2016).

Em relação ao processo de acondicionamento e rotulagem, Gomes (2014a) refere que importa ter em atenção alguns aspetos:

- Secagem – A secagem ao ar é o método preferencial para preservar vestígios húmidos. Cada item deve secar separadamente.
- Rotulagem – Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia. Escrever no envelope antes de colocar os vestígios dentro, por forma a não danificá-los. Os envelopes devem ser colocados num segundo contentor para proteção do mesmo, registando-se no processo o número total de envelopes usados, bem como quem os manuseou. Deve-se rotular com nome completo da vítima, número do processo (se existir), idade, data de nascimento, breve descrição da fonte (incluindo localização de onde foi recolhido), data e hora da recolha, iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e empacotou vestígio.
- Selagem – Cada saco/envelope deve ser selado, por forma a não ser adicionado qualquer item. Importa também assinar por cima do selo para garantir a custódia da prova. Não agrafar envelope. O Enfermeiro após selar os sacos de papel deve datar e rubricar a fita adesiva, garantindo-se assim a inviolabilidade dos sacos.

Ribeiro (2016) acrescenta que não se deve falar, tossir, espirrar ou soprar para os vestígios biológicos, e nunca se deve lamber a cola dos envelopes para os cerrar, mas sim usar uma compressa humedecida.

Sempre que um vestígio é transmitido para outro interveniente (por exemplo do enfermeiro para agente da autoridade), a transmissão deve ser registada e assinada por ambas as partes (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

Toda a transferência de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deve ser registada, sendo que esse registo acompanha as evidências até ao final da investigação, permitindo assim uma cronologia do percurso e intervenientes até ao tribunal (Gonçalves, 2011; Lynch & Duval, 2011).

Sempre que se verificar a abertura do invólucro onde se encontram os vestígios, procede-se ao respetivo registo, quem manipulou, o momento e local (Braz, 2010 citado em Ribeiro, 2016) garantindo a qualidade e o valor probatório dos vestígios (Galvão da Silva, 2006 citado em Ribeiro, 2016).

O teste de despiste de álcool e outras drogas deve ser sempre efetuado em vítimas de acidente de viação, numa primeira abordagem à vítima, mediante recolha de amostras de sangue e urina (Lourenço, 2004b citado em Ribeiro, 2016). Para desinfeção da pele deve usar-se uma solução antisséptica como a iodopovidona (a utilização de álcool não interfere nos valores da taxa de alcoolémia, mas é de evitar por questões legais) e esta informação deve ser mencionada nos registos de Enfermagem. As vítimas com terapêutica anticoagulante ou com doença hemofílica podem estar isentos da colheita (Gomes, 2014b).

Se o doente recusar a realização do procedimento, o Enfermeiro Forense deve registar tal facto e informar as autoridades, e o Tribunal pode decretar um mandato judicial nos casos de recusa requisitando o Enfermeiro para proceder à recolha. Devem-se colher 10 ml de sangue para tubo de bioquímica, procedendo a uma correta selagem e etiquetagem antes de o entregar às autoridades. Em caso de homicídio devem-se realizar duas colheitas, uma à entrada e outra uma hora depois por forma a estabelecer a curva de alcoolémia. A colheita de sangue deve ser feita antes da administração de sangue e derivados, uma vez que alteram o ADN durante alguns meses (Gomes, 2014b).

Colheitas mal executadas e amostras mal acondicionadas de nada servirão aos laboratórios forenses pois sem vestígios não há prova, e sem prova o juiz não conseguirá fazer uma análise consistente, baseada em factos reais e científicos para verificar a existência ou não de crime.

O Enfermeiro com formação em Ciências Forenses possui a ferramenta necessária para poder recolher e preservar as provas, contribuindo de forma valiosa para a defesa da

vítima e sanção dos agressores. Também pode prestar prova testemunhal se for chamado a depor em tribunal, e as suas declarações certificam a verificação de uma realidade com a qual lidou, sendo considerado testemunha em tribunal, mas nunca perito, pois o Enfermeiro não realiza peritagens (estas são do domínio médico e por isso mesmo, realizadas exclusivamente por médicos) (Santos, 2013).

1.5 Documentação, comunicação e cadeia de custódia

A responsabilidade do Enfermeiro de registar fielmente as observações e intervenções realizadas está previsto na Lei (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os registos de Enfermagem fazem parte do processo clínico do doente e como tal podem pertencer a um processo médico-legal (Silva, 2010 citado por Coelho, 2013).

O registo clínico do hospital que assistiu a vítima é valorizado nas perícias médico-legais (Pinto da Costa, 2004), sendo que a existência de protocolos específicos para a abordagem à vítima, que combinem a assistência com os procedimentos de investigação judicial, revelam-se como uma mais-valia para a prática dos Enfermeiros (Lourenço, 2004).

A documentação é considerada um dos passos mais importantes no processamento do local do crime, cujo objetivo consiste no registo permanente das condições do local do crime e dos vestígios físicos (Okoye, 2010 citado em Gomes, 2016).

A documentação e registos forenses devem ser objetivos, legíveis, claros, concisos e descritivos, e não devem providenciar um diagnóstico pois implica um juízo crítico sobre questões forenses fora da competência do Enfermeiro Forense (Lynch, 2006).

Os registos devem ser legíveis para que sejam admissíveis como prova no tribunal de lei, e a documentação detalhada, pertinente e clara pois aumenta a sua credibilidade legal uma vez que "se não for documentada isso não aconteceu" (Lynch & Duval, 2011).

Os registos devem incluir os cuidados prestados, a resposta da vítima aos cuidados de enfermagem, devem refletir o estado físico e emocional da vítima. A existência de registos pré-hospitalares muito díspares em relação aos registos do intra-hospitalar pode comprometer a avaliação pericial. Devem ser registados no processo a identificação e contacto dos elementos da equipa de pré-hospitalar (Gonçalves, 2011; Gomes, 2014a).

Segundo Okoye (2010) as quatro tarefas principais da documentação consistem:

- Na Aquisição de notas efetuadas durante a investigação do local do crime e a considerar para responder às Questões: "Quem?", "O quê?", "Onde?", "Quando?", "Como?" (Viegas (2014) acrescenta "Porquê?" e "Com o quê?") assim como

informação específica como data, hora, métodos utilizados, informação recebida, descrição da cena, da vítima e da equipa de investigação do local;

- Na Videografia que se configura num método vantajoso de colheita e armazenamento de informação visual, que não pode incluir a equipa da investigação, narrações ou discussões relativas ao local do crime;
- Na Fotografia que providencia um verdadeiro e preciso registo em imagens do local e dos vestígios, devendo estar sempre presente uma escala e ser contextualizadas no tempo e no espaço (hora, data, incluindo número da fotografia, e breve descrição);
- No Desenho do local do crime para localizar e documentar a localização dos vestígios no local do crime, e não registar *per si* o vestígio, sendo realizado após a identificação de todos os vestígios.

Toda e qualquer prova só tem valor em termos jurídicos, independentemente do local onde for encontrada, se a **Cadeia de Custódia** não for colocada em causa (Gomes, 2013). *“A chamada cadeia de custódia da prova é o processo usado na investigação criminal para manter e documentar a história cronológica de um vestígio, garantindo a sua integridade e a possibilidade de permanente escrutínio do potencial probatório que o mesmo contém”* (Brás, 2010 citado em Santos, 2013).

A Cadeia de Custódia é um dos requisitos inerentes à recolha dos vestígios no local do crime, fundamental para que a prova pericial satisfaça as necessidades do processo de investigação, pelo que exige uma metodologia científica que permita efetuar o controlo da confidencialidade e segurança do vestígio, o qual confere uma certificação de qualidade e idoneidade ao processo, sendo fundamental o rigor nas suas diversas etapas (Silva, 2006).

O mesmo autor refere ainda que a Cadeia de Custódia tem uma relevância extrema nos casos forenses, uma vez quebrada pode pôr em causa toda a prova material, mas se for executada corretamente preserva os objetos da prova, garantindo a transparência de todo o seu percurso, desde a obtenção e recolha dos vestígios, até os mesmos produzirem prova. A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2009 citada em Gomes, 2016) afirma que a Cadeia de Custódia é muitas vezes referida como o elo mais fraco da investigação criminal.

Para Lynch (2006) a Cadeia de Custódia, permite registar e estabelecer uma ligação entre cada pessoa que manuseou o vestígio, desde o momento em que foi colhido, até ao momento em que é apresentado em tribunal, sendo que por vezes as condições em que ocorre a colheita dos vestígios forenses podem não ser as ideais, pois ocorre no hospital,

em circunstâncias de Urgência. É por esta razão que se torna imperativo que os profissionais de saúde destes contextos detenham conhecimento sobre identificação, colheita e preservação de vestígios, para que não ocorra a sua perda, destruição ou contaminação durante a prestação dos cuidados de saúde imediatos.

Para facilitar estes procedimentos todas as instituições deveriam desenvolver protocolos de colheita de vestígios tendo em conta as especificidades e necessidades de cada contexto intra-hospitalar, sendo que Hammer et al. (2006) citados em Gomes (2016) acrescentam que os profissionais de saúde deveriam ter treino específico sobre medicina forense, de modo a estarem preparados para acolher alegadas vítimas com potencial interesse forense.

Hammer et al. (2006) citados em Gomes (2016) referem que a cadeia de custódia começa quando um profissional de saúde localiza ou obtém um vestígio, e que a colheita, armazenamento e transporte dos vestígios devem ser devidamente documentados, existindo formulários que devem ser rigorosamente preenchidos e testemunhados durante o tratamento dos vestígios. Os formulários devem incluir a descrição e identificação de cada vestígio, o nome ou iniciais de quem efetuou a colheita, a data e a hora da colheita, e do local onde foi colhida. Aquando do transporte, deve-se registar a pessoa que a entrega, a pessoa que a recebe, a data e a hora da transferência.

Deve ser feita uma descrição pormenorizada de todos os vestígios recolhidos (conteúdo, identificação da vítima e do enfermeiro, data, hora, local, registo fotográfico e destino), mantendo a cadeia de custódia. Os registos devem ser feitos gradualmente ao longo do turno e não apenas no final, e a linguagem e terminologia utilizadas devem ser adequadas, com gramática, pontuação e palavras corretas, numa sequência lógica (Ribeiro, 2016).

Os registos de Enfermagem tornaram-se mais simples pela criação de formulários e *Checklist* (Cf. Quadro 4):

Quadro 4- Checklist para Registos de Enfermagem Forense

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Identificação, informação da vítima - Consentimento informado - História clínica - Reportar o exame físico - Diagnóstico de informação - Informação de terapêutica - Reporte de cuidados <i>follow-up</i> |
|---|

Existem alguns termos que são utilizados de forma incorreta nos registos de Enfermagem, pois muitas vezes é dada uma definição errada aos mesmos. No Quadro 5 apresentamos algumas das situações mais frequentes (Gomes 2014a).

Quadro 5 – Termos-chave encontrados nos registos de Enfermagem

Conceito	Descrição
Lesão padronizada <i>versus</i> Padrão de lesão	Uma lesão padronizada é definida como uma lesão que reflete a impressão da arma ou do instrumento usado para agredir. Um padrão de lesão refere-se a uma serie de lesões provocadas por um período de tempo e podem aparecer em diferentes etapas de cicatrização.
Arma <i>versus</i> Instrumento	Um instrumento é algo que pode ser usado para agredir alguém, no entanto a sua função primária não é ser uma arma ofensiva ou defensiva. Uma arma é um instrumento de combate ofensivo ou defensivo, algo utilizado para lutar ou em combate para atacar ou superar os outros.
Possível <i>versus</i> Provável	Possível é definido como capaz de existir, acontecer, sendo, tornando-se. Provável é suscetível de ser ou tornar-se verdadeiro ou real, apoiado na evidência forte ou suficiente para estabelecer a presunção mas não a prova. A possibilidade de um acontecimento específico é menos provável do que a probabilidade do mesmo.
Perfurante <i>versus</i> Penetrante	Termos mais utilizados para definir ou descrever tiro ou facada incluem projétil perfurante ou a arma que entra e sai de uma parte do corpo <i>versus</i> o projétil penetrante ou arma que entrou no corpo mas não saiu. Num ferimento penetrante a faca pode ser removida deixando apenas uma ferida, ou a faca pode ser deixada na ferida.

Fonte: Gomes, A. (2014a). *Enfermagem Forense*, 1. Lisboa. Lidel

Para Gomes (2014a) o Enfermeiro Forense deve descrever no diagrama corporal todas as lesões que identificar na vítima, sendo que a maioria dos formulários/diagramas corporais apresentam simbologia para melhor identificação das lesões e dos procedimentos realizados. A informação registada deve sempre ser complementada com o registo fotográfico.

O Enfermeiro Forense guarda os meios de prova pertinentes no cofre do serviço, e quando os entrega às autoridades, dá continuidade à Cadeia de Custódia, confirmando e registando a autoridade a quem foram entregue os bens e valores. É contactada a polícia local para proceder à sua recolha sempre que os pertences que servem de prova permanecerem no serviço mais de 24 horas, (Gonçalves, 2011).

1.6 Proteção e apoio a vítima

O Enfermeiro Forense é paciente, bom ouvinte, empático, organizado, e não faz julgamentos, pelo que todos os enfermeiros possuem a capacidade de ser bons Enfermeiros Forenses, devido à carga emocional que acarreta (Leaner, 2012 citado em Ribeiro, 2016).

O Enfermeiro ao realizar a entrevista deve encaminhar a vítima e ouvi-la num ambiente seguro, garantindo a manutenção do respeito pela privacidade e bem-estar da mesma. A vítima deve ser entrevistada sozinha e, se o ou os acompanhantes tentarem invadir a sua privacidade, é função do Enfermeiro interceder por forma a garantir os interesses da vítima (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

A entrevista inicial permite uma oportunidade para que sejam colocadas questões que identifiquem situações de vitimização. No Quadro 6 constam orientações básicas para o processo de entrevista que devem ser adaptadas a cada circunstância.

Quadro 6 – Orientações básicas de Entrevista

Correto	Incorreto
<ul style="list-style-type: none"> • Conduzir a entrevista em privado • Ser direto, honesto e profissional • Esclarecer eventuais dúvidas nas palavras ou frases usadas • Ser compreensivo • Estar atento • Informar o cliente da necessidade de informar e referenciar para outras entidades e esclarecer o processo • Garantir segurança à vítima reduzindo risco de novos episódios de abuso 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tentar provar abuso com acusações ou insinuações • Não potenciar comportamentos de raiva, revolta ou reprovação em relação ao agressor ou à situação • Não fazer falsos julgamentos • Não provocar na vítima sentimentos de culpa ou receio ou medo • Não forçar a vítima a dar resposta que não está disposta a dar • Não conduzir a entrevista com mais entrevistadores • Não forçar a vítima a retirar roupas

Fonte: Adaptado de Smith-Dijulio (2002) citado por Sekula, L. K. (2005). The advance practice forensic nurse in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 27(1), 5-14.

Deve-se ter em conta o contexto cultural da vítima relativamente às questões que devem ou não ser feitas (Smith-Dijulio, 2002 citado por Sekula, 2005). A entrevista deve ser sempre orientada numa perspetiva de preocupação e de proteção à vítima, devendo o Enfermeiro dar importância a uma abordagem humana e numa perspetiva holística (Simões, 2010; Leaner, 2012 citado em Ribeiro, 2016).

São competências do Enfermeiro informar o indivíduo acerca dos recursos disponíveis e a forma de os conseguir (OE, 2009a), realizar educação para a prevenção da violência e promoção de um ambiente familiar seguro e saudável (Lopes, 2011), e garantir

os cuidados necessários mediante a identificação de lesões, registo da história e referenciando a situação (Jagim, 2011 citado em Coelho 2013).

Em Portugal, o Ministério Público tem legitimidade para investigar sobre a ocorrência de factos classificados de crime pela lei, mas há que distinguir entre crimes particulares, semi-públicos e públicos. A “violência doméstica” e “maus tratos e abuso” são crimes públicos que constam no Código Penal Português. Como passaram a ser considerados crimes de natureza pública, a visão da sociedade perante os mesmos sofreu alterações muito positivas (Santos, 2013).

No nosso país o Código do Processo Penal determina que o profissional de saúde ao tomar conhecimento de um crime público, tem o dever de o comunicar às entidades competentes (APAV, 2012). A denúncia de um crime público é um dever cívico e moral, de carácter facultativo, sendo que cada um, de acordo com a sua consciência, pode determinar se denuncia ou não o crime de que tem conhecimento, mas que deverá incomodar qualquer um, nem que seja pelo facto de se tornar cúmplice do ocorrido, através do seu silêncio (Santos, 2013).

Qualquer procedimento criminal depende da queixa da vítima [artigos 143.º e 148.º do CP (Antunes, 2009)], contudo esta não é por si só suficiente, são necessárias provas que direcionem para a existência do crime, respetivas circunstâncias e presumível culpado. Sem provas, de pouco ou nada valerá a queixa/denúncia para que haja julgamento e condenação (sob a forma de pena e pagamento de indemnização à vítima ou familiares) perante a presunção de inocência do arguido [artigo 32.º da Constituição da República e artigos 283.º, 308º e 374.º do CPP].

A atuação médica que prejudique o processo de recolha de evidências, e não salvguarde a cadeia de custódia nem a preservação de evidências, consiste num impedimento à investigação do caso, e pode ter graves consequências para a vítima, família e agressor, podendo mesmo comprometer a resolução de um processo judicial ou civil indemnizatório (Costa, 2010). Embora isso não se enquadre na figura da negligência médica [artigo 150.º do CP (Antunes, 2009)] a recolha e preservação de evidências constituem uma relevante colaboração na boa administração da justiça.

2. Metodologia

A investigação científica constitui-se num conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos com vista á obtenção de novos conhecimentos (Fortin, 2009), que se revela essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões (Fortin, 1999). Quando aplicada à Enfermagem, a investigação conduz à produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão como uma ciência (Coelho, 2013).

Segundo Fortin (2009), a fase metodológica consiste na identificação dos meios para realizar a investigação, sendo nesta fase que “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificação de hipóteses” (Fortin, 2009, p.53).

O ponto de partida para se realizar uma investigação parte de se determinar o problema, o qual deve ser atual e adequado de forma a dar resposta a questões reais e pertinentes para a prática de enfermagem, contribuindo para se obterem novos conhecimentos (Coelho, 2013).

Assim, delimitamos um problema a investigar, em função do qual traçamos os objetivos. Para os atingir procedemos a uma revisão da bibliografia existente para permitir sustentar teoricamente a problemática, sempre com a preocupação de selecionar o mais atual e pertinente.

2.1 Tipo e Desenho de investigação

Este estudo pode-se definir como um *estudo quantitativo, transversal de natureza descritiva*, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses e descrever a sua relação com as variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais.

2.2 Questões e objetivos de investigação

Para melhor compreendermos o fenómeno que pretendemos estudar, e clarificarmos o caminho de investigação elaboramos as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar?
- Qual a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais com o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses?

Ao delimitarmos os objetivos estamos a definir o alcance do estudo, apontando os aspetos que pretendemos analisar. Para Fortin (2003, p.100) o objetivo de uma investigação é um “enunciado declarativo que delimita e precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” permitindo determinar o que se propõe fazer para realizar o estudo após formulado o problema.

Para respondermos às questões enunciadas formulámos os seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar (Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica);
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais no nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as práticas forenses.

2.3 Hipóteses

Fase ao exposto, elaboraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- *Hipótese 1* – As variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais dos enfermeiros influenciam o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense no intra-hospitalar.
- *Hipótese 2* – A frequência de formação na área de Enfermagem forense influencia os o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense no intra-hospitalar.

2.4 População e Amostra

A população alvo, segundo Fortin (2009) constitui um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. Neste estudo, pela natureza do problema por uma questão de proximidade, a população alvo incidu sobre os Enfermeiros a exercer funções a nível hospitalar (Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica) do Centro Hospitalar baixo Vouga – Polo Aveiro.

Como raramente se consegue estudar toda uma população o investigador deve constituir uma amostra ou um conjunto de participantes, que devem ser o máximo possível representativo da população, que vão constituir o objeto de estudo (Fortin et al., 2009).

O processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido de forma a representar uma população inteira designa-se de amostragem (Fortin, 2009).

A técnica de amostragem selecionada foi não probabilística por conveniência, na medida em que foi constituída pelo número de enfermeiros que após solicitação, se disponibilizaram para responderem na totalidade dos questionários e assim participar neste estudo. Os questionários foram preenchidos de forma anónima.

Fortin (2009) refere que numa amostragem não probabilística não é dada a mesma possibilidade aos elementos de serem escolhidos para formar a amostra do estudo.

Deste modo, a amostra ficou constituída por 103 Enfermeiros que preencheram os questionários, a colheita de dados ocorreu durante o mês de Junho de 2017.

De uma população de 130 Enfermeiros elegíveis fizeram parte do estudo 103 Enfermeiros correspondendo a 79.2% do total da população.

2.5 Instrumentos de Colheita de Dados

A estruturação de um meio de colheita de dados não se constitui uma tarefa fácil e exige empenho e cuidado por parte do investigador (Moreira, 2007).

A escolha do método de colheita depende do nível de investigação, das questões de investigação, dos conhecimentos disponíveis sobre a problemática em estudo, e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009).

Neste sentido foi realizada uma pesquisa intensiva na literatura existente, no intuito de encontrar um instrumento de medida que permitisse estudar a problemática, enquadrando-se no desenho e questões de investigação do presente estudo.

Assim o instrumento de colheita de dados utilizado é constituído por dois questionários: o **Questionário Geral sobre Enfermagem Forense – QGEF** (Adaptado de Cunha & Libório, 2012) e o **Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF** (Cunha & Libório, 2012).

O QGEF inclui questões relativas á caracterização sociodemográfica, socioprofissional e académicas dos participantes e questões sobre a formação em enfermagem forense. Adaptamos este questionário, acrescentando questões relativas a variáveis socioprofissionais, na medida em que queríamos determinar a influência não

apenas das variáveis sociodemográficas, académicas e de formação mas também a influência das variáveis socioprofissionais, no nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as práticas forenses.

O QCPEF integra questões acerca da formação em enfermagem forense, constituído por 74 afirmações dicotómicas (Verdadeiro ou Falso), visando avaliar os conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (PEF). Para evitar tendências de resposta alguns itens foram construídos na negativa e outros na afirmativa. Pretende-se que os participantes assinalem com um X a opção que melhor se adequa àquilo que pensam, sabem ou fazem quanto às PEF. Os itens abordam aspetos relacionados com o conceito de enfermagem forense; as situações forenses; os vestígios forenses, utilizados na investigação de situações suspeitas; a comunicação da ocorrência e a documentação das evidências; os cuidados gerais de enfermagem e os cuidados na preservação de vestígios (Libório, 2012).

A cada um dos itens do QCPEF foi atribuída a pontuação de zero se resposta incorreta ou um se resposta correta. Da soma das pontuações de todos os itens resulta o score global de conhecimentos sobre PEF que pode oscilar entre zero e 74 pontos (valores inteiros). Quanto maior for o score global melhor o nível de conhecimentos (Coelho, 2013) (Cf. Anexo IV).

Os 74 itens do QCPEF estão agrupados em seis áreas, tendo por base aspetos particulares da Enfermagem Forense, conforme consta no Quadro 7.

Quadro 7 – Distribuição do QCPEF por áreas, número de itens e pontos possíveis

Áreas	Número de itens	Pontos possíveis
<i>Conceito de Enfermagem Forense (1-10)</i>	10	0 a 10
<i>Situações Forenses (11-22)</i>	12	0 a 12
<i>Vestígios Forenses (23-34)</i>	12	0 a 12
<i>Comunicação e Documentação (35-44)</i>	10	0 a 10
<i>Cuidados de Enfermagem Gerais (45-54)</i>	10	0 a 10
<i>Preservação de Vestígios (55-74)</i>	20	0-20

O estudo da consistência interna das áreas, por parte dos autores originais, mostrou índices razoáveis em três (Situações Forenses, Vestígios Forenses e Comunicação e Documentação), oscilando entre 0,600 e 0,816, e índices baixos nas restantes, variando de 0,533 a 0,573 (Libório, 2012 citado em Ribeiro, 2016).

2.6 Procedimentos Formais e Éticos

Fortin (2009), alude a que qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas, que podem estar relacionadas não somente com o tipo de estudo como também com o método de colheita de dados e divulgação dos resultados.

Neste sentido, esta investigação foi submetida ao Conselho de Administração e a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Baixo Vouga, tendo tido um parecer favorável (Cf. Anexo I). Foi informada esta entidade que a conclusão do trabalho será divulgada na Instituição/Serviços.

Para além desta Comissão de Ética, foi pedida autorização aos autores dos dois Questionários utilizados [o Questionário Geral sobre Enfermagem Forense – QGEF (Cunha & Libório, 2012) e o Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF (Cunha & Libório, 2012)], tendo também um parecer favorável (Cf. Anexo II).

Concomitantemente, durante a realização desta investigação foram considerados todos os princípios universais da Ética procurando-se assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas. Foi garantido o anonimato dos participantes na realização dos questionários e aos dados colhidos. Estes dados não trarão nenhum risco para a integridade física, mental e social ou moral dos inquiridos. Não houve nem haverá benefícios financeiros para os participantes.

2.7 Tratamento estatístico

“Após a colheita de dados é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, bem como as diferentes variáveis” (Fortin, 2009, p.57).

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizamos o programa Statiscal Package Social Science 23 para o Windows e Word Microsoft Office 2010, licenciado para a utilização pelo Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, tendo sido criada uma base de dados com a informatização dos mesmos.

Quanto à estatística descritiva recorreu-se às frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média,); medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão).

Foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney para averiguar a existência de diferenças entre a distribuição dos valores das variáveis quantitativas para cada um dos grupos variável dicotómica, e o teste de Kruskal-wallis utilizado para comparar três ou mais populações.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Pestana & Gageiro, (2008). A opção por testes não paramétricos justifica-se pela natureza qualitativa ou categorizada das variáveis em estudo.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância de Pestana e Gageiro (2008):

$p < 0,05^*$ - diferença estatística significativa;

$p < 0,01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa;

$p < 0,001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa,

$p \geq 0,05$ n.s. - diferença estatística não significativa

A apresentação de resultados fez-se por meio de tabelas e gráficos e sua respetiva descrição.

3. Resultados

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos, a análise e a interpretação dos resultados: “Os resultados dos estudos descritivos são seguidos dos resultados das análises inferenciais, que dão conta das relações entre as variáveis e da verificação das hipóteses” (Fortin, 2009, p. 495). Pretendemos apresentar uma análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos com base nos objetivos definidos para esta investigação.

.A amostra do estudo é constituída por 103 enfermeiros maioritariamente do sexo feminino (74.8%) (tabela 2). Com idades compreendidas entre 24 e 59 anos, sendo a média 36.1 anos com desvio padrão 7.2 anos.

A maioria dos enfermeiros que respondeu ao questionário trabalha no serviço de urgência geral (75.7%), procedidos por 14.6% que trabalham na urgência ginecológica e 9.7% na urgência pediátrica. Em média os enfermeiros trabalham no serviço de urgência há 8.1 anos (6 meses e 29 anos). Relativamente às habilitações literárias, verificamos que 43.5% dos enfermeiros possuía licenciatura, 21.4% uma pós graduação, 19.4% um mestrado e 15.5% uma especialidade.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da população

	Total	Masculino n/x (dp/%)	Feminino n/x (dp/%)
Género	103	26 (25.2)	77 (74.8)
Idade	36.1 (7.2)	38.5 (7.9)	35.3 (6.9)
Anos a exercer funções	8.1 (6.1)	9.25(5.9)	7.71 (6.2)
Local de trabalho			
Urgência geral	78 (75.7)	18	60
Urgência Pediátrica	10 (9.7)	3	12
Urgência Ginecológica	15 (14.6)	5	5
Anos de serviço	8.1 (6.1)	9.25(5.9)	7.71 (6.2)
Grau académico			
Licenciatura	45 (43.5)	11	34
Pós Graduação	22 (21.4)	5	17
Especialidade	16 (15.5)	3	13
Mestrado	20 (19.4)	7	13

No gráfico 1 podemos verificar que a especialidade de enfermagem mais presente no serviço de urgência é a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (56%). O gráfico 2 permite-nos constatar que 73% dos enfermeiros tem uma pós-graduação em Cuidados Intensivos Urgência/Emergência. Por sua vez no gráfico 3 podemos verificar a distribuição dos enfermeiros com mestrado, sendo que maioritariamente (45%) tem mestrado em médico-cirúrgica.

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros com Especialidade

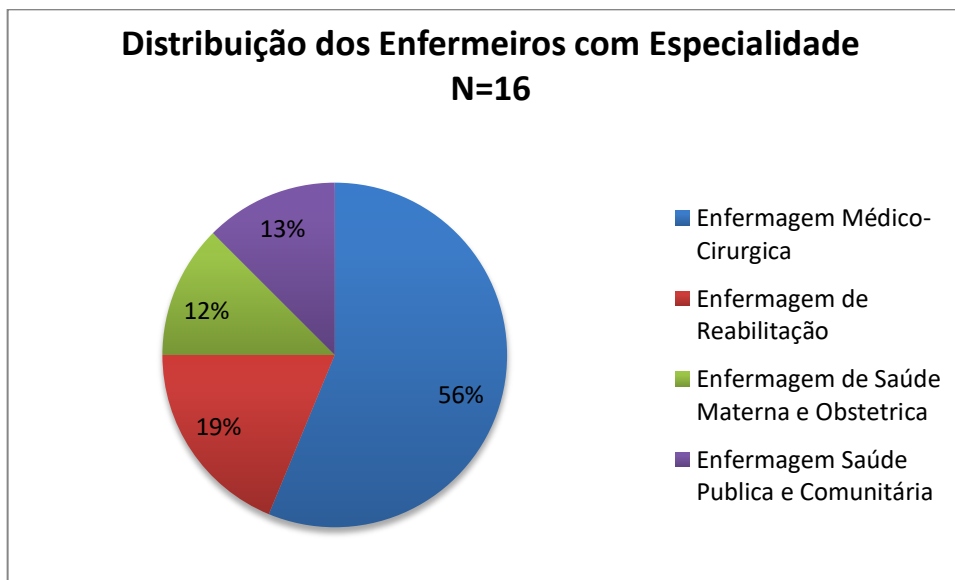


Gráfico 2 - Distribuição dos enfermeiros com Pós Graduação

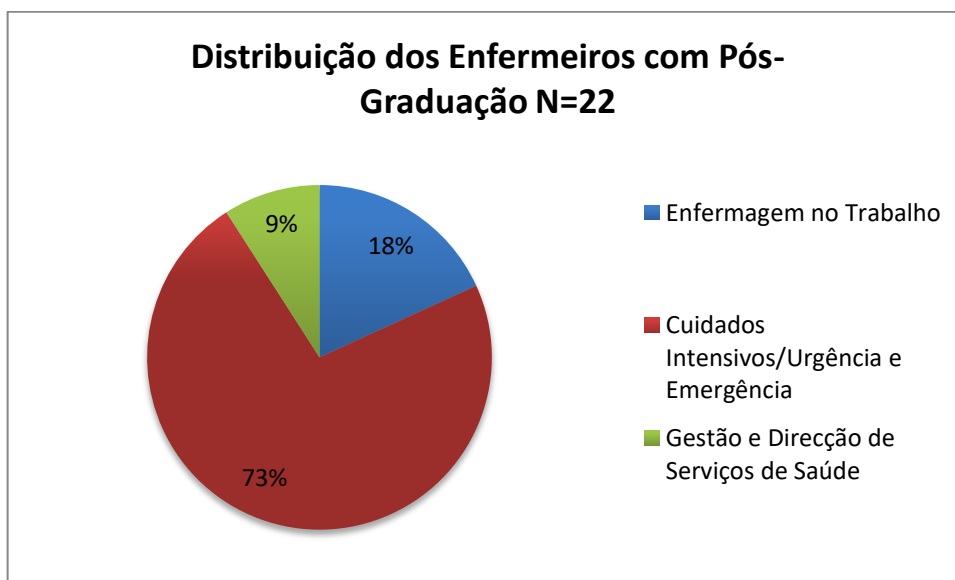
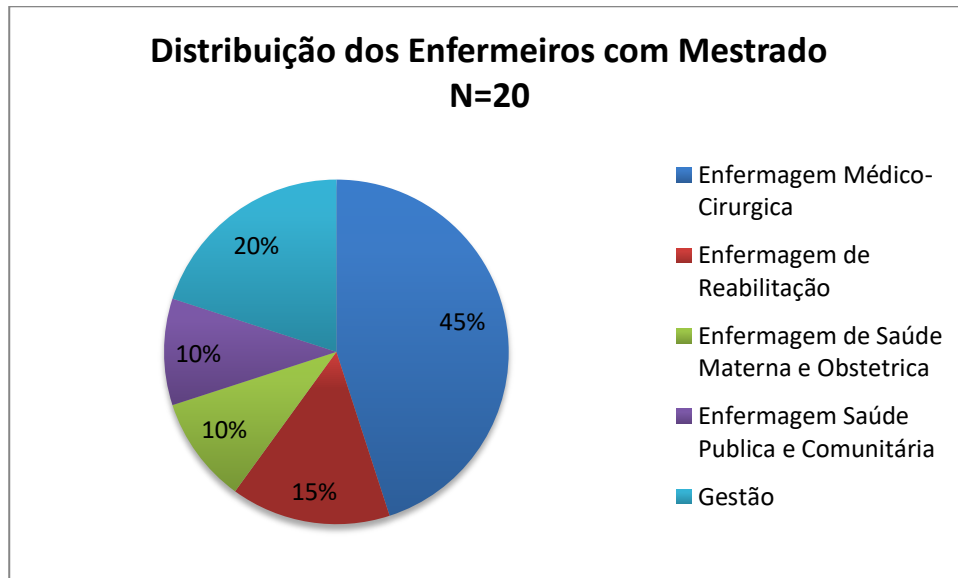


Gráfico 3 - Distribuição dos Enfermeiros com Mestrado

Dos enfermeiros incluídos no nosso estudo a maioria (60.2%) referiu que raramente presta cuidados de enfermagem a vítimas de violência, sendo que 30.1% refere prestar cuidados algumas vezes, 8.7% muitas vezes e 1% refere nunca ter prestado cuidados de Enfermagem a vítimas de violência (Cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência com que presta cuidados de Enfermagem a vítimas de violência

	Raramente	Algumas vezes	Muitas Vezes	Nunca
Com que frequência presta cuidados a vítimas de violência	62 (60.2%)	31 (30.1%)	9 (8.7%)	1 (1%)

Quanto à existência de protocolos de abordagem em situações de violência, 40.8% dos enfermeiros referem existir no seu serviço, 36.9% não soube dizer se existiam, 22.3% afirmou não existirem. Dos 62 enfermeiros que indicaram existirem protocolos para atuação nas vítimas de violência apenas 41 os identificaram (31 indicaram agressão sexual, 4 violência doméstica, e 6 colheita e preservação de vestígios) (Cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Existência de protocolos de atuação em situações médico-legais e formação curricular em enfermagem forense

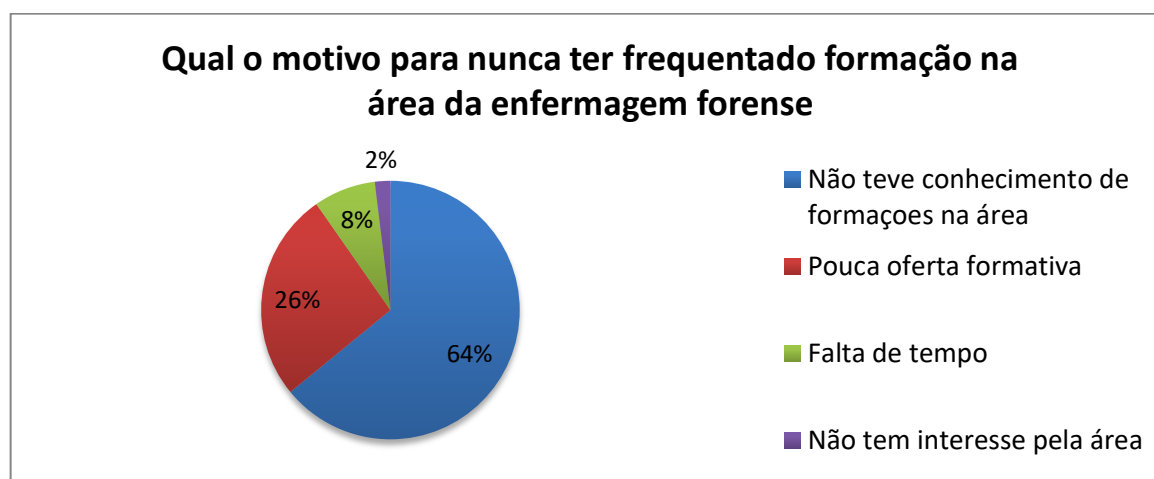
	Sim N (%)	Não N (%)	Não sei N (%)
No serviço onde trabalha existe algum protocolo de situações médico-legais	42 (40.8%)	23 (22.3%)	38 (36.9%)
Já frequentou formação na área da enfermagem forense	16 (15.5%)	87 (84.5%)	----
Se sim, qual o nº de horas de formação x (Dp)	8.56 (4.1)		
Gostaria de frequentar formação específica na área da enfermagem forense	99 (96.1%)	4 (3.9%)	

Dos 103 enfermeiros que participaram, 84.5% referiu não ter frequentado formação extracurricular em enfermagem forense (Cf. Tabela 4). Dos enfermeiros que mencionaram ter frequentado formação extracurricular (15.5%) esta foi recebida maioritariamente em conferências 79.9%, 10.1% jornadas e 10% workshops. A média de horas de formação extracurricular foi 8.56 (Dp=4.1).

Contudo, 96.1% dos enfermeiros que participaram no estudo referem que gostariam de frequentar formação específica na área da enfermagem forense (Cf. Tabela 4).

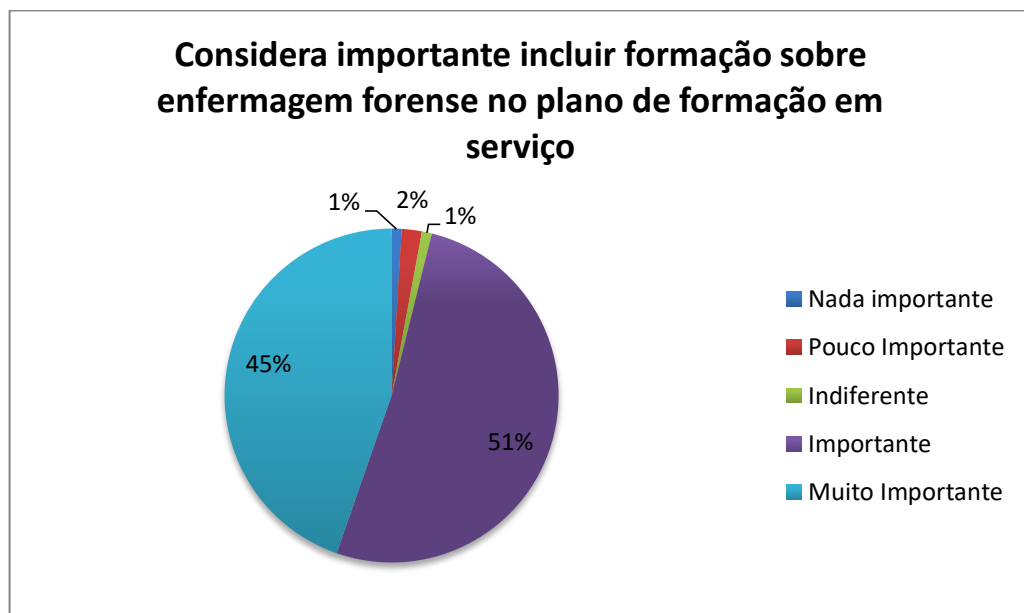
Dos enfermeiros que nunca frequentaram formação extracurricular em enfermagem forense (Cf. Gráfico 4), 64% referiu como motivo não ter tido conhecimento de formações na área, 26% referem não ter frequentado por existir pouca oferta formativa na área, 8% refere falta de tempo e 2% refere não ter interesse pela área.

Gráfico 4 – Motivo para nunca ter frequentado formação na área da enfermagem forense



Relativamente à importância atribuída à inclusão formação sobre enfermagem forense no plano de formação do serviço, 51% dos enfermeiros considerou muito importante, 45% importante, 2% pouco importante 1% indiferente e 1% nada importante (Cf. Gráfico 5).

Gráfico 5 – Importância de incluir formação sobre enfermagem forense no plano de formação em serviço



Quanto às questões “Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal?” e “Como classifica a intervenção do enfermeiro forense?”, a maioria dos enfermeiros respondeu “importante”, seguida da opção “muito importante” (Cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Importância da existência e classificação da intervenção do enfermeiro forense

	Indiferente	Importante	Muito Importante
Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal	2 (1.9%)	64 (62.2%)	37 (35.9%)
Como classifica a intervenção do enfermeiro forense	2 (1.9%)	62 (60.2%)	39 (37.9%)

3.1 Conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense

O score global de conhecimentos dos enfermeiros variou entre 34-60 pontos, sendo a média de 59.37 (Dp=4.64) (Cf. Tabela 6). Considerando que o score global de conhecimentos esperado oscila entre 0 e 74, este resultado indica que, em média, os enfermeiros responderam corretamente a 78.3% dos itens do QCPEF, revelando possuírem conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense.

Tabela 6 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense

	Min	Max	Score esperado	x	Dp
Conceito de Enfermagem Forense	3	10	0-10	6.97	1.02
Situações Forenses	6	10	0-12	8.69	0.78
Vestígios Forenses	1	11	0-12	7.80	0.66
Comunicação e Documentação	3	10	0-10	8.44	1.21
Cuidados de Enfermagem Gerais	5	10	0-10	9.13	1.12
Preservação de Vestígios	5	19	0-20	15.97	2.69
Score Global de Conhecimentos	34	70	0-74	59.37	4.64

O percentual de respostas corretas por item foi igual ou superior a 78.3% em 55 itens do QCPEF (Anexo V). Os itens 11 “Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.”, 12 “A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.”, 23 “Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses”, 25 “Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses”, 29 “Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses”, e 30 “Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.” registaram 100% de respostas corretas.

O item 2 “A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.” foi o que registou maior percentual de respostas corretas (99%) na subescala designada de Conceito de Enfermagem Forense. Os itens 41 “O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos” e 49 “A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal”, foram os que apresentaram maior percentagem de

respostas corretas (98.1%), nas subescalas Comunicação e Documentação e Cuidados de Enfermagem Gerais, respetivamente. Na subescala Preservação de Vestígios foi o item 74 “A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes” que registou maior percentual de respostas corretas (98.1%) (Anexo V).

No que concerne a respostas incorretas, verificou-se que em 19 itens o percentual de respostas incorretas é maior do que 21.3% (Anexo V). O item que apresentou maior percentagem de respostas incorretas (38.8%) foi o item 63 “O lençol de cima (da maca/cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos” na subescala cuidados de Enfermagem gerais.

Na subescala Conceito de Enfermagem Forense o item que apresentou maior percentagem de respostas incorretas foi o 1 “Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.” (35.9%). Na subescala Situações Forenses foi o item 18 “O suicídio pode apresentar contornos médico-legais” (35%). Quanto à subescala Vestígios Forenses, foi o item 34 “Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses” que exibiu maior percentagem de respostas incorretas (35.9%).

Na subescala Comunicação e Documentação, o item mais vezes assinalado de forma incorreta foi o 39 “A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.” (35%). Em relação à subescala Cuidados de Enfermagem Gerais, o item 47 “A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima” (35%) (Anexo V).

Na Tabela 7 podemos verificar os resultados quando comparamos o nível de conhecimentos sobre práticas (utilizando o teste de Mann-Whitney), consoante o sexo, verificando que apesar dos enfermeiros do sexo feminino apresentarem melhores resultados globais, com exceção no domínio “Conceito de Enfermagem forense” estes não têm significado estatístico.

Tabela 7 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do sexo

Sexo	Feminino Mean Rank	Masculino Mean Rank	p
Conceito de Enfermagem Forense	50.43	56.65	0.33
Situações Forenses	52.77	49.71	0.52
Vestígios Forenses	51.83	52.50	0.86
Comunicação e Documentação	53.25	48.29	0.44
Cuidados de Enfermagem Gerais	50.75	55.71	0.43
Preservação de Vestígios	53.31	48.13	0.44
Score Global de Conhecimentos	52.56	50.33	0.74

Nos resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis a cada uma das áreas do conhecimento sobre práticas forenses, bem como para o Score Total de Conhecimentos consoante o grau académico, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação a nenhum grau académico (Cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do grau académico

Grau Académico	Licenciatura Mean Rank	Pós- Graduação Mean Rank	Especialidade Mean Rank	Mestrado Mean Rank	P
Conceito de Enfermagem Forense	56.82	46.45	52.53	46.83	0.42
Situações Forenses	52.61	55.45	45.69	51.88	0.57
Vestígios Forenses	51.73	56.25	48.41	50.80	0.54
Comunicação e Documentação	56.42	45.68	47.13	52.90	0.43
Cuidados de Enfermagem Gerais	50.62	55.16	48.19	54.68	0.82
Preservação de Vestígios	47.62	53.68	55.66	57.08	0.59
Score Global de Conhecimentos	52.03	51.84	53.00	50.95	0.99

Quando comparamos os anos de serviço com os conhecimentos sobre práticas forenses também não se verifica nenhuma diferença entre ter mais experiência no serviço quando comprado com o menor período de tempo (Cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função da experiência em serviço

Anos de Serviço	<5	5-10	>10	p
Conceito de Enfermagem Forense	54.66	49.95	51.61	0.77
Situações Forenses	52.57	52.14	51.09	0.96
Vestígios Forenses	49.64	50.75	56.73	0.22
Comunicação e Documentação	52.76	54.80	47.05	0.52
Cuidados de Enfermagem Gerais	48.39	50.76	58.29	0.35
Preservação de Vestígios	53.13	48.86	57.93	0.29
Score Global de Conhecimentos	50.10	46.50	62.23	0.09

No que respeita à frequência de formação em enfermagem forense os enfermeiros que mencionaram ter recebido formação na área (Cf. Tabela 10) também não apresentam melhores com os conhecimentos sobre práticas forenses.

Tabela 10 - Resultados do teste U de Mann Whitney em face da frequência de formação

Já frequentou formação sobre enfermagem forense?	Não Mean Rank	Sim Mean Rank	p
Conceito de Enfermagem Forense	53.47	44.0	0.22
Situações Forenses	52.49	49.34	0.58
Vestígios Forenses	52.60	48.75	0.41
Comunicação e Documentação	52.61	48.69	0.60
Cuidados de Enfermagem Gerais	51.77	53.25	0.84
Preservação de Vestígios	51.02	57.34	0.43
Score Global de Conhecimentos	51.87	52.72	0.92

Para estudar a relação do nível de conhecimentos dos enfermeiros em face da frequência de prestação de cuidados a vítimas de violência foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Quem prestou mais cuidados a vítimas de violência também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (Cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Resultados do teste Kruskal-Wallis em face da frequência prestação de cuidados a vítimas de violência

Com que frequência presta cuidados a vítimas de violência	Raramente Mean Rank	Algumas vezes Mean Rank	Muitas vezes Mean Rank	p
Conceito de Enfermagem Forense	45.37	55.31	46.39	0.23
Situações Forenses	55.15	48.99	56.22	0.32
Vestígios Forenses	50.47	51.68	58.0	0.47
Comunicação e Documentação	46.27	52.43	63.11	0.25
Cuidados de Enfermagem Gerais	54.92	51.52	39.56	0.33
Preservação de Vestígios	53.24	53.68	30.50	0.07
Score Global de Conhecimentos	55.15	51.65	37.94	0.30

Quando comparamos o nível de conhecimentos sobre práticas forenses (utilizando o teste Kruskal-Wallis), consoante a idade, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas (Cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em função da idade

Idade (anos)	<30	30-40	>40	p
Conceito de Enfermagem Forense	53.62	50.95	50.51	0.78
Situações Forenses	51.47	52.14	51.09	0.86
Vestígios Forenses	49.64	50.75	52.73	0.23
Comunicação e Documentação	52.76	54.80	51.05	0.51
Cuidados de Enfermagem Gerais	47.37	50.76	51.29	0.30
Preservação de Vestígios	52.12	52.86	51.83	0.26
Score Global de Conhecimentos	51.22	50.50	52.23	0.10

4. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados constitui-se como uma etapa crucial do processo de investigação, pelo que neste capítulo iremos proceder á discussão e interpretação dos dados á luz dos conhecimentos atuais em relação ao tema em estudo e às questões de investigação formuladas.

Fortin (2009) refere que nesta fase devem ser implementados esforços para se procederem a comparações, a contrastar resultados e realizar inferências, embasados num pensamento crítico.

Nas últimas décadas o aumento da investigação em Enfermagem ampliou substancialmente o corpo de conhecimentos desta profissão; desta forma o Enfermeiro competente detém conhecimentos teóricos que deve ser capaz de mobilizar para a sua prática por forma ao seu desenvolvimento e evolução profissional (Vilelas & Basto, 2011).

Sendo a Enfermagem Forense uma área emergente e importante tanto para os enfermeiros como para a profissão, este estudo teve um propósito de contribuir para os avanços do conhecimento dos atuais e futuros Enfermeiros sobre Práticas de Enfermagem Forense, sobretudo na sensibilização das repercussões das suas ações neste contexto.

Pretendeu-se assim refletir sobre a investigação realizada, analisando a metodologia utilizada, as limitações e/ou as fragilidades do estudo, os resultados obtidos, bem como as implicações para a formação e/ou para a prática da enfermagem.

Ao longo desta investigação constatou-se a carência de estudos nesta área, sendo portanto uma das limitações da mesma e ao mesmo tempo um motivo para a consecução deste estudo.

Desde o início da conceção deste estudo, que uma das maiores preocupações se centrava no desenvolvimento de um trabalho metodologicamente rigoroso, pelo que a metodologia utilizada foi a considerada mais adequada e facilitadora. Os métodos usados constituíram-se como os mais apropriados aos objetivos delineados e às características da amostra.

Ao desenvolver-se um estudo quantitativo, transversal e de natureza descritiva os resultados e conclusões devem ser interpretados com as reservas obrigatórias por este tipo de estudo.

Concretizou-se um estudo com corte transversal que possibilita um estudo metodologicamente menos complexo e mais sucinto, contudo, a avaliação situa-se contemplada num dado momento de recolha de dados, correspondendo à perceção do inquirido nesse momento, não havendo um seguimento, como existe em estudos de corte longitudinal, o que pode ser considerada uma limitação.

Outra das limitações prende-se com o facto de quando se aplica um instrumento de dados, os inquiridos são restringidos as questões predefinidas.

Outras dificuldades experienciadas, que não diretamente relacionadas com a metodologia utilizada, advieram da desmotivação dos profissionais de saúde e da sua falta de reconhecimento, no que respeita à importância da investigação como elemento relevante para a prática. Foi necessário demonstrar a pertinência do estudo para a melhoria os cuidados prestados e esclarecer sobre os seus objetivos.

A generalização dos resultados à população Portuguesa de Enfermeiros destes serviços implicaria alargar a colheita aos restantes Serviços de Urgência (Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica) dos Hospitais de todo o País, constituindo isto uma limitação do estudo.

Participaram neste estudo 79,2% da população - alvo (103 enfermeiros), considerando-se segundo Pestana e Gageiro (2008) ter existido boa adesão. A amostra é representativa dos Enfermeiros a exercer funções a nível hospitalar (Urgência Geral, Pediátrica e Ginecológica/Obstétrica) do Centro Hospitalar Baixo Vouga – Polo Aveiro.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para a reflexão e formação em Enfermagem Forense, apesar das limitações, impulsionando investigações futuras nesta área e o desenvolvimento da Profissão.

Dos resultados do estudo torna-se relevante efetuar uma reflexão crítica sobre os dados obtidos, confrontá-los e compará-los com outros de diversos autores, o que consiste na discussão dos resultados.

4.1 Qual o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar?

Os **Enfermeiros responderam corretamente**, em média a 78.3% dos itens do QCPEF, revelando possuírem conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense.

Deverá ter-se em conta que é um questionário de conhecimentos no qual o inquirido tem inicialmente 50% de hipótese de selecionar o item correto, pelo que a análise destes resultados impõe prudência (existe o conhecimento efetivo e o presumido).

Coelho (2013) no seu estudo concluiu que os participantes do estudo responderam corretamente a 84,6% dos itens do QCPEF, no nosso estudo a percentagem foi inferior, o que pode demonstrar a necessidade de programar ações de sensibilização e formação para a temática em estudo. Dado que e como enfatiza Gomes (2014a) e a APEFORENSE (2015) o Enfermeiro presta cuidados diretos às vítimas, agressores e testemunhas de situações de violência. Nesta perspetiva o Enfermeiro do serviço de urgência deve estar atento a eventuais indícios físicos e comportamentais (Jagim, 2011).

Registaram-se 100% de respostas corretas nos seguintes itens: 11 “Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.”, 12 “A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.”, 23 “Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses”, 25 “Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses”, 29 “Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses”, e 30 “Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses”.

Em relação ao estudo desenvolvido pelo Libório (2012) que utilizou também o QCPEF, verificou-se que os resultados obtidos nos itens 23 e 25 acima mencionados são semelhantes. Contudo neste estudo constatamos que os Enfermeiros demonstraram um maior nível de conhecimento sobre os vestígios passíveis de serem recolhidos/preservados no Serviço de Urgência, para posterior exame aquando a investigação do caso Forense. O que vai de encontro à perspetiva defendida pela OMS (2007) onde os vestígios médico-legais se referem á identificação e recolha de espécimes e amostras de materiais não biológicos que poderão incluir saliva, sangue, sémen, cabelos, pêlos, urina, raspagem de leito ungueal, fibras de tecido, detritos, etc. (Silva, 2010).

Por sua vez Costa (2010) é da opinião que os profissionais de saúde tenham conhecimento dos tipos de provas de criminalística mais comuns, e que as saibam recolher, acondicionar e entregar para que possam constituir provas juridicamente aceitáveis, pois por vezes as falhas resultam na absolvição de criminosos. Acrescenta também que como não há orientações específicas da forma de documentar evidências forenses, são descobertas deficiências nos registos, sobretudo em notas escritas ilegíveis, ausência de informações sobre o transporte da vítima, e ausência de registo dos cuidados prestados no pré-hospitalar.

Sendo que a existência de protocolos de atuação protegem da inexperiência, e com o tempo proporcionam destreza aos profissionais para lidarem de forma adequada com estas situações, para uma melhor reparação dos danos sofridos pelas vítimas, e uma melhor administração da justiça (Costa, 2010). Este importante ponto também está bem patente no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80.º, 81.º e 82.º, as intervenções de Enfermagem devem ter sempre presente a defesa da liberdade e dignidade da pessoa, assegurar, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e competência profissional (Gomes, 2016).

No que respeita a **respostas incorretas** em 19 itens o percentual de respostas é maior que 21.3%. O item 63 “ O lençol de cima (da maca/cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos”, na subescala Cuidados de Enfermagem Gerais, foi o que apresentou a maior percentagem de respostas incorretas (38.8%). Por sua vez no estudo realizado por Coelho (2013) os itens que tiveram mais respostas incorretas foram os itens 5 “A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores” e o item 7 “Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional”, tiveram uma percentagem maior de respostas incorretas, com 56,9% e 61,1% respetivamente.

Na **subescala Conceito de Enfermagem Forense** o item que apresentou maior percentagem de respostas incorretas foi o item 1 “Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.” (35.9%). Sabemos que que a reabilitação e reintegração dos agressores constitui um dos focos de intervenção do Enfermeiro Forense (Lynch & Duval (2011).

Nos estudos de Coelho (2013) e Libório (2012) foi o item 5 “A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores”, que apresentou mais respostas incorretas com 56,9% e 50% respetivamente. O estudo de Coelho (2013) também demonstrou que 61.1% dos enfermeiros responderam incorretamente ao item 7 “Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional”.

Na **subescala Situações Forenses** foi o item 18 “O suicídio pode apresentar contornos médico-legais” (35%), que apresentou maior percentagem de respostas incorretas. Por sua vez Libório (2012) no seu estudo, obteve um percentual de 50% de

respostas incorretas nos itens 19 e 20, referentes a traumatismos e acidente de viação respetivamente.

Quanto à **subescala Vestígios Forenses**, foi o item 34 “Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses” que exibiu maior percentagem de respostas incorretas (35.9%). O mesmo também foi verificado no estudo de Libório (2012) onde 53.7% dos enfermeiros responderam incorretamente ao item 34 “Vestígios de tinta”.

Na **subescala Comunicação e Documentação**, o item mais vezes assinalado de forma incorreta foi o 39 “A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar” (35%). Convém alertar que segundo o código penal português a denúncia de crimes públicos é obrigatória (APAV, 2012), com esta taxa de respostas incorretas devemos reconsiderar se os enfermeiros estão a realizar os procedimentos corretos.

Libório (2012) no seu estudo, obteve um percentual de 37.4% de respostas incorretas na sub-escala Comunicação e Documentação, no item 36 “A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima”.

Silva (2010) apresenta resultados semelhantes, sendo que 41.9% dos enfermeiros inquiridos afirmavam não ter a certeza do enquadramento legal dos crimes de abuso sexual.

Em relação à **subescala Cuidados de Enfermagem Gerais**, o item 47 “A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima” (35%).

Libório (2012) no seu estudo, obteve um percentual maior de respostas incorretas na subescala Cuidados de Enfermagem Gerais no item 45 “O Enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida”, este é um facto referido também por Lynch & Duval (2011).

4.2 Qual a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e socioprofissionais com o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses?

A amostra foi constituída na sua maioria por indivíduos do sexo feminino (74.8%), o que está de acordo com os dados divulgados pela OE (2017) que revelaram que no ano de 2017 existem 82% de enfermeiros do sexo feminino. A média de idades da nossa amostra é de 36.1 anos, não se verificaram diferenças estatísticas entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros e a sua idade. Por sua vez Coelho (2013) concluiu que a idade se associa inversamente com os conhecimentos sobre práticas forenses, ou seja, à medida que a idade aumenta diminui o nível de conhecimentos sobre práticas, apesar de ter verificado que a idade não exercia influência nos conhecimentos globais.

Verificou-se quando comparamos o nível de conhecimentos sobre práticas consoante o **sexo**, que apesar dos enfermeiros do sexo feminino apresentarem melhores resultados globais, com exceção no domínio “Conceito de Enfermagem Forense”, estas não têm significado estatístico.

No entanto no estudo do Coelho (2013), os resultados revelaram que os conhecimentos sobre ciências forenses se modificavam em função do sexo (os homens pontuaram um score mais elevado de conhecimentos globais face às mulheres).

Perante o apresentado, é pertinente o desenvolvimento de outros estudos por forma a permitir comparar dados no intuito da generalização dos mesmos.

A maioria dos enfermeiros trabalhava no serviço de urgência geral (75.7%), procedidos por 14.6% da urgência ginecológica e 9.7% da urgência pediátrica. Em média os enfermeiros trabalham no serviço de urgência há 8.1 anos.

Relativamente às **habilitações literárias**, verificamos que 43.5% dos enfermeiros possuía licenciatura, 21.4% uma pós graduação, 19.4% um mestrado e 15.5% uma especialidade. Estes dados são discordantes do estudo de Santos (2013), que verificou 91.2% de licenciados, 5.3% de Mestres e 3.5% com outras habilitações (Bacharelato, Especialidade, Pós-Licenciatura); e do estudo de Gomes (2016) em que existiam 82% de Licenciados, 14,1% de Mestres, 3,1 % com Bacharelato e apenas 0,8% com Doutoramento. O que comprova os dados de Gomes (2016) que verificou que em Portugal existe um aumento no investimento numa formação académica avançada em Enfermagem.

No entanto, averiguamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação a nenhum grau académico em cada uma das áreas do conhecimento sobre práticas forenses.

Dos 103 enfermeiros que participaram, 84.5% referiu não ter frequentado **formação** extracurricular em enfermagem forense. Dos enfermeiros que mencionaram ter frequentado formação extracurricular (15.5%) esta foi recebida maioritariamente em conferências (79.9%).

Dos enfermeiros que nunca frequentaram formação extracurricular em enfermagem forense, 64% referiu como motivo não ter tido conhecimento de formações na área, 26% referem não ter frequentado por existir pouca oferta formativa na área.

Em vários estudos confirmámos esta realidade, sendo que Gomes (2016) alude ao estudo de Eldredge (2008) no qual 42% dos Enfermeiros inquiridos não recebeu qualquer formação nesta área, apresenta dados congruentes com os resultados dos estudos de Abdool e Brysiewicz (2009) e de Silva (2010).

Contudo, 96.1% dos enfermeiros referem que gostariam de frequentar formação específica na área da enfermagem forense e 51% dos Enfermeiros considerou muito importante a inclusão de formação sobre Enfermagem Forense no plano de formação do serviço.

Desta forma, esta ideia é também reforçada nos resultados dos estudos de Gonçalves (2011) e de Santos (2013) em que existe uma elevada percentagem de Enfermeiros que reconhecem a importância de haver formação em Ciências Forenses, ideia também expressa por Eldredge (2008). Santos (2013) sugere ainda que esta formação poderia estar incluída na formação base do Enfermeiro (licenciatura).

Libório (2012) no seu estudo apurou que, quer a frequência de formação curricular quer a frequência de formação extracurricular, influenciam o nível de conhecimentos sobre práticas de Enfermagem Forense em estudantes de Enfermagem.

Verificámos no que respeita à frequência de **formação** em enfermagem forense, que os enfermeiros que mencionaram ter recebido formação na área não apresentam melhores conhecimentos sobre práticas forenses.

Em contrapartida no estudo de Coelho (2013) revelou que após frequentarem um curso breve em ciências forenses, os profissionais aumentaram em média o seu score de conhecimentos relativo às dimensões e á nota global dos conhecimentos sobre práticas forenses.

Vários autores destacam a relevância dos Enfermeiros deterem conhecimentos e competências em Enfermagem Forense (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; ENA, 2010; Lynch & Duval, 2011), assim a formação contínua dos profissionais é fundamental (Libório citando Machado, 2009).

Dos enfermeiros incluídos a maioria (60.2%) referiu que raramente presta cuidados de enfermagem a vítimas de violência, 30.1% refere prestar cuidados algumas vezes, e 8.7% refere prestar esses cuidados muitas vezes.

Em relação ao nível de conhecimentos dos enfermeiros em face da **frequência de prestação de cuidados a vítimas de violência**, verificámos não existirem diferenças significativas.

Gomes (2016) no seu estudo, pode verificar, em relação á gestão de vestígios forenses, que quanto maior a frequência de assistência á vitima maior será a executabilidade dos procedimentos.

Quanto à **existência de protocolos de abordagem em situações de violência**, verificámos que 40.8% dos enfermeiros referiram que existiam no serviço, 36.9% não soube

dizer se existiam, e 22.3% afirmou não existirem. Estes resultados confluem com os do estudo de Eldredge (2008), em que 58% dos inquiridos afirma a existência de protocolos, e do estudo de Santos (2013) em que 58.8% afirmam a sua presença no serviço.

Também Gomes (2016) percebeu no seu estudo, que 92% dos Enfermeiros inquiridos referiram não existirem protocolos no serviço de Urgência e/ou Emergência, pelo que o mesmo autor é de opinião que a existência de protocolos, normas orientadoras de intervenção em casos específicos (contendo instruções e rotinas adaptadas ao contexto e às necessidades) da prestação de cuidados, parece tornar mais eficaz/eficiente a atuação dos profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros.

Quando comparamos os **anos de serviço** com os conhecimentos sobre práticas forenses não verificámos nenhuma diferença entre ter mais experiência no serviço quando comparado com o menor período de tempo no serviço.

Contrariamente, Gomes (2016) concluiu no seu estudo, que de um modo geral que os profissionais que possuem um conhecimento com rigor e mais executabilidade são os que têm mais experiência profissional no Serviço de Urgência e/ou Emergência, com mais de 10 anos de experiência.

Conclusões

Desponta nesta fase o momento de transpormos uma reflexão final sobre o desenvolvimento do estudo, os resultados obtidos mais relevantes e as implicações decorrentes para prática.

Nos Serviços de Urgência recorrem vítimas de violência, no qual os profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros, têm a oportunidade única de executar procedimentos de forma a preservar os vestígios forenses, assumindo um papel primordial. Para tal estes têm que possuir um conhecimento rigoroso na área das Ciências Forenses, através de uma formação sólida sobre como os vestígios podem ser contaminados ou mesmo destruídos, durante a prestação de cuidados à vítima, e quais os procedimentos a adotar para garantir a sua preservação.

Com este estudo percebemos que os Enfermeiros possuem uma lacuna nos conhecimentos sobre a prestação de cuidados a vítimas e/ou perpetradores de violência, demonstrando interesse e necessidade de formação sobre práticas Forenses no intra-hospitalar. Evidencia-se assim uma problemática premente no dia-a-dia, quer a nível nacional e internacional como referido noutros estudos citados nesta dissertação.

Neste estudo identificamos uma baixa executabilidade de procedimentos com vista á preservação de vestígios Forenses, percebemos que existe uma lacuna nos conhecimentos e na prática dos Enfermeiros, e detetámos a ausência de protocolos no intra-hospitalar. Constitui-se uma preocupação mundial o desenvolvimento e a adoção de Protocolos Forenses na prática clínica, mas é um processo pouco desenvolvido em Portugal. Gomes (2016) verificou no seu estudo que a minoria de Enfermeiros que afirmava a existência de protocolos no seu serviço eram os que possuíam os conhecimentos mais rigorosos.

Investir no conhecimento sobre práticas Forenses depende muito da vontade pessoal e profissional do Enfermeiro, pelo que é importante introduzir conteúdos curriculares de ciências forenses na sua formação académica, para que estes adequem os seus cuidados às reais necessidades do utente (vítima ou perpetrador de violência), numa perspetiva holística bio-psico-social, incluindo assim as preocupações legais.

O diagnóstico do nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar, permitirá delinear estratégias formativas, sensibilizando para a importância de boas práticas.

Com base nos resultados deste estudo, são feitas as seguintes recomendações para a prática e pesquisa:

- Integrar a unidade curricular de Enfermagem Forense no curso de Licenciatura com componente prática;
- Criar pós-graduações em Enfermagem forense;
- As Administrações de Instituições de Saúde devem capacitar e incentivar os seus Profissionais para a formação na área de Ciências Forenses;
- Encorajar e envolver os Enfermeiros de Urgência na criação de protocolos de Enfermagem Forense;
- Implementar protocolos específicos de abordagem às diferentes situações de caráter médico-legal nos serviços de urgência, de forma a uniformizar a atuação dos Enfermeiros (kits de recolha e preservação de vestígios forenses, checklist...);
- Estabelecer protocolos de cooperação entre Hospitais, INMLCF, APEFORENSE e OE (criar uma rede interinstitucional);
- Criar uma organização nacional / internacional que avalie e coordene a uniformização de protocolos de Enfermagem Forense em serviço de Urgência;
- Incentivar o desenvolvimento de investigações na área das ciências forenses, com ênfase nos ganhos para a saúde, decorrentes da intervenção do Enfermeiro nas diversas situações médico-legais;
- Disponibilizar informação às vítimas sobre as diferentes estruturas de apoio existentes na comunidade e formas de obter apoio.

A qualidade da investigação existente é variável, sendo que o esforço ainda é dirigido no sentido de definir/conhecer a temática, em vez de abordar soluções.

O caminho a seguir aponta para a investigação de intervenções, o que constituirá um passo importante no desenvolvimento da prática baseada na evidência no que respeita à Enfermagem Forense no serviço de Urgência, as quais devem ter como intuito quantificar a aquisição de conhecimentos e a sua aplicação de forma uniforme e eficaz.

Identificámos neste estudo lacunas que devem ser colmatadas com investigações futuras, noutras áreas geográficas do País em vários serviços de urgência para se poderem fazer comparações.

Os estudos futuros devem ter bem delineados os objetivos, os critérios de inclusão e exclusão, tamanho de amostra adequado, métodos para garantir a comparabilidade dos grupos, a utilização de critérios de medida de resultados objetivos para os outcomes, apresentarem um seguimento temporal adequado de acordo com o período definido, e por fim, a utilização de análises estatísticas adequadas.

Este estudo sobre o “ Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no intra-hospitalar” permitiu aumentar o grau de conhecimento sobre a temática em Portugal, pelo que poderá ser um auxílio na concretização da missão da APEFORENSE.

Realçamos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, tendo em conta os recursos disponíveis, e os dados colhidos e sua análise permitiram-nos dar resposta às questões de investigação.

Este estudo pretendeu dar o seu contributo para a reflexão sobre os conhecimentos de Práticas Forenses demonstrados pelos Enfermeiros na prestação de cuidados no intra-hospitalar, com o intuito de estimular a discussão dos profissionais de saúde que aí trabalham no sentido de poderem elaborar e instituir os protocolos que considerem mais eficientes, dentro da realidade do seu serviço e tendo em conta os recursos disponíveis com vista á obtenção de ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas

- Abdool, N. N., & Brysiewicz, P. (2009). A description of the forensic nursing role in emergency departments in Durban, South Africa. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (1), 16-21.
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. (2015). *Regulamento das competências do Enfermeiro Forense*. Acedido em <http://pt.slideshare.net/aforense/competencias-do-enfermeiro-forense>
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. (2017). *Sobre APFORENSE*. Acedido em <https://www.facebook.com/APEFORENSE-241312185903245/>
- Amaral, A. F. S. (2012). O Valor da enfermagem. In *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 19 – 36). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 1-12.
- American Nurses Association, & International Association of Forensic Nurses. (2015). *Forensic Nursing: Scope and Standards of Practice*. Silver Spring, Maryland: ANA, IAFN.
- 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
- Antunes, M. J. (2015). *Código penal* (22ª ed.).Coimbra: Almedina.
- Código Penal: Código de Processo Penal*. (2017). (6ª Ed).Coimbra: Almedina.
- Coelho, M. A. A. (2013). *Impacto da formação em ciências forenses* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu), Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2079>
- Costa, N. B. D. (2011). *Atitude médica perante uma vítima de ferimentos por arma de fogo: Como proceder* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53698>

- Cristal, I. F. L. (2009). *A recolha de vestígios no local do crime pela investigação criminal da GNR* (Dissertação de Mestrado, Academia Militar). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/8082>
- Constituição da República Portuguesa*. (2017). (4ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Decreto-Lei 146/2000. (2000, Julho 18). Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Justiça. *Diário da República eletrónico*, 1(164), pp. 3313 – 3323. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/320560>
- Decreto-Lei n.º 166/2012. (2012, julho 31). Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses I. P. *Diário da República eletrónico*, 1(147), pp. 3951 – 3957. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/179288>
- Dias, A. F. S. (2014). A importância da enfermagem forense em contexto de investigação criminal. *Sinais Vitais*, 115, 47-53.
- Eldredge, K. (2008). Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. *Journal of Forensic Nursing*, 4, 157-165.
- Emergency Nurses Association. (2010). *Forensic evidence collection*. Acedido em https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/forensicevidencecollection.pdf?sfvrsn=68f89618_10
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Galvão da Silva, F. G. S. (2006). *Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação actual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1018>
- Gomes, A. (2014a). *Enfermagem forense* (Vol 1). Lisboa: Lidel.
- Gomes, A. (2014b). *Enfermagem forense* (Vol 2). Lisboa: Lidel.
- Gonçalves, S. I. F. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>
- Gomes, A. M. (2010). Papel do enfermeiro perante abuso sexual na mulher. Acedido em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=35

66:papel-do-enfermeiro-perante-abuso-sexual-na-mulher&catid=216:julho-a-agosto-2010

- Gabriel, S. (2010). Emergency Department Dos and Don'ts. In D. G. Bader, & S. Gabriel(Eds.), *Forensic Nursing: a concise manual* (pp.337–344). Nebraska: CRC Press.
- Gomes, C. I. D. A. (2016). *Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/36819>
- Hammer, R. M., Moynihan, M., & Pagliaro, E. M. (2006). *Forensic Nursing: Handbook for Practice*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Taxa de criminalidade (‰) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Categoria de crime; Anual*. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008074&contexto=bd&selTab=tab2
- Jagim, M. (2011). Violência Conjugal. In S. Sheely, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6ª ed.,pp.723-728). Loures: Lusociência.
- Libório, R. P. G. (2012). *Práticas de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2193>
- Lopes, D. F. (2011, Fevereiro 17). Enfermagem forense: apoio à vítima de maus-tratos. *Diário de Leiria*. Acedido em <http://www.pt.cision.com/O4KPTWebNewLayout/ClientUser/GetClippingDetails.aspx?id=9bc96e28-c9a2-445b-9b7c-2685c5a8bd6b&analises=1>.
- 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.
- Lourenço, I. M. S. (2004). A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais. In *III Congresso Luso-Brasileiro de Bioética*, Ponta Delgada. Acedido em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/474/1/Comun_A%c3%a7_04.pdf
- Magalhães, T., Corte-Real, F., & Vieira, D. (2013). Gestão de vestígios forenses. In T. Magalhães, & D. N. Vieira (eds.), *Abuso & Negligência* (pp.175-196) *Maia: SpeCan*.

- Okoye, M. I. (2010). Crime Scene Investigation. In D. M. G. Bader, & L. S. Gabriel, *Forensic Nursing: a concise manual* (pp.55-68). New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional em enfermagem*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. Acedido em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Dados Estatísticos Nacionais 2017*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/PublishingImages/2017_DadosEstatisticos_Nacional.pdf
- Peel, M. (2016). Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. *Emergency nurse*, 24 (7), 20-26.
- Pestana, M. H & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto da Costa, J. E. L. (2004). *Ao sabor do tempo: crónicas médico-legais*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.
- Portaria n.º 799-D/99. (1999, Setembro 18). Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Diário da República eletrónico*, 1 (219), pp. 6510-(2) a 6510-(3) Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/581591>
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. (2001). *Estatística Aplicada* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, G. P. D. O. (2016). *Eficácia de uma intervenção estruturada de enfermagem forense realizada a estudantes de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1940>.
- Santos, C. D. (2013). *Contributos para a implementação da enfermagem forense em Portugal* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://eg.sib.uc.pt/handle/10316/26042>
- Sekula, L. K. (2005). The advance practice forensic nurse in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 27(1), 5-14.
- Sheridan, D. J., Nash, K. R., & Bresee, H. (2011). A enfermagem forense na urgência. In S. Sheehy, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6.ª ed., pp. 189-202). Loures: Lusociência.

- Silva, C. J. D. C. (2010). *Os Enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>
- Silva, F. G. S. G. D. (2006). Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação actual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos (*Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa*). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1018>.
- Silva, K. B. & Silva, R. C. (2009). Enfermagem forense: Uma especialidade a conhecer. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 464-468. Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16191/10709>
- Simões, S. (2010, Janeiro 31). Enfermeiros preparados para o crime. *Diário de Notícias*. Acedido em <https://www.dn.pt/portugal/interior/enfermeiros-preparados-para-o-crime-1483093.html>
- Viegas, F. (2014). Pesquisa, identificação e recolha de vestígios. In A. Gomes, *Enfermagem Forense* (Vol. 2, pp.142–158).Lisboa: Lidel.
- Vieira, D. N. (2012). O atual sistema médico-legal e forense português. In F. Almeida & M.F.D.S. Paulino, *Profiling, Vitimologia & ciências forenses: Perspetivas atuais* (pp.1-15). Lisboa: Pactor. Acedido em eclm.info/docs/Portugal/O_Actual_sistema_Medico_legal_e_Forense_Portugues.pdf
- Vilelas, J. & Basto, M. L. (2011). Validação para a Língua Portuguesa da escala de Funck et al., “Barreiras à utilização da Investigação”. *Pensar Enfermagem*, 15 (1), 25-38.

Anexos

Anexo I – Pedido de Autorização ao Centro Hospitalar Baixo Vouga para a realização do Estudo

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
 Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
 Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
 de Aveiro
 Capital Social 40.284.651 €
 Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exma. Senhora

Enf.ª Cristina Maria Esteves Ferreira
 Rua do Aires nº 24
 3810-205 Aveiro

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª 075647

Aveiro, 21.12.2016

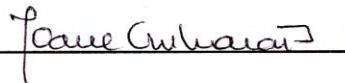
ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à V/ solicitação subordinada ao tema “Conhecimentos dos Enfermeiros sobre práticas forenses na intra-hospitalar”, vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Quando concluído, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Anexo II – Pedido de Permissão para Utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF)

Cara Estudante Cristina Ferreira,

Agradecemos o seu interesse construído por **Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF)**, construído por Cunha & Libório (2012).

Teremos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão portuguesa deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a várias amostras. As condições para a utilização do instrumento estão indicadas abaixo. Depois de receber esta carta devidamente assinada e acompanhada de um resumo breve do seu estudo, enviar-lhe-emos uma cópia do instrumento.

Garantiremos permissão para a utilização deste instrumento se:

1. Receber uma cópia do resumo da investigação que se propõe realizar (1 parágrafo);
2. Tiver um compromisso de receber os resultados do seu estudo;
3. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade obtidos na sua investigação;
4. Todas as referências ao instrumento realizadas neste trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionados incluírem a citação da autoria da tradução/adaptação do instrumento, conforme indicado no cabeçalho do mesmo.

Concordo com as condições acima e incluí um resumo breve do estudo que me proponho realizar.

Assinatura Cristina Maria Esteves Ferreira Data 22/08/2016

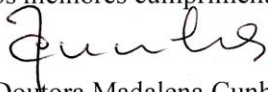
Nome Cristina Maria Esteves Ferreira

Endereço Cristinamef@gmail.com / Rua do Aires n:24 2:ºto Aveiro ³⁸¹⁰⁻²

Telefone (Trabalho) _____ (Casa) 962381170

E-Mail: Cristinamef@gmail.com

Com os melhores cumprimentos,



Prof. Doutora Madalena Cunha
madac@iol.pt;
madalenacunhanunes@gmail.com

Mestre Rui Libório



Anexo III – Questionário Geral sobre Enfermagem Forense – QGEF (Adaptado de Cunha & Libório 2012)

Questionário Geral sobre Enfermagem Forense – QGEF

Adaptado de Cunha & Libório (2012)

N.º Código _____

1. **Sexo:** Feminino Masculino
2. **Idade** ____Anos.
3. **Habilitações Acadêmicas:**
 - a) Licenciatura c) Mestrado Qual? _____
 - b) Pós- Graduação Qual? _____ d) Especialidade Qual? _____
4. **Serviço onde trabalha atualmente:**
 - a) Urgência Geral b) Urgência Obstétrica/Ginecológica c) Urgência Pediátrica
5. **Categoria Profissional?** _____ **Tipo de contrato?** _____
6. **Há quantos anos exerce funções no seu serviço?** _____Anos.
7. **Das situações clínicas seguintes assinale aquelas com as quais teve contacto no seu serviço?**
 - 7.1- Lesões por Armas de Fogo ou Brancas
 - 7.2- Violência Conjugal
 - 7.3- Violência contra Idosos
 - 7.4- Violência contra Crianças
 - 7.5- Negligência e má prática Clínica
 - 7.6- Acidantes de Viação
 - 7.7- Homicídio ou Suicídio
 - 7.8- Traumatismo
 - 7.9- Morte Violenta
 - 7.10- Agressão Sexual
 - 7.11- Colheita e Preservação de Vestígios
8. **Com que frequência presta cuidados a pessoas vítimas de violência?**
 - a) Muitas vezes b) Algumas vezes c) Raramente d) Nunca
9. **No serviço onde trabalha existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais?**
 - a) Não b) Não sei c) Sim 8.1 Qual (ais)? _____
10. **Considera importante incluir formação sobre enfermagem forense no plano de formação em serviço?**
 - a) Nada importante b) Pouco importante c) Indiferente d) Importante e) Muito importante
11. **No âmbito da prestação de cuidados, no seu serviço, já foi realizada formação sobre ciências Forenses?**
 - a) Sim c) Não Se sim, qual o nº de horas de formação? _____ horas.
12. **Já frequentou formação na área da enfermagem forense?**
 - a) Sim b) Não

Se sim, qual (ais) e o nº de horas? Conferências _____ horas.
Jornadas _____ horas. Ações de formação _____ horas. Workshops _____ horas.
13. **Se nunca frequentou formação na área da enfermagem forense qual (ais) o (s) motivo (s)?**

12.1- Pouca oferta formativa na área

12.2- Falta de tempo

12.3- Não teve conhecimento de formações na área

12.4- Não tem interesse pela área

14. Gostaria de frequentar formação específica na área da enfermagem forense?

a) Sim c) Não

15. Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal?

a) Nada importante b) Pouco importante c) Indiferente d) Importante e) Muito importante

16. Como classifica a intervenção do enfermeiro forense?

17. a) Nada importante b) Pouco importante c) Indiferente d) Importante e) Muito importante

18. Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense?

a) Inexistente b) Pouco apropriado c) Razoável d) Apropriado e) Muito apropriado

Anexo IV – Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF (Cunha & Libório 2012)

Por favor, leia cada afirmação seguinte e assinale com um X a opção (Verdadeiro - V ou Falso - F) que melhor se adequa àquilo que pensa, sabe ou faz relativamente às práticas de enfermagem forense

ITENS	V	F
1) Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.		
2) A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.		
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.		
4) A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.		
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.		
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus-tratos ou negligência.		
7) Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.		
8) A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.		
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.		
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.		
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.		
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.		
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.		
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.		
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.		
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.		
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.		
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.		
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.		
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.		
21) A agressão sexual é uma situação forense.		
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.		
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.		
24) O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.		
25) Vestígios de sêmen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.		
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.		
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.		
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.		
29) Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses		
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.		
31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.		
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.		
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.		
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.		
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.		
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.		
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.		
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.		
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.		
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.		

Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF

(Continuação)

ITENS	V	F
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.		
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.		
43) Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.		
44) Perante suspeita de crime, o registo de enfermagem não tem validade médico-legal.		
45) O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a contactar com a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.		
46) O enfermeiro deverá estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.		
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.		
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.		
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.		
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.		
51) A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.		
52) A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.		
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na prevenção de eventos violentos.		
54) O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.		
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.		
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.		
57) Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.		
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.		
59) Se possível a roupa deve ser retirada, pela própria vítima ou pelos profissionais.		
60) Se a roupa da vítima não puder ser retirada, deve ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.		
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada, deverá ser cortada pelas costuras.		
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.		
63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.		
64) A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.		
65) Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.		
66) Deve ser elaborada uma lista de vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.		
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.		
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.		
69) Nas situações de ferimentos por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.		
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.		
71) A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.		
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.		
73) Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.		
74) A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.		

Anexo V - Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF

ITENS	% Respostas Corretas	% Respostas Incorretas
1) Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.	66 (64.1%)	37 (35.9%)
2) A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.	99 (96.1%)	4 (3.9%)
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	88 (85.4%)	15 (14.6%)
4) A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.	80 (77.7%)	23 (22.3%)
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus-tratos ou negligência.	88 (85.4%)	15 (14.6%)
7) Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.	77 (74.8%)	26 (25.2%)
8) A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.	99 (96.1%)	4 (3.9%)
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	69 (67%)	34 (33%)
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	84 (81.6%)	19 (18.4%)
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	103 (100%)	0
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	103 (100%)	0
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.	100 (97.1%)	3 (2.9%)
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	99 (96.1%)	4 (3.9%)
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	97 (94.2%)	6 (5.8%)
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.	91 (88.3%)	12 (11.7%)
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	98 (95.1%)	5 (4.9%)
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	67 (65%)	36 (35%)
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	102 (99%)	1 (1.0%)
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	102 (99%)	1 (1.0%)
21) A agressão sexual é uma situação forense.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.	103 (100%)	0
24) O vómito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	88 (85.4%)	15 (14.6%)
25) Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.	103 (100%)	0
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	84 (81.6%)	19 (18.4%)
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
29) Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	103 (100%)	0
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	103 (100%)	0

31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	96 (93.2%)	7 (6.8%)
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	66 (64.1%)	37 (35.9%)
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	88 (85.4%)	15 (14.6%)
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	87 (84.5%)	16 (15.5%)
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	67 (65%)	36 (35%)
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	100 (97.1%)	3 (2.9%)
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	100 (97.1%)	3 (2.9%)
43) Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
44) Perante suspeita de crime, o registo de enfermagem não tem validade médico-legal.	99 (96.1%)	4 (3.9%)
45) O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a contactar com a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.	76 (73.8%)	27 (26.2%)
46) O enfermeiro deverá estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	80 (77.7%)	23 (22.3%)
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	67 (65%)	36 (35%)
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	93 (90.3%)	93 (90.3%)
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	67 (65%)	36 (35%)
51) A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.	97 (94.2%)	6 (5.8%)
52) A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.	89 (86.4%)	14 (13.6%)
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na prevenção de eventos violentos.	83 (80.6%)	20 (19.4%)
54) O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.	100 (97.1%)	3 (2.9%)
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	101 (98.1%)	2 (1.9%)
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	72 (69.9%)	31 (30.1%)
57) Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.	67 (65%)	36 (35%)
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	96 (93.2%)	7 (6.8%)
59) Se possível a roupa deve ser retirada, pela própria vítima ou pelos profissionais.	97 (94.2%)	6 (5.8%)
60) Se a roupa da vítima não puder ser retirada, deve ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.	94 (91.3%)	9 (8.7%)
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada, deverá ser cortada pelas costuras.	102 (99%)	1 (1.0%)
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	79 (76.7%)	24 (23.3%)

63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	63 (61.2%)	40 (38.8%)
64) A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.	85 (82.5%)	18 (17.5%)
65) Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.	95 (92.2%)	8 (7.8%)
66) Deve ser elaborada uma lista de vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	100 (97.1%)	3 (2.9%)
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	102 (99%)	1 (1.0%)
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	94 (91.3%)	9 (8.7%)
69) Nas situações de ferimentos por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.	73 (70.9%)	30 (29.1%)
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	79 (76.7%)	24 (23.3%)
71) A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.	66 (64.1%)	37 (35.9%)
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	96 (93.2%)	7 (6.8%)
73) Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.	90 (87.4%)	13 (12.6%)
74) A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.	101 (98.1%)	2 (1.9%)