

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Enfermagem Forense no Centro Hospitalar de Leiria
Realidade dos Serviços de Urgência

Joana de Sousa Pereira

Leiria, setembro de 2017

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Enfermagem Forense no Centro Hospitalar de Leiria
Realidade dos Serviços de Urgência

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Joana de Sousa Pereira, N°5140008

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Leiria, setembro de 2017

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Anjos Dixe pelo desafio na realização deste estudo e sobretudo pelo incansável apoio, pela disponibilidade e orientação.

À minha família, sobretudo aos meus pais pelos períodos de ausência e pelo apoio permanente e incondicional.

Ao João, sem ti nada era possível. Obrigado pela compreensão, carinho e pelo incentivo constante.

Aos meus colegas enfermeiros que possibilitaram a realização desta pesquisa, pela disponibilidade e participação.

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

LISTA DE ABREVIATURAS

AACN – *American Association of Colleges of Nursing*

ACS – *American College of Surgeons*

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AAFS - *American Academy of Forensic Sciences*

APEFORENSE- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense

CHL- Centro Hospitalar de Leiria

ESSLei- Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

EUA- Estados Unidos da América

IAFN- *International Association of Forensic Nurse*

L.P.C – Laboratório de Polícia Científica

MEPSC- Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O.E – Ordem dos Enfermeiros

P.J – Polícia Judiciária

P.I.C – Polícia de Investigação Criminal

PORDATA- Base de dados Portugal Contemporâneo

QCPEF- Questionário sobre Práticas de Enfermagem Forense

QGEF- Questionário Geral sobre Enfermagem Forense

QPESF- Questionário Práticas de Enfermagem a realizar perante Situações forenses

SE- Sala de Emergência

SU- Serviço de Urgência

RESUMO

Enquadramento: Enfermagem Forense é considerada um desafio atual, como algo novo, desafiador e de rápido crescimento no campo de enfermagem, em que combina o treino clínico dos enfermeiros com a investigação policial e judicial.

Metodologia: dos dois principais objetivos deste estudo correlacional são avaliar o conhecimento dos enfermeiros das três unidades do serviço de urgência sobre as práticas a realizar perante situações forenses e avaliar a relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, frequência de curso de formação, idade, anos de experiência profissional e auto percepção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

Para a sua concretização o mesmo foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência em enfermeiros pertencentes ao serviço de urgência geral de Leiria, das urgências básicas de Pombal e de Alcobaça, que responderam a um questionário após o cumprimento dos princípios da declaração de Helsínquia.

Resultados: dos 57 enfermeiros participantes no estudo, 29% dos enfermeiros de Alcobaça; 84% em Leiria e 100% em Pombal, referem não terem recebido formação sobre Enfermagem Forense durante a Licenciatura de Enfermagem. Para a importância do Enfermeiro Forense em Portugal, consideram ser *importante*: 57% em Alcobaça, 62% em Leiria e 60% em Pombal. Em relação aos conhecimentos, nas três urgências do Centro Hospitalar de Leiria foram unânimes a afirmarem que são *pouco apropriados*, com 43% em Alcobaça, 69% de respostas em Leiria e 80% em Pombal. O nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre as práticas a realizar perante situações forenses não está relacionado com o local de exercício profissional, sexo, frequência de curso de formação, mas está relacionada com a autopercepção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

Conclusão: os resultados obtidos demonstram a necessidade de melhorar as práticas forenses principalmente através da definição de protocolos e formação na área da preservação de provas forenses de forma a intervirem ética, legal e profissionalmente na prestação de cuidados a um indivíduo vítima de crime.

Palavras-chave: Vítimas de crime; emergência; conhecimento; enfermagem forense; práticas forenses; ciências forenses.

ABSTRAT

Background: Forensic nursing is considered a current challenge, as something new, challenging and fast growing in the field of nursing, in which it combines the clinical training of nurses with police and judicial investigation.

Methodology: the two main objectives of this correlational study are to evaluate the knowledge of the nurses of the three units of the emergency service on the practices to be performed in forensic situations and to evaluate the relationship between the level of knowledge of the nurses of the emergency service on the practices to be performed forensic situations and the place of professional practice, sex, frequency of training course, age, years of professional experience and self-perception about the knowledge in forensic nursing.

In order to achieve this, it was carried out in a non-probabilistic sample for convenience in nurses belonging to the general emergency service of Leiria, the basic urgencies of Pombal and Alcobaça, who answered a questionnaire after compliance with the principles of the Helsinki Declaration.

Results: of the 57 nurses participating in the study, 29% of the nurses from Alcobaça; 84% in Leiria and 100% in Pombal, report that they did not receive training in Forensic Nursing during the Nursing Degree. For the importance of the Forensic Nurse in Portugal, they consider to be important: 57% in Alcobaça, 62% in Leiria and 60% in Pombal. Regarding the knowledge, in the three urgencies of the Leiria Hospital Center, they were unanimous that they were not appropriate, with 43% in Alcobaça, 69% in Leiria and 80% in Pombal. The knowledge level of nurses in the emergency department about the practices to be performed in forensic situations is not related to the place of professional practice, sex, frequency of training course, but it is related to self-perception about knowledge in forensic nursing.

Conclusion: the results obtained demonstrate the need to improve forensic practices mainly through the definition of protocols and training in the area of forensic evidence preservation in order to intervene ethically, legally and professionally in the care of an individual victim of crime.

Keywords: Victims of crime; emergency; knowledge; forensic nursing; forensic practices; forensic science.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. ENFERMAGEM FORENSE | 7 |
| 1.1. DEFINIÇÃO | 7 |
| 1.2. CONCEITOS DE PROVAS E VESTIGIOS | 8 |
| 1.3. RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS EM MEIO HOSPITALAR | 10 |
| 1.4. CADEIA DE CUSTODIA | 11 |
| 1.5. ENFERMAGEM FORENSE EM PORTUGAL | 12 |
| 2. ABORDAGEM DO ENFERMEIRO NAS DIVERSAS SITUAÇÕES | 15 |
| 2.1. INVESTIGAÇÃO DA MORTE | 15 |
| 2.2. TRAUMA | 17 |
| 3. METODOLOGIA | 31 |
| 3.1. OBJETIVOS DO ESTUDO | 31 |
| 3.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO/HIPOTESES | 31 |
| 3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA | 33 |
| 3.4. INSTRUMENTOS | 33 |
| 3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS | 35 |
| 3.6. TRATAMENTO DOS DADOS | 35 |
| 4. RESULTADOS | 37 |
| 5. DISCUSSÃO | 55 |
| 6. CONCLUSÃO | 63 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
| ANEXOS | 72 |
| Anexo I – Pedido de autorização | |
| Anexo II – Consentimento Informado | |
| Anexo III – Questionário | |

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição das respostas das amostras conforme o sexo 37

TABELA 2 Caracterização das amostras quanto à idade e tempo de exercício profissional 38

TABELA 3 Distribuição das respostas das amostras consoante a formação em enfermagem forense durante o curso 38

TABELA 4 Distribuição das respostas das amostras face às situações clínicas com as quais tiveram contato na sala de urgência/emergência 39

TABELA 5 Distribuição das respostas da amostra quanto à existência de protocolos de abordagem a situações médico-legais 40

TABELA 6 Distribuição das respostas das amostras sobre a importância atribuída à inclusão de conteúdos sobre enfermagem forense no plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem 40

TABELA 7 Distribuição das respostas das amostras quanto ao tipo de formação realizada e motivos da não formação na área de Enfermagem Forense 41

TABELA 8 Distribuição das respostas das amostras quanto à importância do enfermeiro forense e auto percepção do conhecimento que tem sobre a área 42

TABELA 9 Distribuição das respostas das amostras quanto a frequência do cuidado de pessoas vítimas de violência, faixa etária vítima de violência e certeza sobre os procedimentos a realizar, no âmbito dos cuidados forenses 43

TABELA 10 Distribuição das respostas das amostras quanto ao conhecimento do conceito de Enfermagem Forense 45

TABELA 11 Caracterização das amostras quanto ao número de questões assinaladas 46

TABELA 12 Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses (Caso 1) 47

TABELA 13 Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses por RC; RNCA e TPC (caso 1) 48

TABELA 14 Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses (caso 2) 49

TABELA 15 Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses por RC; RNCA e TPC (caso 2) 51

TABELA 16 Resultados da aplicação Teste Kruskal Wallis ao nível conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional 52

TABELA 17 Resultados da aplicação da correlação de *Spearman* entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e a idade, tempo de exercício profissional e auto percepção sobre conhecimento 53

TABELA 18 Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência geral do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e a frequência de curso de formação em Enfermagem Forenses 54

TABELA 19 Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o sexo 54

INTRODUÇÃO

A Medicina Legal é uma especialidade que visa resolver casos concretos relacionados com situações legais ou jurídicas, pela aplicação de conhecimentos biomédicos e de outros conhecimentos científicos às questões do direito e da justiça (Costa, 2004).

Segundo o autor Costa (2004), a ciência forense constitui um universo vasto, abrangendo diversas áreas do conhecimento científico, jurídico e legal, rico em várias questões aliciantes e, com vertente altamente social, pois contribui para a promoção da saúde pública. Para Roland (2008) estas ciências contribuem de forma muito relevante para o “sentido de justiça”, de modo a atestar a culpa ou a inocência do julgado.

Os profissionais de saúde encontram-se em posição única para facilitar e promover a identificação e recolha de provas. Se por vezes os profissionais de saúde estão na presença de agentes de autoridade no momento da recolha de provas físicas, outras vezes caberá ao profissional de saúde decidir que evidências físicas devem ser recolhidas e/ou preservadas. Torna-se, portanto, imperativo que os enfermeiros do serviço de urgência tenham conhecimentos na identificação e preservação de provas forenses (Gonçalves, 2011). A intervenção forense tem início no local do crime, onde se uma evidência não for encontrada, recuperada e preservada, pouco pode ser realizado no laboratório forense para colmatar essa falha (Lynch, 2006).

O principal objetivo dos profissionais de saúde numa sala de emergência é de manter a vida e promover a saúde dos utentes, que passa imediatamente pela avaliação e tratamento das lesões. Contudo, estes utentes e a sociedade em geral estarão melhor servidos por profissionais que possam também reconhecer, documentar, preservar e recolher evidências sob a hipótese de mais tarde poderem vir a ter significado médico-legal (Gonçalves, 2011).

O simples ato de lavar uma ferida, retirar a eventual proteção que a pessoa colocou no local da lesão antes de se dirigir a um serviço de urgência, sendo atos quase mecânicos do enfermeiro que recebe este doente na sala de emergência, por vezes mesmo antes de perguntar qual a origem da lesão, é um ato simples que vai apagar por vezes de forma definitiva vestígios que poderiam ser decisivos no âmbito de uma eventual investigação criminal (Gonçalves, 2011).

Portanto, os enfermeiros devem ser detentores de conhecimentos para preservar provas forenses, pois muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha de provas ocorre em meio hospitalar. Como primeiro passo para uma correta recolha de provas, deve-se proceder à documentação, a notas descritivas das observações das lesões e às condições em que o doente chega ao serviço. Tudo isto deve ser registado logo que possível (Lynch, 2006).

Para Gupta (2011), Enfermagem Forense tem-se demarcado como um novo desafio para a Enfermagem, em rápido crescimento, que combina formação especializada dos enfermeiros: na área médica, capacidades de investigação policial e conhecimentos legais.

Enfermagem Forense é definida pela Associação Internacional de Enfermeiros Forenses (IAFN) citado por Gupta (2011), como a ciência de enfermagem para processo público e legal, através da aplicação de aspetos forenses aos cuidados de saúde, combinado com educação biopsicossocial realizado por um enfermeiro registado, na investigação e tratamento de trauma e/ou morte de vítimas de abuso, violência, atividade criminal e acidentes traumáticos.

O desafio de cuidar de doentes emergentes forenses, vítimas, predadores ou das famílias, adiciona uma nova e complexa dimensão aos cuidados de enfermagem (Crane, 2006). O ministério da saúde (2007) define doente emergente como o doente que apresenta situação clínica com risco instalado ou iminente de falência de funções vitais.

A capacidade de um enfermeiro para descobrir e recolher provas médico-legais desempenha um importante papel na investigação do crime, podendo ser um fator decisivo para a decisão judicial. Sendo assim, uma má recolha destas provas em situações complexas, tais como em crimes violentos, podem levar à ocultação de resultados importantes para a investigação e à responsabilização do enfermeiro por este ato (Santos, 2013).

Provas podem ser objetos palpáveis mais ou menos óbvios, visíveis a olho nu, mas também podem ser manchas, marcas ou outros vestígios menos visíveis ou até invisíveis à vista desarmada. Uma prova física é considerada uma evidência inegável que só pode ser posta em causa se houver erro na sua interpretação, na sua recolha ou se não for

encontrada (Gonçalves,2011). O criminalista Santos (1998) citado por Gonçalves (2011) define que uma prova forense pode ser constituída por armas, fragmentos de engenhos explosivos, mas também pode ser constituída por vestígios como impressões digitais, pegadas, cabelos, vidros partidos, marcas de ferramentas, fragmentos de tinta, sangue, esperma, saliva, solo, fibras ou outros, que o criminoso ou agressor deixa no local do crime, no corpo e roupa da vítima ou transporta com ele.

A preservação de vestígios obedece a determinadas regras, sendo a cadeia de custódia a mais importante. A cadeia de custódia começa quando a primeira pessoa inicia a recolha de vestígios e continua com a autoridade, nesta deverá ser descrito e registado: a condição em que a vítima se encontra; o local em redor; tratamento realizado e provável cenário em que tenha ocorrido o crime (Gomes, 2014). Segundo Brás (2010, p.224) “*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*”.

Nem todos os enfermeiros que lidam com o doente emergente têm formação aprofundada em Enfermagem Forense. Foram sendo definidos protocolos para auxiliar na uniformização dos procedimentos e orientação dos enfermeiros na abordagem à vítima. Os protocolos são considerados importantes instrumentos para enfrentar diversos problemas na assistência e gestão de serviços, orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política e têm como fundamentação estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (Werneck, Faria & Campos, 2009).

O Código Deontológico do enfermeiro refere que as intervenções de enfermagem são praticadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa, e que, a verdade e a justiça, o respeito pelos direitos humanos, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional, entre outros, constituem valores, princípios ou deveres a observar na relação profissional, pois enformam a boa prática de enfermagem (OE, 2009).

Lidar com estes doentes forenses no serviço de urgência requer uma outra dimensão aos cuidados e à prática de enfermagem. Esta nova dimensão inclui avaliação dos pacientes forenses com um índice de suspeição, para descobrir “como” e o “porquê” dos seus mecanismos de lesão, que os levaram aos serviços de urgência e à documentação dos

mesmos. Essas habilidades de avaliação alargam também os focos dos enfermeiros, ampliando a interação com as famílias e os visitantes. Nesta interação o enfermeiro forense visa obter informação específica sobre indícios relacionados com o que levou o doente ao serviço de urgência. (Goll-McGee, 1999).

Segundo Coelho & Nunes (2013) destaca-se a importância de fornecer aos enfermeiros conhecimentos sobre princípios das ciências forenses, de forma a promover a sua aplicação na prática clínica de enfermagem, garantindo o respeito pelos direitos das vítimas e dando o seu contributo na aplicação da justiça. Tornar-se crucial que os enfermeiros do serviço de urgência reúnam conhecimentos na identificação e na preservação de provas forenses. Lynch (2011) refere que são muitos os enfermeiros que cuidam de vítimas, mas sem formação específica e adequada nesta área. A enfermagem forense promove a união e interligação dos conceitos de enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais (APEFORENSE, 2012). A formação específica em ciências forenses tem como objetivos dar ao enfermeiro competências de assistência às vítimas e aos agressores, intervir sobre o trauma físico, psicológico e social, reconhecer, intervir e avaliar as situações de violência, doença ou morte. Deve ser detentor de conhecimento sobre o sistema legal, como documentar, preservar e recolher evidências, podendo proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (APEFORENSE, 2012).

Assim, a investigação científica define-se como um processo de aquisição de conhecimentos sistemático e rigoroso que consiste em examinar fenómenos com o objetivo de obter respostas às questões que se pretendem aprofundar. É necessária a todas as disciplinas para produzir conhecimentos que, direta ou indiretamente, vão ter influência na prática. A metodologia é assim um conjunto de procedimentos racionais e técnicas que dá à investigação um carácter sistemático (Fortin, 2009).

Em termos de Criminalidade na região de Leiria, segundo dados do PORDATA, base de dados Portugal Contemporânea, desenvolvida pela fundação Francisco Manuel dos Santos, criada em 2009 em que recolhe, organiza, sistematiza e divulga a informação de múltiplas áreas da sociedade portuguesa, refere que em Leiria, em 1993 a criminalidade andava num total de 3.087 crimes e que até 2014 aumentaram para 3389 o número de crimes cometidos na região. Estes dados veem a justificar que os profissionais de saúde do serviço de Urgência Geral necessitam de estarem cada vez mais formados para

receberem pacientes vítimas de crime e colaborarem com o sistema judicial na preservação de provas forenses.

No sentido de investigar o nível de conhecimentos dos enfermeiros na preservação de provas médico-legais nas diversas salas de emergência do Centro Hospitalar de Leiria, que inclui Alcobaça e também Pombal, optou-se por uma investigação quantitativa, com o uso de questionários. A escolha do método depende não só da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, mas principalmente da questão colocada (Fortin, 2009).

Sendo assim, a importância deste estudo centrou-se no fato de os enfermeiros, pelas suas intervenções 24 horas diárias nos hospitais, são os profissionais indicados para o acolhimento da vítima, estando numa posição única para identificar, avaliar e sobretudo cuidar da vítima de violência interpessoal e/ou trauma, providenciando cuidados físicos, emocionais e sociais (Gomes, 2010). Neste sentido, o estudo teve como base os objetivos: Avaliar as características sociodemográficas, profissionais e de formação na área de enfermagem forense, dos enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria; avaliar o conhecimento dos enfermeiros das três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses; avaliar o conhecimento que os enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre o que é enfermagem forense; avaliar a relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, frequência de curso de formação, idade, anos de experiência profissional e autoperceção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

Para dar resposta a estes objetivos realizou-se um estudo correlacional com 57 enfermeiros das três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria que responderam a um questionário composto pelas variáveis em estudo.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis partes: a primeira parte apresenta um enquadramento teórico, através de uma revisão da literatura na área das ciências forenses, nomeadamente sobre enfermagem forense; na segunda parte abordaremos a abordagem do enfermeiro nas diversas situações de trauma; a terceira parte é constituída pela

metodologia, com os objetivos do estudo, as questões de investigação, população e amostra, instrumentos utilizados, procedimentos formais e éticos e o tratamento de dados. Seguidamente apresentamos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Na sexta parte e última parte são apresentadas as conclusões desta investigação, limitações e sugestões para o desenvolvimento de investigações futuras.

1. ENFERMAGEM FORENSE

Neste capítulo iremos abordar os aspetos considerados importantes para dar resposta aos objetivos criados neste estudo sobre a área da Enfermagem Forense.

1.1 DEFINIÇÃO

A enfermagem forense é a aplicação do saber científico e técnico da enfermagem às situações clínicas consideradas forenses, pressupondo o cruzamento entre o sistema de saúde, onde os enfermeiros intervêm e o sistema legal (Lynch & Duval, 2011).

Esta disciplina combina os conceitos gerais da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais. Promove num contexto clínico forense, cuidados diretos às vítimas, ofensores e a todos quantos testemunham situações de violência, aplicando a ciência forense à prestação de cuidados de enfermagem (APEFORENSE, 2011).

O enfermeiro com formação forense presta assistência às vítimas de violência e aos agressores, intervindo sobre trauma físico, psicológico e social. Reconhece, intervém e avalia as situações de violência, morte ou doença. Possui conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal e documenta, preserva e recolhe evidências, podendo proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (IAFN, 2006; APEFORENSE, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008) considera as orientações de boas práticas de cuidados de enfermagem, baseadas em evidências científicas e/ou na opinião de peritos importantes para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional do enfermeiro. Porém, relativamente às práticas de enfermagem forense, ainda não se pronunciou oficialmente, tomando como foco de atenção as vítimas de violência interpessoal e apresentando recomendações para os cuidados, nas diversas fases do ciclo vital.

Deste modo, a enfermagem forense possui um potencial muito vasto, pois a perda de vidas humanas e as consequências físicas e psicológicas da violência, nas suas mais diversas formas, afetam milhões de pessoas no mundo (Lynch & Duval, 2011).

Numa perspetiva histórica, julga-se que os primeiros investigadores forenses tenham sido os médicos que em primeiro lugar apareciam a um cenário de crime. A primeira vez que se escreveu sobre a aplicação de conhecimentos médicos à resolução de crimes, encontra-se num livro de origem chinesa “*Hsi Duan Yu*”, que significa “Lavagem de Erros” com a data de 1248. Apesar de possuir palavras pouco científicas, contém alguns procedimentos médico-legais básicos mas importantes, como distinguir um caso de afogamento pela presença de água nos pulmões da vítima ou a determinação de uma morte por estrangulamento, através da observação das marcas de pressão no pescoço ou do dano ocorrido ao nível da própria cartilagem (Nickell & Fisher, 1999). Com início destas práticas forenses, no sentido de preservar as provas, surge a grande fundadora da enfermagem forense, Virginia Lynch. Ela observou que era os profissionais de saúde, nas suas prestações de cuidados, destruíam evidências e provas (Bauman & Stark, 2015). Em 1984, Virginia Lynch tornou-se a primeira enfermeira dos Estados Unidos da América com competências em investigação médico-legal em cadáveres, e em 1991, foi a grande responsável para que a *American Academy of Forensic Sciences* (AAFS) reconhecesse a enfermagem forense como uma ciência (Gomes, 2015).

1.2 CONCEITOS DE PROVAS E DE VESTÍGIOS

Uma prova é um indício, sinal ou uma evidência que serve para estabelecer a verdade de algo enquanto um vestígio também pode ser uma prova só que mais frágil e menos visível (Braz, 2010).

No Código Civil Português, no artigo nº341 refere que “as provas têm por função a demonstração da realidade dos fatos.” Sendo provas os meios ou instrumentos que visam convencer o tribunal da existência ou inexistência dos fatos discutidos (Rodrigues, 2008).

Portanto, as provas são meios ou instrumentos que vão justificar e fundamentar as convicções, com visa a convencer o tribunal da existência ou inexistência dos fatos, tendo como finalidade suportar posteriores juízos jurídicos e uma eventual condenação (Braz, 2010).

Voltando ao Código Civil, no artigo 388º, define-se prova pericial como sendo aquela que tem por finalidade a perceção ou apreciação de fatos por meio de peritos, quando é

necessário recorrer a conhecimentos especiais que os julgadores não possuem (Rodrigues, 2008).

Segundo Galvão (2006) estes vestígios podem ser definidos quanto à sua origem de lofoscópicos (impressões digitais, palmares e plantares), biológicos (sangue, saliva, sêmen, secreções, ossadas, cabelos, pelos, entre outros) ou físico-químicos (armas de fogo, objetos perfurantes, cortantes, rastos de pneus). De certa forma, vestígios são todas as marcas, sinais e/ou objetos que ajudam a descobrir a verdade e a descobrir o autor de um crime.

O enfermeiro com formação na área de enfermagem forense possui a ferramenta necessária para poder recolher e preservar as provas, contribuindo de forma valiosa para a defesa da vítima e sanção dos agressores. Colheitas mal realizadas e amostras mal acondicionadas de nada servirão aos laboratórios forenses. Sem vestígios não há provas e sem provas, o juiz não poderá fazer uma análise correta, baseada em fatos científicos e reais para verificar a existência ou não de um crime (Santos, 2013).

Antes de avançarmos para os cuidados inerentes à recolha e preservação de vestígios forenses convém relembrar o princípio de Locard em que de acordo com este princípio “No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntária ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso”. Formado em Medicina e Direito, o francês Edmund Locard (1877-1966) estabeleceu como princípio nuclear da sua teoria, que todos os corpos em contato (pessoas ou objetos) transferem partículas entre si (princípio da transferência), podendo estas serem visíveis ou apenas usadas com recurso a microscópios ou reagentes usados em laboratórios como o uso de partículas de fibras ou impressões digitais. Acerca destes últimos vestígios, cumpre mencionar que Locard também desenvolveu uma extensa investigação na área da Lofoscopia, expandindo o conjunto de trabalhos já realizados por outro investigador da área, Sir Francis Galton, seu predecessor (Newton, 2008).

Portanto, também os profissionais durante a assistência à vítima devem atender a este princípio de transferência de vestígios, sendo crucial tocar e mover só o estritamente necessário (Gomes, 2010), utilizando sempre luvas e trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada (Costa, 2010).

1.3 RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS EM MEIO HOSPITALAR

A partir do momento em que um utente faz a sua inscrição num serviço de urgência, começam a ficar registadas, no processo clínico, todas as suas queixas, lesões, motivos pelos quais recorreu à unidade hospitalar, bem como os tratamentos prestados e exames efetuados, como exames laboratoriais e radiológicos.

Todos estes elementos do processo clínico podem vir a ser usados como informação médico-legal ou pericial fundamental no caso de um futuro processo judicial. O primeiro passo para uma adequada recolha de evidências é uma documentação completa onde as observações devem ser descritas o quanto antes, fazendo registos das condições em que o paciente chegou, como e quando deu entrada no serviço (Lynch, 2006).

Sem dúvidas que nenhum protocolo ou procedimento forense deve inibir ou atrasar o tratamento adequado do paciente, mas a sensibilidade do pessoal hospitalar para uma potencial investigação forense pode prevenir a destruição desnecessária de provas (Lynch, 2006). Daí a importância na formação na área de enfermagem forense.

Legalmente, o agente da autoridade é o responsável pela prova material (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). No entanto, a intervenção forense deve ter início no local da ocorrência, onde as circunstâncias dificilmente são as ideais e os agentes da autoridade nem sempre estão presentes. Deste modo, cabe aos profissionais que assistem a vítima decidir sobre a recolha e preservação de vestígios (Lynch & Duval 2011).

No local de crime, os investigadores forenses devem ter sempre disponíveis envelopes, tubos de colheitas e sacos de provas, indicados para a recolha adequada dos vestígios encontrados. Os sacos de plásticos devem ser evitados, principalmente no que se prende à preservação dos vestígios biológicos, uma vez que aceleram a sua deterioração (Fisher, 2004). Este princípio tanto se rege no pré-hospitalar como no meio hospitalar.

Lynch & Duval (2011) referem que nenhum procedimento forense pode inibir ou atrasar a avaliação e/ou tratamento das situações associadas ao risco iminente de vida, uma vez que a manutenção da vida da vítima ou eventuais agressores é considerado prioritário.

Em relação à preservação de provas e manuseamento dos vestígios, o enfermeiro deve utilizar equipamentos de proteção individual adequados como luvas, máscaras, bata

descartável ou avental e touca, respeitando assim o Princípio da Transferência de Locard, mencionado anteriormente. Entre a manipulação de cada vestígio forense, deve-se trocar de luvas, evitando a sua contaminação, bem como lavar as mãos entre a troca de luvas, conforme o protocolo de higienização das mãos. Para proteção individual do enfermeiro, este nunca deve tocar em qualquer parte de área corporal onde possam existir fluidos corporais (Gonçalves 2011; Lynch & Duval 2011; Libório 2012; Gomes 2014).

Os meios de prova são entregues às autoridades policiais, dando continuidade à Cadeia de Custódia, confirmando e registrando a quem foi entregue os valores e bens da vítima. Em caso da não comparência de imediato dos agentes de autoridade, o espólio bem como as provas forenses, devem ser guardadas no cofre existente no serviço. Se ultrapassarem as 24 horas de permanência destas provas no serviço, as autoridades locais devem ser contatadas (Gonçalves, 2011).

1.4 CADEIA DE CUSTÓDIA

Uma prova encontrada no local do crime, no corpo da vítima ou suspeito, pode eventualmente ser apresentada em tribunal, mas esta prova só terá valor jurídico se se tiver a certeza de que não foi contaminada ou adulterada em todo o seu percurso no decorrer da investigação. Para atestar essa validade a cadeia de custódia deve ter sido corretamente mantida e registrada (Gonçalves, 2011).

Os documentos da cadeia de custódia identificam todos aqueles que lidaram com a prova. Toda a transferência da prova de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deve ficar registrado e esse registo acompanha a prova até ao final da investigação. No final obtém-se um registo cronológico de onde e com quem a prova esteve até ser apresentada em tribunal (Lynch, 2006).

Todos os procedimentos efetuados desde a identificação, recolha, análise e interpretação, passando pela preservação e transporte da prova, devem ser minuciosamente registados. Esse registo deve ter início no momento em que o vestígio é encontrado, documentando a hora, data, local e identificação de quem fez a recolha e se possível um registo fotográfico. Todas as manipulações e tratamentos dados ao vestígio devem ser descritas e explicitadas. O seu acondicionamento, armazenamento e transporte, deve ser efetuado

em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade, utilizando contentores com sistema de fecho e etiquetagem adequadas. Toda a operação que exija abertura do contentor de vestígio deve ficar registada, não só quem é que procedeu à manipulação do vestígio, mas também o momento e o local (Braz, 2010).

Na sua prática clínica, o enfermeiro assume uma posição única na documentação de vestígios com relevância médico-legal, assumindo o dever de registar fielmente as observações e intervenções que realiza (OE, 2009).

De acordo com o código do processo penal português, a denúncia de crimes públicos, de que se tome conhecimento no âmbito das funções profissionais e por causa delas, é obrigatória, recaindo o dever de comunicação sobre entidades policiais, funcionários públicos, demais agentes do Estado e gestores públicos (APAV, 2012). O enfermeiro está deontologicamente sujeito ao segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da profissão, pelo que só deve divulgar informação confidencial acerca da pessoa e família nas situações previstas na lei, devendo nesse caso socorrer-se de aconselhamento deontológico e jurídico (OE, 2009). Assim, quando o enfermeiro se vê confrontado com indícios de eventuais maus tratos deve seguir os mecanismos de denúncia da instituição, sendo que na falta de normas institucionais, a OE sugere que as mesmas sejam elaboradas e formalizadas (OE, 2009).

A chave para todas as abordagens é a confiança nos dogmas básicos da prática médica que podem ser retirados através da recolha de uma história adequada e através da realização de um exame físico adequado (Gomes, 2014). O enfermeiro forense deve assim ter um papel muito importante na identificação das lesões, na sua caracterização assim como na documentação das mesmas, como já fora mencionado anteriormente.

1.5 ENFERMAGEM FORENSE EM PORTUGAL

Virgínia Lynh iniciou a sua primeira investigação na área das ciências forenses em 1982 ao pesquisar sobre as causas de morte. Em 1990 desenvolveu a tese de mestrado “Clinical forensic nursing: a descriptive study in role development”, constituindo-se como a primeira publicação relacionada com o desenvolvimento da especialidade em enfermagem forense (Lynch & Duval, 2011).

A ciência da enfermagem forense foi oficialmente reconhecida, nos EUA, em 1992, pela criação da International Association of Forensic Nurses (IAFN), fundada por 72 enfermeiros com formação (IAFN, 2006; Silva & Silva, 2009). O conceito enfermagem forense é atribuído à enfermeira Virgínia Lynch, fundadora e primeira presidente da IAFN, autora de uma vasta obra na área (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

A partir dos anos 90 do século XX, nos EUA, a enfermagem forense foi declarada como uma moderna, importante e essencial função a nível dos cuidados de saúde, passando a ser encarada como uma nova perspetiva da abordagem holística dos enfermeiros aplicada às questões do direito e da justiça (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011). Em 1995, a enfermagem forense foi considerada especialidade pela American Nurses Association-ANA (Bader & Gabriel, 2010; Kent -Wilkinson, 2008).

Ao longo dos anos, os profissionais de saúde começaram a interrogar-se acerca das circunstâncias que causaram o distanciamento entre as forças policiais, o sistema de saúde e o sistema judicial. A resposta obtida foi relativamente simples: estes sistemas estavam e estão entrelaçados, contudo os sistemas de saúde precisam de compreender o seu próprio papel nesta área, para então reivindicar o seu legado forense, de forma a almejar uma participação mais plena, interativa e multidimensional nesta área (Pyrek, 2006).

Ao contrário do que acontece noutros Países Europeus e nos EUA, a enfermagem forense em Portugal é ainda pouco conhecida, tendo um longo caminho pela frente, pois embora muitos enfermeiros trabalhem com vítimas de violência não existe formação específica e adequada da área (Simões, 2010).

O investimento nesta área, por parte dos enfermeiros portugueses, não surge por mero acaso, nem para seguir o que os outros fazem no Estrangeiro, mas sim porque acreditam que, enquanto profissionais que lidam com a saúde das pessoas, na sua vertente holística, têm a responsabilidade bem como a função de colaborar com a justiça e dar resposta, na íntegra, ao que é definido no Código Deontológico dos Enfermeiros: “intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação, da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem 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 contraírem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (Ordem dos Enfermeiros, p.2, 2009).

A necessidade da existência de um grupo policial totalmente vocacionado para a investigação criminal remonta à segunda metade do século XIX, altura do reinado de Dom Luís, tendo sido criado um corpo de polícia civil com a nobre missão de descobrir os crimes e delitos, colecionar provas e entregar os criminosos aos tribunais. Neste sentido e após várias reestruturações policiais, acabaria por ser criada, durante o consulado de Sidónio Pais, a Polícia de Investigação Criminal (PIC) na dependência do Ministério do Interior até 1927, altura em que a sua tutela passa daquele Ministério para o então denominado Ministério da Justiça e dos Cultos (DRH da Polícia Judiciária, 2003).

No entanto e apesar de todos os seus antepassados que contribuíram para a evolução e crescimento da investigação criminal, surgiu em 1945 com o Decreto-Lei nº35 042, de 20 de outubro de 1945, onde no seu art.º 1.º define a competência da Polícia Judiciária como a de “efetuar a investigação de crimes e descobrir os seus agentes, procedendo à instrução preparatória dos respetivos processos e organizar a prevenção da criminalidade, especialmente da criminalidade habitual”. Com a revolução do 25 de Abril de 1974, ocorreram profundas alterações na orgânica da Polícia Judiciária com a extensão da Direção Geral de Segurança para a criação, na Diretoria de Lisboa, do Gabinete Nacional da Interpol, que se mantém até aos dias de hoje.

Também as escolas de enfermagem passaram a ter um importante papel na inserção de currículos com conteúdos que englobam as ciências forenses, educando os jovens sobre temas que abordam todos os tipos de violência.

2. ABORDAGEM DO ENFERMEIRO NAS DIVERSAS SITUAÇÕES

Nas várias situações de abordagem ao indivíduo vítima de crime, o enfermeiro forense tem um papel primordial na preservação de provas forenses. Neste próximo capítulo, para cada situação de crime, estão enumerados os vários procedimentos a adotar pelo enfermeiro na recolha e preservação de vestígios forenses.

Desta análise foram excluídos os casos de violência sexual e situações forenses da área pediátrica em virtude de não estarem incluídas na área da enfermagem à pessoa em situação crítica/médico-cirúrgica do estudo envolvente.

2.1 INVESTIGAÇÃO DA MORTE

O objetivo da investigação da morte é muito mais do que determinar se o doente foi vítima de um crime. Apesar do principal objetivo seja estabelecer as causas e as circunstâncias da morte, a investigação em si é uma componente essencial no domínio das ciências forenses porque existem implicações legais, reais ou potenciais, associadas a cada morte (Lynch & Barber Duval, 2011).

Por exemplo, na América do Norte existem os sistemas de medicina legal, de perícia legal e ainda um outro sistema que combina os dois. O médico-legista é um profissional licenciado, nomeado pelo estado ou província em que exerce patologia forense e que foi contratado pela respetiva jurisdição para investigar mortes. Um perito legista pode ou não ser um médico e leva a cabo investigações de morte na sua jurisdição. No Canadá, este é um cargo de nomeação e embora existam cargos de nomeação nos EUA, a maior parte dos peritos legistas neste país são eleitos. A jurisdição do perito legista ou médico legista é determinada pela legislação provincial no Canadá e pela legislação estadual nos EUA. (Harris, 2012). A sua autoridade estende-se normalmente a mortes ocorridas sem a presença de um médico, incluindo mortes súbitas e inesperadas e a todas as mortes suspeitas e violentas.

Virgínia Lynch (Lynch & Barber Duval, 2011) afirma que o enfermeiro que tem formação entre ciência forense e assuntos legais proporciona uma abordagem prática colaborativa que beneficia do seu forte conhecimento de anatomia e fisiologia, psicologia, farmacologia, terminologia médica e conhecimento dos processos das doenças transmissíveis e naturais. As capacidades dos enfermeiros para a empatia, para lidar com material confidencial e para se sentirem confortáveis com os processos da morte e do luto,

assim como a sua capacidade de interagir com os membros da família em situações delicadas, perfizeram as qualidades chave para essa escolha.

A classificação da morte é conhecida como as circunstâncias da morte. Há cinco categorias de morte (Crane, 2005): natural (morte resultante de uma doença do organismo e que não se relaciona com efeitos secundários de um ferimento ou de fatores anormais do meio ambiente); acidente (morte devida a ferimentos não intencionais ou inesperados, incluindo a morte resultante de complicações razoavelmente atribuídas ao acidente); suicídio (morte resultante de ferimento autoinfligido, com a intenção de provocar a morte); homicídio (morte devida a ferimento deliberadamente infligido pela ação de um terceiro); e indeterminada (morte que devido a vestígios insuficientes ou incapacidade para os determinar, não pode ser classificada com razoabilidade). O'neal, & Schindell (2011) afirma que um enfermeiro que desempenha o papel de investigação da morte tem em primeiro lugar de ser um enfermeiro competente.

Uma experiência considerável num serviço de urgência ou em cuidados intensivos são complementos ideais para o processo de investigação da morte. Nestes contextos clínicos, o enfermeiro desenvolve e apura competências de avaliação analítica e aprende a lidar com os aspetos psicossociais que são, frequentemente, um complemento nas mortes inesperadas ou traumáticas. No serviço de urgência a prioridade é obviamente salvar vidas, contudo, possuir conhecimento forense que permita simultaneamente reconhecer a importância de uma identificação correta, bem como assegurar e preservar itens que mais tarde podem vir a ser considerados como vestígios reveste-se de uma enorme importância.

Quando um indivíduo morre durante o tratamento de um trauma ou é dado como morto à chegada ao serviço de urgência, essa área torna-se um cenário protegido com o objetivo de que médico-legista não perca informação crucial ou os vestígios necessários na determinação da causa e circunstâncias da morte. Uma vez pronunciado o óbito do indivíduo, o corpo não deve nunca ser lavado ou limpo a seguir à morte e os profissionais envolvidos não devem cortar a roupa através de rasgões, cortes ou buracos de balas. Todas as tubagens, fios e tubos devem ser deixados *in situ*. Caso tenham sido efetuadas incisões durante o tratamento, estas devem ser documentadas para garantir que não são confundidas com ferimentos anteriores ocorridos fora do hospital. Todas as amostras colhidas durante o processo de tratamento devem ser conservadas para possíveis fins de meio de prova. Qualquer equipamento suspeito, frascos de medicamento, bolsas para administração intravenosa ou medicação devem ser conservados. Nunca devem ser dados

a qualquer familiar presente, roupas ou objetos pessoais da vítima na altura da morte (Gomes, 2014).

Cabe também aos enfermeiros forenses interagir com os sobreviventes e a família e assegurar ajuda ao longo do processo de luto, durante a investigação da morte (APEFORENSE, 2015).

O'Neal e Schindell (2011) referem que algumas mortes podem resultar de ação criminosa e a presença e ausência de sinais inespecíficos, sintomas, medicamentos e tratamentos podem transmitir aos investigadores informações bastante relevantes sendo que um enfermeiro com experiência em urgência e cuidados intensivos torna este profissional mais apto no papel de investigação.

2.2 TRAUMA

O enfermeiro forense tem um papel importante na abordagem destas vítimas, tanto no serviço de urgência como no pré-hospitalar. O seu papel assenta na identificação e caracterização das lesões, na recolha de vestígios e na foto-documentação das lesões. O registo fotográfico requer consentimento da vítima ou de um familiar/responsável, devendo este consentimento acompanhar o processo da vítima. No que diz respeito à avaliação forense, o enfermeiro deve identificar o número de lesões que estejam presentes e se existem lesões de defesa (na suspeita de homicídio). Assim os aspetos mais importantes a abordar são os seguintes: localização das feridas (por exemplo, em caso de suicídio, onde assenta a ferida); número de feridas (a presença de diversas lesões em diferentes zonas do corpo, orienta o investigador para a hipótese de homicídio); forma das lesões; dimensões das lesões; características das lesões (principalmente os bordos); e o estudo das roupas (deve ser recolhida a roupa e colocada separadamente em sacos de papel mas se estiver húmida, deixar secar entre 20 a 30 minutos). Se a faca ainda estiver empalada no corpo, deve-se proteger o cabo com saco de papel e fixar a faca, por forma a não sair; e fazer a recolha de sangue para doseamento de toxicologia. A recolha da história clínica e dos antecedentes pessoais e familiares também se revela de especial importância, uma vez que poderá orientar toda a avaliação que irá ser realizada. Na avaliação de vítimas de traumatismos penetrantes, devem ser obtidas informações quanto ao momento em que ocorreu a agressão, à arma usada, distância entre a vítima e agressor

(pois as lesões viscerais graves diminuem quando a distância é maior) e ao número de facadas ou tiros, por exemplo, que a vítima recebeu (ACS, 2008).

Numa primeira abordagem à vítima, o teste de despiste de álcool e drogas deve ser sempre efetuados em indivíduos envolvidos em acidentes de viação, com recolhas de sangue e/ou urina (Lourenço, 2004). Na colheita de sangue, deve ser usado solução antisséptica como a iodopovidona. A utilização de álcool na desinfeção não deve ser ocorrer por questões legais, apesar de estudos referirem que não altera a colheita de sangue para alcoolémia. Toda esta informação deve ser registada nos registos de enfermagem. Em vítimas portadoras de terapêutica anticoagulante ou com doença hemofílica, podem estar isentos da colheita para despiste de álcool e drogas (Gomes, 2014). Também é importante referir que toda a medicação administrada no pré-hospitalar nomeadamente opiáceos, ou já em meio hospitalar, deve fazer parte dos testes de despiste de álcool e drogas pois há medicação que altera os resultados e em termos legais, tudo tem que ficar registado.

Caso o doente recuse a realização deste procedimento, o enfermeiro forense deve registar tal fato e informar as autoridades. O tribunal pode decretar um mandato judicial nos casos de recusa por parte dos doentes, requisitando o enfermeiro para proceder à recolha. A colheita de sangue, 10 ml de sangue para tubo de bioquímica, deve ser posteriormente etiquetada e realizada a correta selagem e entregue o tubo às autoridades. Em casos de homicídios, devem-se realizar duas colheitas de sangue, uma à entrada e outra uma hora depois, por forma a estabelecer a curva de alcoolémia (Gomes, 2014).

Para evitar o desconforto da vítima, as colheitas de sangue, se possível, devem ser realizadas todas numa só punção. As colheitas devem ser realizadas até as 72 horas quando existe suspeita de uso de drogas e de álcool. A colheita de urina também deve ser realizada, para um recipiente esterilizado (aproximadamente 40 ml de urina). Pode-se equacionar a necessidade de recorrer a esvaziamento vesical para a colheita.

Antes da realização dos exames, a vítima não deve comer, ingerir líquidos ou fazer a higiene oral de modo, ser for necessário, proceder à colheita de zangaratoas para análise.

Os fluidos líquidos (sangue e saliva) deverão ser colhidos através de dispositivos próprios para coleta deste tipo de material, composto por haste longa, flexível, com ponta de algodão, estéreis. Estes deverão secar, preferencialmente, a temperatura ambiente em local ventilado e abrigado da luz solar, no entanto, conforme a necessidade, poderão ser acondicionados em caixa própria para este fim, ou na falta desta, poderão ser

acondicionados em envelope de papel escuro e armazenados em arcas frigoríficas (sob refrigeração), a quatro graus Celsius (4° C). Para períodos mais prolongados de armazenamento, os mesmos poderão ser congelados (-20°C) para melhor conservação.

a) Ferimentos por arma de fogo

As armas de fogo são consideradas um instrumento de defesa e ataque que utiliza a combustão de pólvora de distintos tipos, num espaço confinado para a projeção de um agente lesivo. São instrumentos de dimensões e formas variadas, destinados a lançar violentamente certos projéteis, aproveitando a força expansiva dos gases que se desprendem ao se inflamarem de forma instantânea. As armas são ainda consideradas permitidas ou proibidas, em que permitidas são aquelas que o cidadão comum pode utilizar mediante certas condições e as proibidas são aquelas que, devido ao seu calibre, só algumas pessoas perante a sua função ou natureza usam (Gomes, 2014). Os ferimentos por armas de fogo encontram-se presentes em situações de homicídio ou suicídio. A maioria dos erros de interpretação das feridas por arma de fogo resulta de falsamente se assumir que o orifício de saída é sempre largo em relação ao orifício de entrada. O tamanho de qualquer ferida por arma de fogo (entrada ou saída) é primariamente determinado por cinco variáveis: tamanho, forma, configuração, velocidade da bala no instante do seu impacto com o tecido, e as características físicas do impacto no tecido por si só (Lee, Palmbach & Miller, 2001).

O enfermeiro forense deve pesquisar o número de ferimentos, e se existe ou não coincidência com orifícios na roupa, a localização anatómica e a identificação (sempre que possível) dos ferimentos, em relação ao número de orifícios de entrada, ao número de orifícios de saída, ao número de lesões tangenciais e ao número de lesões de reentrada. Deve averiguar no corpo a presença de sinal de disparo a curta distância, assim como a existência de lesões de defesa (mãos/antebraço). A roupa deve ser preservada, uma vez que pode existir algum projétil retido na mesma e que possa cair quando se mobiliza o corpo ou que possa estar sob o cadáver. Estes procedimentos sobre a procura de provas na roupa do suspeito e/ou na roupa da vítima são de extrema importância, sendo necessário uma atenção redobrada nos vários aspetos ligados à recolha e acondicionamento dos vestígios, de forma a manter intata a cadeia de custódia da prova,

seguindo o exemplo das normas europeias relativas aos padrões de desempenho no tratamento do cenário do crime (Forensic Science Service, et al., 2004).

Deve ainda, verificar a existência ou não de outros ferimentos (em que localização/de que tipo) e se existem sinais de arrastamento do corpo. Todas as lesões que forem encontradas devem ser fotografadas. A fotografia requer consentimento da vítima ou de um familiar/responsável, registando neste caso o grau de parentesco/afinidade (Gomes, 2014).

É importante que o enfermeiro forense preserve e faça a recolha de vestígios, preferencialmente antes de prestar cuidados, caso não coloque em risco a vida da vítima.

Quando os artigos de roupa forem recolhidos da vítima, cada artigo deve ser colocado em sacos de papel em separado, de forma a evitar a sua contaminação. Se a vítima tiver que ser submetida a teste de resíduos de pólvora, deve ser realizado na primeira hora após o disparo da arma para aumentar a sensibilidade ao teste. Se os ferimentos se localizarem em áreas não protegidas por roupa, deve ser colocado um penso com compressa esterilizada (sem estar embebida em qualquer produto), presa com adesivo que cubra a zona do orifício e os 10cm adjacentes (evita-se a perda de resíduos e/ou a sua contaminação).

A bala e o cartucho são peças muito importantes para vestígios forenses. Quando colhidos estes itens da vítima viva, devem ser empacotados em contentores respiráveis que permitam a troca de ar e deve-se proteger o fundo do contentor com algodão ou compressa, para evitar danos durante o transporte. Se a bala for colocada em contentor de plástico fechado, o vestígio pode degradar-se (Gomes, 2014). Também é importante mencionar que nem todas as armas de fogo ejetam os invólucros ou os cartuchos que contiveram os projéteis, por exemplo o revólver e algumas armas de caça, projetando resíduos de disparo para a atmosfera, mas determinados químicos específicos como chumbo, bário e antimónio mantêm-se na pele, roupa de quem disparou. Assim, quando encontrados estes compostos nos indivíduos, isto significará, com toda a certeza, que dispararam uma arma de fogo, que estiveram presentes aquando do disparo, ou que manusearam na arma recentemente disparada (Genge, 2002).

O contacto de metal com metal pode destruir ou alterar as marcas microscópicas que possam existir. Quando se examina um ferimento por arma de fogo, qualquer vestígio que esteja presente deve ser fotografado antes de o ferimento ser limpo ou ser alterado

por intervenção de tratamento médico devendo-se adicionar a descrição escrita do ferimento. Quando os projéteis são guardados como vestígios, é importante que não se utilizem pinças, porque podem criar marcas nos mesmos. Se forem usadas pinças, estas devem estar cobertas nas pontas com proteção de borracha ou compressas para evitar danificar e deve-se fotografar tudo antes de qualquer recolha. Deve-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel (proteção de resíduos de disparo, pelos, cabelos, material subungueal, manchas de sangue ou outras que possam existir). Os orifícios que existam no corpo da vítima devem ser enumerados e identificados com círculos, por caneta permanente, para que sejam visíveis pelo médico legista (Lynch & Duval, 2011).

Sempre que seja solicitada autópsia médico-legal, toda a informação clínica disponível (incluindo resultados de exames complementares: RX, TAC, RM) deve acompanhar o cadáver (Gomes, 2014).

b) Ferimentos por arma branca

As armas brancas são constituídas por uma lâmina, comumente metálica, com arestas em um ou mais bordos, e a qual predetermina um extremo afiado. Noutros casos, consistem em objetos cilíndricos ou prismáticos com um extremo pontiagudo. As armas brancas são configuradas por uma folha ou corpo de metal, com ponta, aresta ou bordo cortante, com um cabo do mesmo material ou de outro material. O adjetivo “branco” provém do brilho da folha, que alguns confundem com a cor branca. São agentes mecânicos que originam direta ou indiretamente lesões, que podem produzir a morte. O instrumento cortante é o agente vulnerante que, devido às suas características de folha com aresta, lesiona seccionando e formando bordos limpos na pele, assim como nos planos subjacentes, por pressão e deslizamento (Gomes, 2014).

Em Portugal, a lei 05/2006 veio, entre outras coisas, diferenciar armas em termos de perigosidade, atribuindo cada arma a uma classe diferente de A a G, sendo a classe A a mais perigosa. Sendo assim, o art. 1.º da lei 05/2006 refere que “*Arma branca, todo o objeto ou instrumento portátil dotado de uma lâmina ou outra superfície cortante ou perfurante de comprimento igual ou superior a 10cm ou com parte corto-contundente, bem como destinado a lançar lâminas, flechas ou virotões, independentemente das suas dimensões.*”

A literatura clássica (Gomes, 2014) divide as lesões por arma branca segundo o mecanismo de ação do instrumento que as produziu, podendo classificar-se em base de um critério como feridas simples, feridas lacerantes e complexas. As feridas simples produzem-se quando a arma atua por um único mecanismo e podem ser feridas punctórias e feridas incisivas. As feridas punctórias são o resultado da ação da ponta do instrumento. A profundidade da lesão é maior do que a longitude da ferida na superfície. As feridas incisivas, que são produzidas como resultado do corte por um instrumento lesivo com um ou mais bordos, determinam uma ferida larga e de escassa profundidade em relação com a sua longitude. Estas feridas apresentam uma estrutura angular muito fina que permite, por efeito da pressão e do deslizamento, separar os tecidos, isto é, produzir uma solução de que se denomina de incisão. As feridas lacerantes ocorrem por ação de agentes lesivos que distendem os tecidos rasgando-os e lacerando-os. As feridas complexas ocorrem quando a arma atua por um mecanismo combinado: inciso-punctantes (a arma penetra mediante um extremo pontiagudo que perfura ao mesmo tempo que com o seu bordo secciona as paredes); inciso-contusas (produzem-se pela intervenção de uma arma dotada de um bordo e uma massa); e perfuro-lacerantes (o instrumento lesivo tem uma ponta que exerce um efeito de laceração).

Para compreender as principais características destas feridas convém, de maneira preliminar, conhecer a morfologia das armas que as produzem, assim como o seu mecanismo de ação. As armas cortantes são instrumentos formados por uma lâmina de seção triangular que pode ou não terminar numa ponta. Determinados objetos podem atuar acidentalmente de maneira similar a este tipo de agentes, nomeadamente as lâminas de metal delgado, peças de vidro e as folhas de papel. Outros exemplos de instrumentos cortantes são os punhais, lâminas, machados pequenos e vidro partido (Gomes, 2014).

As armas incisivas atuam mediante um mecanismo de pressão ou por um mecanismo de pressão associado a deslizamento, penetrando nos tecidos, dividindo-os e produzindo soluções de continuidade, sendo o mencionado mecanismo combinado de pressão e deslizamento (Gomes, 2014). Como a ação traumática de corte se deve ao bordo, o efeito cortante dependerá do ângulo de aplicação do bordo sobre a superfície de corte, que será mais eficaz quanto maior seja a obliquidade e mais agudo o ângulo de ataque, também dependerá da força que se exerce ou do peso do instrumento cortante (Gonçalo, 2011). Dentro desta classificação existem três variedades: lineares (quando o instrumento penetra perpendicularmente e a ferida tende a abrir-se em forma oval alargada com bordos

regulares e limpos e com a formação de caudas); contundentes (quando o instrumento cortante penetra obliquamente, pelo que um dos bordos forma uma lâmina ou contusão cujo tamanho depende da longitude da arma, da obliquidade e da profundidade do corte); e mutilantes (quando a arma cortante ataca e separa uma parte saliente do corpo). As características que melhor define este tipo de feridas é serem mais largas que profundas. O autor Emílio Bonnet (1993) distingue quatro características principais neste tipo de feridas: longitude (que predomina sobre a profundidade); perfil de corte (triângulo de base superficial e vértice dirigido para a profundidade, cujas paredes são geralmente lisas e regulares); bordos nítidos, regulares e limpos; e retração de bordos (trata-se de uma característica própria das lesões produzidas em vida e que resulta da elasticidade das fibras na zona afetada).

Assim, no grupo das armas brancas são vários os tipos de ferimentos que podemos possuir, dividindo-se em feridas contuso-cortantes, feridas corto-contundentes, feridas perfurantes que podem ser cortantes ou contusas, feridas incisas, feridas lacerantes, feridas de tentativa ou ensaio, feridas de defesa, feridas aberrantes e feridas intimidatórias. Por necessidade de os Profissionais de Saúde possuírem conhecimentos sobre este tipo de feridas, enumera-se o significado de cada uma delas nas alíneas seguintes:

- **Feridas contuso-cortantes**

Nestas feridas, existem arestas que continuam para as paredes, as quais se unem no fundo. As arestas são lineares e frequentemente equimóticas e as paredes são planas e lisas, características que as diferenciam das feridas contusas. O fundo geralmente é uniforme e, quando afeta o osso, reproduz a seção do instrumento. A hemorragia que se origina nesta ferida é predominantemente externa (Fiocruz, 2003).

- **Feridas corto-contundentes**

São produzidas por instrumentos que atuam pelo impacto do seu peso e deslizamento do seu bordo, sendo o mecanismo por pressão ou por pressão e deslizamento. Caracterizam-se por apresentarem bordos lineares que se estendem por paredes, as quais se unem num fundo acima do osso. A profundidade é maior e existe predomínio da extensão na

superfície. Estas feridas são mais profundas que as produzidas por armas cortantes e dividem não só as partes macias, como também os ossos (Gomes, 2014).

- **Feridas perfurantes**

O tipo de arma que provoca estas feridas é um instrumento cilindro-cónico alargado, com seção em geral circular ou elítica, de diâmetro variável concluído numa ponta que pode ser mais ou menos aguda. Este tipo de arma penetra nos tecidos em modo de cunha, mediante a força viva que se concentra na sua ponta, dissociando e movimentando lateralmente as fibras sem provocar uma grande mortificação das zonas lesionadas. O orifício de entrada pode apresentar diferentes características dependendo do diâmetro da arma usada, assim podem observar-se dois tipos de feridas: as punctiformes (aparecem quando o instrumento lesivo é fino originando um orifício de entrada que pode apresentar-se totalmente disseminado); e as ovais (em que a morfologia se produz quando o instrumento lesivo apresenta uma certa espessura de tal modo que o seu diâmetro excede o limite de elasticidade dos tecidos). O orifício de saída nem sempre existe neste tipo de lesões, mas quando está presente tem os bordos irregulares e evertidos, ao perfurar-se a pele de dentro para fora, originando uma espécie de fissura e rotura atípica (Gomes, 2014; Wolfbert,2003).

- **Feridas perfuro-cortantes**

São lesões de carácter misto, que atuam por deslocamento e seção assim como por penetração. Representam o tipo de feridas por arma branca com maior transcendência do ponto de vista médico-legal, uma vez que são as feridas mais frequentes nos casos de homicídio e de suicídio. O tipo de arma utilizada é um instrumento formado por uma lâmina dotada de um ou mais bordos afiados e cortantes que termina em ponta, classificando-os segundo o número de bordos, em monocortantes, bicortantes e pluricortantes. Nestas lesões destaca-se a maior profundidade em relação à longitude na superfície, de tal maneira que a penetração pode afetar a estrutura vital, determinando a morte (Gomes, 2014).

- **Feridas perfuro-contusas**

São as feridas mistas nas quais, como o seu nome indica, intervêm mecanismos de ambos os tipos de ação, não corta mas separa as fibras elásticas, os seus bordos não são cortantes mas rombos e pelo tamanho e peso dos instrumentos, predomina a profundidade sobre a extensão (Lynch, 2006).

- **Feridas inciso-cortantes**

As armas que provocam estas feridas são dotadas de uma folha afilada e de um certo peso que proporciona uma maior força viva. Noutras ocasiões são instrumentos cortantes cujo bordo se encontra parcialmente recortado. As características principais que aparecem neste tipo de feridas são: contusão nos bordos, ângulos com ausência de cauda, bordos pouco ligados com paredes irregulares, profundidade que pode chegar ao osso, fundo, profundo formado por tecidos dilacerados e predomínio da extensão na superfície (Gomes, 2014).

- **Feridas lacerantes**

Os instrumentos atuam distendendo os tecidos até ao seu limite de elasticidade, rasgando ou dilacerando. Estas lesões podem guardar uma relação morfológica com o agente lesivo de tal modo que, nas armas dotadas de várias pontas, reproduzem lesões que apresentam um paralelismo similar das distintas partes do instrumento. As lesões caracterizam-se por apresentar fissuras e mutilações de superfície irregular com retalhos que apresentam diferentes formas segundo o alcance dos arrancamentos (Gomes, 2014; Jorge & Dantas, 2003).

- **Feridas de tentativa ou ensaio**

Trata-se de lesões auto provocadas, que apresentam um padrão típico, aparecem geralmente várias feridas agrupadas que se encontram paralelas umas às outras e são superficiais. No homicídio, estas lesões estão ausentes. O local de eleição são os pulsos e indicam que a vítima teve algumas hesitações, até tomar a decisão de executar o corte definitivo (França, 2008; Gomes, 2014).

- **Feridas de defesa**

Produzem-se pela ação intuitiva de proteção da cara e cabeça ao sofrer um ataque, a sua localização preferencial é na região externa dos antebraços e dorso ou palmas das mãos. Também podem aparecer nas flexuras das falanges quando o agredido tenta defender-se, agarrando com as mãos a arma. O aparecimento deste tipo de lesões orienta evidentemente para o homicídio e permite constatar que a vítima se encontrava consciente e não foi atacada de surpresa, provocando também eu podia mover-se e defender-se. Indica também que a vítima não se encontrava inconsciente no momento do ataque e que não estava imobilizada (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006).

- **Feridas aberrantes e Feridas intimidatórias**

As feridas aberrantes aparecem na degolação homicida, acompanhando as lesões do pescoço e encontram-se na cara, nuca e mento. Representam a marca de golpes falhados pelo movimento de proteção da vítima.

As feridas intimidatórias são as marcas que podem aparecer a nível cervical, uma lesão típica, em modo de erosão simples ou arranhão, localizada na região esternocleidomastóidea, que se produz pelo contacto da arma sobre a superfície cutânea. Este tipo de lesão pode observar-se em caos em que se produziu a morte por feridas noutras regiões, ou quando o ataque é acompanhado de uma agressão sexual e corresponde ao uso inicial de uma arma como instrumento intimidatório, pressionando a mesma sobre o pescoço (Gomes, 2014).

c) Asfixia

A palavra asfixia foi criada na antiguidade para designar as mortes repentinas acompanhadas de paragem cardíaca. Contudo, o seu significado tem-se modificado com o tempo e atualmente utiliza-se para indicar a dificuldade respiratória, ou seja, a supressão das trocas respiratórias por falta de oxigénio, nos distintos níveis de intercâmbio gasoso. Com este novo sentido da palavra asfixia, surgiu um novo termo, anoxia, no sentido mais amplo, ou anoxemia, no sentido mais restrito, para expressar que o fundamental é o empobrecimento gradual do sangue em oxigénio, o que vai conduzir a uma penalização de todas as funções vitais, em primeiro lugar o sistema nervoso e depois o coração, que,

como elementos mais nobre, são os primeiros que sucumbem à falta de oxigénio (Gomes, 2014).

As asfixias mecânicas (Lourenço 2011; Gomes 2014) classificam-se atendendo à natureza do meio mecânico que as origina e o seu modo de atuar. Assim existem dois tipos de classificação para a asfixia: asfixia por ação mecânica externa (sobre o pescoço e estrangulamento, sobre orifícios respiratórios e sobre o tórax); e asfixia por penetração de substâncias estranhas nas vias respiratórias como sólidos (soterramento, aspiração de corpo estranho); líquidos (submersão); e gases (ar rarefeito, confinamento).

Cada variedade de asfixia mecânica caracteriza-se por apresentar lesões que são produzidas diretamente pelo agente lesivo desencadeante ou indiretamente pelo mecanismo fisiopatológico de ação do agente e que produz a morte do suspeito. Estas lesões constituem o elemento básico para o diagnóstico médico-legal de cada tipo de asfixia mecânica.

Existem vários tipos de asfixia que passo a enunciar nas alíneas seguintes (Gomes, 2014):

- **Confinamento**

O confinamento consiste na rarefação do oxigénio e no aumento de CO₂. Os sinais autópicos podem ser inexistentes e/ou inespecíficos, podendo apresentar sinais gerais de asfixia. O diagnóstico assenta essencialmente na informação recolhida no local e no respetivo exame do local.

- **Compressão torácica**

Consiste na compressão do tórax por um objeto, o que leva à impossibilidade de efetuar movimentos inspiratórios. Regra geral, a compressão exerce-se de forma gradual. No caso de a compressão ser brusca e/ou de grande intensidade, dá lugar ao aparecimento de lesões traumáticas, nomeadamente esqueléticas, de que deriva a designação de asfixia traumática.

- **Sufocação por obstrução dos orifícios respiratórios**

A obstrução ocorre a nível das narinas e/ou boca por meio das mãos ou por interposição de um objeto maleável. A oclusão dos orifícios respiratórios com as mãos constitui uma violência de etiologia exclusivamente criminal, que por muitas vezes está associado a infanticídio. No adulto é raro, é mais habitual acompanhado de outras violências como estrangulação, compressão do tórax e abdómen, contusões diversas.

- **Obstrução das vias aéreas**

A forma mais comum de obstrução é o edema da glote. Estas vítimas apresentam um hábito externo com ausência de sinais, com exceção da possibilidade de encontrar sinais de venopunção ou picadas de insetos. A etiologia médico-legal geralmente é acidental.

- **Soterramento**

Consiste na obstrução a nível dos brônquios e bronquíolos, por fragmentos de pequenas dimensões tais como areia, terra, cereais, etc. o soterramento da vítima pode ocorrer por queda de terras outros componentes, que irão penetrar na via respiratória, originando asfixia.

- **Aspiração pulmonar**

Consiste na obstrução a nível dos alvéolos pulmonares de conteúdo gástrico, sangue, etc. a etiologia médico-legal em geral é acidental.

- **Engasgamento**

Este tipo de sufocação por obstrução das vias aéreas ocorre por obstrução a nível do aparelho laríngeo, traqueia ou brônquios. Esta obstrução pode ocorrer por fragmentos de alimentos e corpos estranhos diversos.

- **Enforcamento**

O enforcamento ou suspensão pode definir-se como a morte produzida pela constrição do pescoço, exercida por um laço sujeito a um ponto fixo e sobre o qual exerce uma tração (o próprio peso do corpo). Existem quatro tipos de etiologias de enforcamento: acidental (rara, embora mais frequente que a homicida); homicida (constitui um procedimento de exceção já que um indivíduo não pode enforçar outro com força igual); suicida (é um dos procedimentos mais usados em todos os países e épocas); e execução (modo usado pela justiça como condenação à morte, sendo cada vez mais raro).

- **Estrangulamento**

Morte violenta produzida por uma constrição do pescoço mediante a aplicação de uma força ativa. A constrição pode fazer-se por intermédio de um laço ou das mãos dando lugar a lesões distintas, sendo obrigatório o estudo em separado de ambas as variedades.

- **Submersão**

Define-se como um mecanismo de morte ocasionado por respirar ou por perder a respiração debaixo de água. Trata-se de um tipo de asfixia mecânica desencadeada pela penetração de uma matéria líquida ou semilíquida nas vias respiratórias.

d) Intoxicações

Considera-se como tóxico ou veneno qualquer substância que, quando absorvida em quantidade suficiente, causa doença ou morte. A toxicologia forense é o ramo da toxicologia que estuda os métodos de investigação médico-legal nos casos de envenenamento ou morte (Schvartsman, 1999). Podemos dividir a contribuição da toxicologia em quatro áreas: intoxicações acidentais (como as intoxicações no meio doméstico, sendo a intoxicação por monóxido de carbono a mais frequente); suicídio por intoxicação (como a ingestão de substâncias tóxicas, nomeadamente pesticidas); envenenamento e homicídio qualificado; e mortes por *overdose* (injeção de drogas de abuso, em especial de opiáceos) (Gomes, 2014).

O enfermeiro deve recolher a informação relativa aos antecedentes toxicofílicos (caso existam) e eventuais desintoxicações, antecedentes pessoais (se é portador de HIV ou outras doenças infetocontagiosas). Se a vítima já teve internada, deve-se saber qual o motivo de internamento e a hipótese diagnóstica. Deve-se ainda averiguar a possível existência de alterações psíquicas e somáticas, que eventualmente possam ter sido manifestadas pela vítima (ansiedade, agitação, agressividade, confusão mental, alucinações, comportamentos psicóticos, convulsões, arritmias, dor precordial, hipertermia). Por noma, os indivíduos toxicodependentes apresentam sinais francos de desnutrição, má higiene, sinais de picadas antigas com processos inflamatórios dos tecidos moles e ulcerações dos locais de injeção. No entanto, em certos casos, o indivíduo também pode apresentar bom aspeto, não sendo possível a avaliação de consumo de drogas.

É importante o diagnóstico diferencial entre picadas terapêuticas e picadas de consumo, pelo que os profissionais de saúde que prestaram cuidados médicos a estes indivíduos devem fazer um círculo no local onde efetuaram a terapêutica. O enfermeiro forense deve recolher em caso de intoxicações medicamentosas, os comprimidos e todas as lamelas e caixas que estejam presentes no pré-hospitalar ou neste caso, na sala de emergência, medicamentos que possam existir na roupa ou que venha a acompanhar o doente. Se a vítima, em caso de envenenamento, foi assistida pelo INEM, é importante recolher as informações sobre o estado da vítima e que medicação foi administrada, da mesma forma que é importante saber se a vítima foi lavada. Se a vítima foi lavada, é importante averiguar onde estão os objetos usados para tal tarefa, uma vez que esses itens contêm valiosos vestígios tóxicos. Deve-se recolher amostras de conteúdo gástrico através da sonda nasogástrica e se possível, proteger as mãos das vítimas com sacos de papel.

3. METODOLOGIA

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos (Fortin, 2009). A mesma refere que a fase metodológica consiste na identificação dos meios a realizar para a investigação.

3.1 OBJETIVOS DO ESTUDO E TIPO DE ESTUDO

Este estudo correlacional teve como objetivos:

- Avaliar as características sociodemográficas, profissionais e de formação na área de enfermagem forense, dos enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros das três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as praticas a realizar perante situações forenses;
- Avaliar o conhecimento que os enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre o que é enfermagem forense;
- Avaliar a relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as praticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, frequência de curso de formação, idade, anos de experiência profissional e autopercepção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

3.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Fortin (2009, p.53) entende a questão de investigação como um enunciado claro, inequívoco que precisa os conceitos a estudar, particulariza a população em análise e sugere uma investigação empírica.

Segundo Talbot, citado por Fortin:” As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação” (Fortin, 2009).

Assim as questões fundamentais deste estudo foram:

- Quais são as características sociodemográficas, profissionais e de formação na área de enfermagem forense, dos enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria;
- Qual é o conhecimento que os enfermeiros das três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre as práticas a realizar perante situações forenses;
- Qual é o conhecimento que os enfermeiros que exercem funções nas três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre o que é enfermagem forense;
- Qual é a relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, idade, anos de experiência profissional e auto percepção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

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

- Hipótese 1: existem diferenças estatisticamente significativas entre conhecimento que os enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre as práticas a realizar perante situações forenses consoante o local de exercício profissional e o sexo das participantes.
- Hipótese 2: há correlação estatisticamente significativa entre o conhecimento que os enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria têm sobre as práticas a realizar perante situações forenses e a idade, tempo de exercício profissional e auto percepção sobre o conhecimento em enfermagem forense.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009, p.202): “Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”

Assim, a população acessível são os enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Leiria, de Pombal e de Alcobaça; e a amostra são 45 enfermeiros, (dos 68 Enfermeiros do serviço de Urgência do Hospital Santo André no ativo), 5 enfermeiros de Pombal (dos 19 em funções); e 7 de Alcobaça (dos 20 em funções). Como critérios de inclusão definiram-se todos os Enfermeiros que exercem funções no serviço de Urgência Geral, que aceitaram participar no estudo. Como critérios de exclusão ficaram excluídos os enfermeiros que se encontram no serviço de urgência apenas por um curto período de tempo para colmatar faltas de recursos humanos e ainda os que se encontram de licença de parentalidade ou em baixas de longa duração. Dos 57 enfermeiros que fizeram então parte do estudo, a maioria era do sexo feminino (86% em Alcobaça; 82% em Leiria e 100% em Pombal) e com idades entre os 23 a 55 anos.

3.4 INSTRUMENTOS

A recolha de dados foi realizada através de um questionário, aplicado aos Enfermeiros dos três Serviços de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria

Dando resposta aos objetivos foi aplicado um questionário constituído por três partes:

Parte I – Dados sociodemográficos, profissionais e de formação nomeadamente: sexo, idade, tempo de exercício profissional, formação em enfermagem forense no curso, tipo de situações clínicas com as quais teve contacto no serviço de urgência; existência de protocolo de abordagem a situações médico-legais; grau de importância da inclusão na licenciatura de conteúdos de enfermagem forense; frequência de formação em enfermagem forense; importância do enfermeiro forense; auto percepção sobre o conhecimento em enfermagem forense; frequência e tipo de pessoas vítimas de violência a quem presta cuidados; prática de todos os procedimentos no âmbito dos cuidados forenses.

Parte II – Conhecimentos dos enfermeiros sobre o conceito de enfermagem forense

Com esta variável, pretendeu-se avaliar o nível de conhecimentos sobre enfermagem forense através de 8 questões. A seleção das questões a incluir teve por base a revisão da literatura e o estudo de Cunha e Libório (2016). Cada questão foi analisada individualmente e somado o número de questões assinaladas como certas.

Às 8 questões avaliadas em verdadeiro e falso foi atribuída a cotação de 1 quando acertaram e 0 quando erraram. As questões 1, 2, 4,5 e 8 são verdadeiras e a 3, 6 e 7 são falsas.

Parte III – Conhecimento que os enfermeiros têm sobre as práticas a realizar perante situações forenses

Para avaliar esta variável foram utilizados dois casos simulados, baseados em Drake & Ayers (2015) e em bibliografia da área (Ribeiro, 2016)

O caso I consistiu numa situação de vítima politraumatizada. Para este caso foram colocadas 16 afirmações aos enfermeiros relacionadas com a situação. O caso II consistiu numa situação de vítima de agressão com arma de fogo. Para este caso foram colocadas 14 afirmações aos enfermeiros relacionadas com a situação.

Procurou-se, assim, testar quais as práticas que os enfermeiros realizariam em cada uma das situações forenses simuladas. Para perceber se os enfermeiros assinalaram as respostas corretas, optou-se por quantificar as respostas assinaladas corretas (RC); as respostas que não foram assinaladas e estariam certas (RNAC). Para além destes parâmetros foram ainda contabilizadas o número de respostas que os inquiridos acertaram e não erraram nenhuma das respostas– Total de Práticas Corretas (TPC).

3.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Fortin (2009), as considerações éticas entram em jogo desde o princípio da investigação e deverão ser cumpridas diligências preambulares, como sendo obtenção de autorização para a realização do estudo no hospital pretendido e o parecer da comissão de ética.

Em relação aos procedimentos para a recolha de dados, foi realizado um pedido de autorização para a realização da pesquisa, ao Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria (Anexo I).

Após a obtenção da respetiva autorização, foram aplicados os questionários nas três unidades de saúde do Centro Hospitalar de Leiria. Em virtude de ser online antes do início do questionário foi colocada a seguinte informação: “A sua participação consiste no preenchimento de um questionário de recolha de dados, acerca do tema referido e que demora cerca de 20 minutos a preencher. Todas as dúvidas sobre a sua participação neste estudo podem ser enviadas para joanapereira.12@gmail.com que serão respondidas. Ao responder ao questionário está a dar o seu consentimento de participação e da utilização dos dados apenas para fins científicos. Pode interromper a sua participação no estudo sem qualquer consequência, e poderá ter acesso aos resultados do mesmo. Ser-lhe-á garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas pois não será possível identificar quem respondeu ao inquérito.”

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado por computador através da utilização dos seguintes programas: Microsoft Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Os dados recolhidos através do preenchimento de questionários foram transferidos para o suporte informático Microsoft Excel, sendo posteriormente analisados através do software SPSS®.

Os dados foram analisados e a informação recolhida foi tratada através de técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas); medidas de tendência central (medianas e médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação).

Foram aplicados testes estatísticos inferenciais com o objetivo de relacionar variáveis nomeadamente o teste de correlação de *Spearman*, teste U de *Mann Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos em virtude de as variáveis não apresentarem distribuição normal e o número de inquiridos por grupo ser inferior a 30.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se apresentar as análises realizadas aos resultados obtidos no inquérito apresentado aos enfermeiros, tendo por base os objetivos definidos para o estudo.

a) Caracterização demográfica profissional e formação em enfermagem forense

Dos 19 enfermeiros participantes da Urgência do Hospital de Pombal, apenas 5 enfermeiros responderam aos inquéritos; 7 enfermeiros em relação aos 20 enfermeiros da urgência de Alcobaça; e 45 enfermeiros dos 68 enfermeiros da Urgência de Leiria responderam.

No que diz respeito ao sexo a maioria dos respondentes é do sexo feminino: em Pombal a totalidade (100%); 86% em Alcobaça e 82% em Leiria.

Tabela 1 – Distribuição das respostas das amostras conforme o sexo

| Sexo | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|-----------|----------|----|--------|----|--------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Masculino | 1 | 14 | 8 | 18 | 0 | - |
| Feminino | 6 | 86 | 37 | 82 | 5 | 100 |

Em relação à idade verificamos que os enfermeiros do serviço de urgência de Alcobaça são em média mais velhos e os de Leiria mais novos, tendo estas diferenças ao nível das três unidades, como indica o significado estatístico ($X^2=14,590$; $p=0,001$). Relativamente ao tempo de serviço também se verificam diferenças com significado estatístico ($X^2=15,329$; $p<0,001$) tendo os enfermeiros que trabalham em Alcobaça mais tempo de exercício profissional.

Tabela 2: Caraterização das amostras quanto à idade e tempo de exercício profissional

| | | Mínimo | Máximo | Média | Dp |
|---------------------|---------------------------------|--------|--------|-------|------|
| Alcobaça (7) | Idade | 30,0 | 55,0 | 42,7 | 10,7 |
| | Tempo de exercício profissional | 9,0 | 35,0 | 18,4 | 10,7 |
| Pombal (5) | Idade | 35,0 | 43,0 | 39,4 | 3,3 |
| | Tempo de exercício profissional | 13,0 | 22,0 | 17,8 | 4,0 |
| Leiria (45) | Idade | 23,0 | 54,0 | 32,2 | 4,9 |
| | Tempo de exercício profissional | 2,0 | 27,0 | 9,6 | 4,6 |

Durante a Licenciatura de Enfermagem não receberam formação sobre Enfermagem Forense 29% enfermeiros que trabalham na unidade de Alcobaça; 84% enfermeiros que trabalham na unidade de Leiria e a totalidade dos enfermeiros que trabalham em Pombal.

Para além de não terem recebido formação também a maioria ou a totalidade dos enfermeiros nas diversas unidades de urgência responderam que não realizaram nenhum trabalho na área de enfermagem forense conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das respostas das amostras consoante a formação em enfermagem forense durante o curso

| | | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--------------------------------------|-----|----------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Formação durante Licenciatura | Sim | 5 | 71 | 7 | 16 | 0 | - |
| | Não | 2 | 29 | 38 | 84 | 5 | 100 |
| Trabalho durante Licenciatura | Sim | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | Não | 7 | 100 | 45 | 100 | 5 | 100 |

Nas três Unidades de Urgência da Instituição Hospitalar as situações clínicas com as quais já tiveram contato na sala de emergência com maior prevalência foram os acidentes de viação.

De salientar a inclusão de áreas não médico – cirúrgicas nomeadamente pediátricas em Alcobaça por ser uma unidade Básica (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das respostas das amostras face às situações clínicas com as quais tiveram contato na sala de urgência/emergência*

| Situações Clínicas | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|-------------------------------------|----------|------|--------|------|--------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Lesões por Armas de Fogo ou Brancas | 3 | 42,8 | 39 | 86,6 | 2 | 40 |
| Violência Conjugal | 3 | 42,8 | 17 | 37,7 | 2 | 40 |
| Violência contra Idosos | 2 | 28,6 | 13 | 28,9 | 1 | 20 |
| Violência contra crianças | 4 | 57,1 | 1 | 2,2 | 0 | - |
| Negligência e má prática clínica | 2 | 28,6 | 8 | 17,8 | 1 | 20 |
| Acidentes de viação | 6 | 85,7 | 44 | 97,8 | 5 | 100 |
| Homicídio ou Suicídio | 5 | 71,4 | 24 | 53,3 | 4 | 80 |
| Traumatismos | 6 | 85,7 | 41 | 91,1 | 5 | 100 |
| Morte violenta | 2 | 28,6 | 15 | 33,3 | 1 | 2 |
| Agressão sexual | 2 | 28,6 | 7 | 15,5 | 0 | - |
| Colheita e Preservação de Vestígios | 0 | - | 4 | 8,9 | 0 | - |

*só foram aqui incluídas as respostas e percentuais positivos

Ao questionarmos sobre a existência de protocolos poderemos referir que mesmo na mesma unidade de urgência, as respostas são díspares, existindo respostas para sim, não e não sei (**tabela 5**), o que nos leva a questionar o circuito da informação e a motivação par pela procura de informação.

De salientar ainda que, quando questionados sobre no caso afirmativo, procedimentos são adotados apenas obtivemos duas respostas “pesquisa de alcoolemia e psicotrópicos a pessoas envolvidas em acidentes de viação (Leiria) e” não despir, não limpar, não contaminar a possível prova. Referenciar para a PSP, Polícia Judiciária e/ou proteção de menores de acordo com a situação” (Alcobaça).

Tabela 5 – Distribuição das respostas da amostra quanto à existência de protocolos de abordagem a situações médico-legais

| Existência de protocolos de abordagem | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|---------------------------------------|----------|----|--------|----|--------|----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sim | 1 | 14 | 5 | 11 | 0 | - |
| Não | 3 | 43 | 10 | 22 | 2 | 40 |
| Não sei | 3 | 43 | 30 | 67 | 3 | 60 |

Sobre os conteúdos curriculares sobre enfermagem forense serem ou não importantes incluir no plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em Alcobaça 4 enfermeiros responderam ser *muito importante* (57%); em Leiria, 25 enfermeiros responderam ser “*importante*” (58%), “*muito importante*” responderam 17 enfermeiros (40%); e em Pombal, 2 enfermeiros responderam “*importante*” (50%) e 1 enfermeiro “*muito importante*” (25%).

Tabela 6 – Distribuição das respostas das amostras sobre a Importância atribuída à inclusão de conteúdos sobre enfermagem forense no plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

| Importância Conteúdos Curriculares | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|------------------------------------|----------|----|--------|----|--------|----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Importante | 3 | 42 | 25 | 58 | 2 | 50 |
| Muito importante | 4 | 57 | 17 | 40 | 1 | 25 |
| Indiferente | 0 | - | 0 | - | 1 | 25 |
| Pouco importante | 0 | - | 1 | 2 | 0 | - |
| Nada importante | 0 | - | 0 | - | 0 | - |

Para a pergunta “*Já frequentou alguma formação na área de enfermagem forense?*”, 3 enfermeiros (60%) dos 5 enfermeiros de Pombal responderam que não; em Alcobaça, 6 enfermeiros (85,7%) responderam também que não; e em Leiria, dos 45 enfermeiros, 34 enfermeiros (75,6%) responderam que não frequentaram nenhuma formação sobre enfermagem forense.

Dos que responderam que sim, que já frequentaram formação na área de enfermagem forense, verificamos que em Pombal o mais prevalente foi em Ações de formação; em Alcobaça cursos breves e em Leiria Jornadas. Os que não realizaram formação maioritariamente afirmaram a falta de conhecimento (Enfermeiros de Pombal e Alcobaça) e pouca oferta formativa (Leiria).

Tabela 7: Distribuição das respostas das amostras quanto ao tipo de formação realizada e motivos da não formação na área de Enfermagem Forense

| | | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|------------------------|----------|------|--------|------|--------|-----|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Formação Forense | Cursos Breves | 1 | 14,3 | 2 | 4,4 | 0 | - |
| | Conferências | 0 | - | 1 | 2,2 | 0 | - |
| | Jornadas | 0 | - | 5 | 11,1 | 0 | - |
| | Ações de formação | 0 | - | 2 | 4,4 | 2 | 40 |
| | Workshops | 0 | - | 1 | 2,2 | 0 | - |
| | Não | 6 | 85,7 | 34 | 75,6 | 3 | 60 |
| Motivo não realização de Formação Forense | Pouca oferta formativa | 2 | 33 | 16 | 46 | 0 | - |
| | Falta de tempo | 1 | 17 | 4 | 11 | | |
| | Não teve conhecimento | 3 | 50 | 13 | 37 | 3 | 100 |
| | Não tem interesse | 0 | - | 2 | 6 | 0 | - |

A maioria dos enfermeiros das três unidades de urgência considera importante a existência de enfermeiro forense, sendo que a maioria dos enfermeiros independentemente do local de trabalho considera ter *pouco apropriados* ou *inexistentes* conhecimentos sobre enfermagem forense (**tabela 8**).

Tabela 8: Distribuição das respostas das amostras quanto à importância do enfermeiro forense e auto percepção do conhecimento que tem sobre a área

| | | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|------------------|----------|----|--------|----|--------|----|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Importância Enfermeiro Forense | Muito importante | 2 | 29 | 12 | 27 | 1 | 20 |
| | Importante | 4 | 57 | 28 | 62 | 3 | 60 |
| | Indiferente | 1 | 14 | 2 | 4 | 1 | 20 |
| | Pouco importante | 0 | - | 3 | 7 | 0 | - |
| | Nada importante | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Classificação conhecimento Enfermagem Forense | Inexistente | 3 | 43 | 4 | 9 | 0 | - |
| | Pouco apropriado | 3 | 43 | 31 | 69 | 4 | 80 |
| | Razoável | 1 | 14 | 8 | 18 | 1 | 20 |
| | Apropriado | 0 | - | 2 | 4 | 0 | - |
| | Muito apropriado | 0 | - | 0 | - | 0 | - |

Com exceção de Leiria, os enfermeiros de Alcobaça e Pombal referiram que raramente cuidam de *peças vítimas de violência*, sendo que em Leiria a maioria (60%) dos enfermeiros referiram que algumas vezes o fazem

As características das três unidades levam a que a tipologia da pessoa de quem cuidam também seja diferente. Tal como podemos visualizar na tabela seguinte, 60% dos enfermeiros em Pombal responderam que são mais os homens com idade até aos 65 anos; em Alcobaça 50% responderam que são os idosos que mais sofrem com a violência; e em Leiria 49% dos respondentes afirmaram que são as mulheres até aos 65 anos.

A confirmar a necessidade de formação temos as respostas à próxima questão “*Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber, com toda a certeza, quais os procedimentos a efetuar, no âmbito dos cuidados forenses?*” 100% dos enfermeiros de Pombal não têm a certeza dos procedimentos a efetuar; 86% dos enfermeiros de Alcobaça e 67% dos que trabalham em Leiria também responderam no mesmo sentido.

Tabela 9: Distribuição das respostas das amostras quanto Frequência Cuidado Pessoas Vítimas de Violência, Faixa etária vítima de violência e Certeza sobre os procedimentos a realizar, no âmbito dos cuidados forenses

| | | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|------------------------|----------|----|--------|----|--------|-----|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Frequência Cuidado Pessoas Vítimas de Violência | Muitas vezes | 0 | - | 1 | 2 | 0 | - |
| | Algumas vezes | 2 | 29 | 27 | 60 | 2 | 40 |
| | Raramente | 5 | 71 | 17 | 38 | 3 | 60 |
| | Nunca | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| Faixa etária vítima de violência | Homens (até 65 anos) | 1 | 17 | 18 | 40 | 3 | 60 |
| | Mulheres (até 65 anos) | 2 | 33 | 22 | 49 | 2 | 40 |
| | Mulheres grávidas | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | Adolescentes | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | Crianças | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| | Idosos | 3 | 50 | 5 | 11 | 0 | - |
| Certeza sobre os procedimentos a realizar, no âmbito dos cuidados forenses | Sim | 0 | - | 9 | 20 | 0 | - |
| | Não | 6 | 86 | 30 | 67 | 5 | 100 |
| | Nunca prestei | 1 | 14 | 6 | 13 | 0 | - |

b) Conhecimento sobre o conceito de Enfermagem Forense

Para a questão “*Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais*”, dos enfermeiros que responderam que era verdadeira a questão foram: 30 enfermeiros de Leiria (68,2%); 3 enfermeiros de Alcobaça (42,9%); 5 enfermeiros de Pombal (100,0%). A questão “*A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros*”, em Leiria responderam 43 enfermeiros (87,7%) que era verdadeiro; em Alcobaça 6 enfermeiros (85,7%) referem verdadeiro; e em Pombal, 4 enfermeiros (80,0%) também afirmam que é verdadeiro. Em Leiria, para o item “*A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social*”, 9 enfermeiros (20,5%) de Leiria afirmam que é falso; Alcobaça, 3 (42,9%) que é falso; e em Pombal, os 5 enfermeiros (100,0%) responderam que é verdadeira a afirmação. Para o item “*A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal*” dos 45 enfermeiros de Leiria, 30 (68,2%) afirmaram que é verdadeiro; em Alcobaça, dos 7

enfermeiros que responderam ao inquérito, os 7 (100,0%) afirmaram que é verdadeiro; e dos 5 enfermeiros de Pombal, 3 (60,0%) responderam que é verdadeiro

A próxima questão “*A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores*”, 10 enfermeiros de Leiria (31,8%) responderam falsa a questão; Alcobaça 1 enfermeiro (14,3%) falso; e em Pombal, os 5 enfermeiros (100,0%) afirmaram que é verdadeira a questão enunciada. Para a seguinte afirmação “*Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência*”, Leiria 10 enfermeiros (31,8%) responderam falso; Alcobaça 1 enfermeiro (14,3%) respondeu falso; e em Pombal, os 5 enfermeiros (100,0%) responderam que era verdadeiro.

A afirmação “*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*”, 15 enfermeiros de Leiria (34,1%) deram como resposta que era falsa; Alcobaça refere que dos 7 enfermeiros, 3 (42,9%) responderam falso; e em Pombal, 3 enfermeiros (60,0%) falso.

A afirmação “*A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação*”, em Leiria 2 enfermeiros responderam (4,5%) falso; Alcobaça, os 7 enfermeiros (100,0%) responderam verdadeiro; e Pombal também os 5 enfermeiros respondera verdadeiro (100,0%).

As questões 2 e 8, consideradas certas, obtiveram o maior número de respostas pelas 3 unidades: na questão n.º 2: 85,7% de Enfermeiros em Alcobaça; 87,7% em Leiria; e 80,0% em Pombal; e na questão n.º 8: 100,0% de respostas certas em Alcobaça; 95,5% em Leiria; e 100,0% em Pombal (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição das respostas das amostras quanto ao conhecimento do conceito de Enfermagem Forense

| | | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|---|--------|----------|-------|--------|------|--------|-------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1.Aplicação das questões legais no conhecimento de enfermagem | Certo | 3 | 42,9 | 30 | 68,2 | 5 | 100,0 |
| | Errado | 4 | 57,1 | 14 | 31,8 | | |
| 2.Enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses | Certo | 6 | 85,7 | 43 | 87,7 | 4 | 80,0 |
| | Errado | 1 | 14,3 | 1 | 2,3 | 1 | 20,0 |
| 3.Enfermagem forense designa a prestação de cuidados às vítimas apenas ao trauma físico e social | Certo | 4 | 57,1 | 35 | 79,5 | 5 | 100,0 |
| | Errado | 3 | 42,9 | 9 | 20,5 | | |
| 4.Enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em PT | Certo | 7 | 100,0 | 30 | 68,2 | 3 | 60,0 |
| | Errado | | | 14 | 31,8 | 2 | 40,0 |
| 5.Enfermagem forense inclui a prestação de cuidados aos agressores | Certo | 6 | 85,7 | 34 | 68,2 | 5 | 100,0 |
| | Errado | 1 | 14,3 | 10 | 31,8 | | |
| 6.Enfermagem forense designa prestação de cuidados de enfermagem apenas vítimas de maus tratos | Certo | 6 | 85,7 | 34 | 68,2 | 5 | 100,0 |
| | Errado | 1 | 14,3 | 10 | 31,8 | | |
| 7.Enfermagem forense designa apenas identificação, recolha e preservação de vestígios | Certo | 4 | 57,1 | 29 | 65,9 | 2 | 40,0 |
| | Errado | 3 | 42,9 | 15 | 34,1 | 3 | 60,0 |
| 8.Enfermagem forense combina a abordagem clínica com a investigação relativa à procura de vestígios | Certo | 7 | 100,0 | 42 | 95,5 | 5 | 100,0 |
| | Errado | | | 2 | 4,5 | | |

Apesar das diferenças obtidas nesta variável entre as duas unidades, ao somarmos o número de questões assinaladas corretamente, verificamos que as diferenças não têm significado estatístico ($X^2=1,394$; $p=0,498$) tal como podemos observar na tabela 11.

Tabela 11: Caracterização das amostras quanto ao número de questões assinaladas corretamente

| Nome do Hospital | Nº | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|----------------------|----|--------|--------|-------|---------------|
| Hospital de Pombal | 5 | 5,0 | 8,0 | 6,8 | 1,0 |
| Hospital de Leiria | 44 | 3,0 | 8,0 | 6,2 | 1,1 |
| Hospital de Alcobaça | 7 | 3,0 | 8,0 | 6,0 | 1,7 |

c) Conhecimento dos enfermeiros das três unidades do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses

De seguida apresentam-se os dados relativos a esta variável por caso clínico. Para uma melhor perceção, transcrevem-se os mesmos antes da análise das respostas a cada um.

Caso 1

Assim, o primeiro caso clínico correspondia a *“Vítima do sexo masculino, 18 anos de idade, helitransportado após atropelamento, apresentado ferimentos múltiplos, quando parou numa estrada para ajudar outro condutor. Testemunhas relataram à equipa de emergência pré-hospitalar que a vítima correu para um cruzamento sem reparar que vinha outro carro. Segundo as testemunhas a viatura ia a uma velocidade superior aos 25 km/hora. A vítima foi entubada e esta estável. Aguarda vaga na unidade de cuidados intensivos (UCI). Sendo enfermeiro(a) responsável pelo doente, indique em contexto de práticas forenses, quais os procedimentos que deve realizar.”*

Consultando os dados da tabela 12 verificamos que das respostas assinaladas certas, na questão 11 obteve-se em Alcobaça, 85,7% de respostas assinaladas pelos enfermeiros, 77,7% em Leiria; e 80% em Pombal; e a questão 3, 85,7% de respostas certas em Alcobaça; 77,7% em Leiria; e 80% em Pombal.

Tabela 12: Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses (caso 1)

| | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|---|----------|------|--------|------|--------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1.Não retiro a roupa enquanto a vítima não chegar à UCI | 3 | 42,9 | 4 | 8,8 | 1 | 20 |
| 2.Solicito ao agente da autoridade para não abandonar a vítima até se entregar os vestígios forenses.** | 5 | 71,4 | 27 | 60 | 3 | 60 |
| 3.Tenho o dever de saber recolher vestígios forenses corretamente** | 3 | 42,8 | 27 | 60 | 3 | 60 |
| 4.Incluo a minha opinião nos registos para fundamentar procedimentos | 1 | 14,2 | 6 | 13,3 | 1 | 20 |
| 5.Solicito os contatos dos elementos da equipa pré-hospitalar para o processo da vítima*** | 3 | 42,8 | 21 | 46,6 | 2 | 40 |
| 6.Faço os registos idênticos aos dos registos de enfermagem pré-hospitalar | 1 | 14,2 | 5 | 11,1 | 1 | 20 |
| 7.Registo no processo de enfermagem todos os relatos verbais da equipa pré-hospitalar que são transmitidos na minha presença** | 5 | 71,4 | 28 | 62,2 | 5 | 100 |
| 8.Faço perguntas à equipa do pré-hospitalar sobre o estado da viatura após embate.** | 4 | 57,1 | 35 | 77,7 | 3 | 60 |
| 9.Tenho de secar a roupa ensanguentada ou húmida ao ar livre 1 a 2 horas | 0 | - | 2 | 4,4 | 0 | - |
| 10.Congelo sangue em caso de vestígios com sangue líquido** | 0 | - | 1 | 2,2 | 0 | - |
| 11.Descrevo a natureza da ferida, dimensão da ferida; fotografia da ferida, posição/altura da ferida.** | 6 | 85,7 | 35 | 77,7 | 4 | 80 |
| 12.Utilizo solução iodopovidona para desinfetar a pele antes de colher sangue para doseamento de álcool** | 1 | 14,2 | 10 | 22,2 | 3 | 60 |
| 13.Não utilizo álcool na desinfeção da pele porque interfere na avaliação da taxa de alcoolemia** | 6 | 85,7 | 35 | 77,7 | 4 | 80 |
| 14.Necessito de recolher 5ml de sangue para tubo seco para avaliação da taxa de alcoolemia | 7 | 100 | 35 | 77,7 | 2 | 40 |
| 15.Uso máscara apenas se eu apresentar sintomas de constipação | 1 | 14,2 | 3 | 6,6 | 2 | 40 |
| 16.Coloco o nome completo/número de processo, idade e data de nascimento, número episódio urgência, breve descrição da fonte ou onde foi recolhido, data e hora de recolha, e no final coloco as minhas iniciais e assino** | 7 | 100 | 29 | 64 | 3 | 60 |

* foram registadas o número de enfermeiros que assinalaram as questões, independentemente se estavam corretas ou erradas, por cada Hospital; **respostas corretas

Se considerarmos as respostas assinaladas como corretas (RC) verificamos que em Alcobaça 100% dos enfermeiros assinalaram corretamente 1 questão; 82,2% em Leiria; e 80% dos enfermeiros em Pombal. Para o total dos não assinalados corretos (RNCA),

para 6 questões, 57,1% dos enfermeiros em Alcobaça não assinalaram corretamente; 86,7% em Leiria; e 60% em Pombal. Para as acertadas e não erradas (TPC) 57,1% dos enfermeiros em Alcobaça acertaram uma questão e não erraram nenhuma das respostas; 68,9% em Leiria; e 40% em Pombal (tabela 13).

Tabela 13- Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses por RC; RNCA e TPC (caso 1)

| | Numero de respostas assinaladas | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|--|----------|-------|--------|------|--------|------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Numero de perguntas assinalas corretamente (RC) | 0,00 | | | 3 | 6,7 | | |
| | 1,00 | 7 | 100,0 | 37 | 82,2 | 4 | 80,0 |
| | 2,00 | | | 5 | 11,1 | 1 | 20,0 |
| Números de questões não assinalados corretos (RNCA) | 4,00 | | | 1 | 2,2 | | |
| | 5,00 | 3 | 42,9 | 5 | 11,1 | 2 | 40,0 |
| | 6,00 | 4 | 57,1 | 39 | 86,7 | 3 | 60,0 |
| Acertadas e nenhuma não errada(TPC) | 1,00 | 4 | 57,1 | 31 | 68,9 | 2 | 40,0 |
| | 2,00 | | | 6 | 13,3 | 1 | 20,0 |
| | Erraram umas e acertaram outras sendo consideradas 0 | 3 | 42,9 | 8 | 17,8 | 2 | 40,0 |

Caso 2

Para o segundo e último caso clínico “*Vítima do sexo feminino, 45 anos de idade, apresenta uma ferida de bala na cabeça chega ao serviço de urgência acompanhado pelo INEM. Segundo a equipa de emergência pré-hospitalar, o marido presente no local, afirmou que ele e sua esposa tinham discutido. Ele saiu do quarto e ouviu tiros. Ao regressar ao quarto, encontrou a esposa com um tiro na cabeça. Ele ligou para o 112, relatando que ela tinha disparado um tiro sobre si mesma. À chegada do INEM, a vítima foi encontrada inconsciente no chão da cozinha. A vítima apresenta respiração agónica e foi intubada. Foi colocado um cateter via endovenosa, após várias tentativas, tendo-se procedido ao transporte imediatamente. A vítima está estável, aguardando transferência para a Unidade de Neurotrauma para recuperação de órgãos e tecidos. Uma vez que não há camas disponíveis, fica no Serviço de Urgência. As autoridades estão presentes no local e uma vez que é o(a) enfermeiro(a) responsável pelo doente solicitam a recolha de provas forenses.*”

Pela consulta da tabela 14 verificamos que dos itens considerados corretos na questão 9, 85,7% dos enfermeiros de Alcobaça responderam acertadamente; 82% em Leiria; e 40% dos enfermeiros em Pombal.

Tabela 14 - Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses (caso 2)*

| | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|----------|------|--------|-----|--------|----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1.Verifico a presença de sinais de arrastamento, o que pode indiciar tratar-se de suicídio.** | 2 | 28,5 | 19 | 42 | 1 | 20 |
| 2.Pesquiso sempre se há indícios de agressão sexual.** | 2 | 28,5 | 25 | 56 | 0 | 0 |
| 3.Pesquiso por lesões nos membros inferiores e superiores da vítima se suspeito de homicídio**. | 4 | 57,1 | 35 | 78 | 3 | 60 |
| 4.Assinalo os orifícios existentes no corpo da vítima com marcador. ** | 3 | 42,9 | 15 | 33 | 2 | 40 |
| 5.Coloco uma compressa com betadine para permitir preservação da ferida (orifício de entrada) até uma distância de 10 cm adjacentes. | 0 | 0 | 4 | 9 | 0 | 0 |
| 6.Registo quem manipulou a bala e como esta foi acondicionada. ** | 3 | 42,9 | 29 | 64 | 3 | 60 |
| 7.Coloco a bala nos frascos de urina envolvida numa luva esterilizada. | 1 | 14,2 | 24 | 53 | 0 | 0 |
| 8.Efetuo a recolha de resíduos de pólvora ate 3 horas após a ocorrência. | 2 | 28,5 | 16 | 36 | 1 | 20 |
| 9.Registo todos os cateteres, drenos, eléctrodos ou outros procedimentos antes de enviar o corpo para a morgue. ** | 6 | 85,7 | 37 | 82 | 2 | 40 |
| 10.Retiro todos os cateteres, drenos, eléctrodos ou outros procedimentos e envio para a morgue. ** | 5 | 71,4 | 10 | 22 | 0 | 0 |
| 11.Envolve a arma de fogo em adesivo, nomeadamente no gatilho e no "cão", como forma de garantir que a arma de fogo está em segurança**. | 1 | 14,2 | 2 | 4 | 1 | 20 |
| 12.Registo o conceito "padrão de lesão" para descrever lesões provocadas por arma de fogo**. | 3 | 42,9 | 22 | 49 | 2 | 40 |
| 13.Considero nos registos projétil perfurante se a bala não sai do corpo da vítima. ** | 3 | 42,9 | 23 | 51 | 2 | 40 |
| 14.Coloco imediatamente as mãos da vítima em sacos de papel, mesmo que húmidas. | 3 | 42, | 25 | 56% | 2 | 40 |

* foram registadas o número de enfermeiros que assinalaram as questões, independentemente se estavam corretas ou erradas, por cada Hospital. **itens corretos

Para o número de respostas assinaladas corretamente (RC), os dados demonstram que não houve grandes diferenças entre Alcobaça e Pombal, mas em Leiria, apenas referir que de 28,9% dos enfermeiros, assinalaram corretamente em 5 respostas. Para o total dos não assinalados (RNCA), para 3 respostas, 71,4% não assinalaram corretamente em Alcobaça; 40,0% em Leiria; e 80% em Pombal. Por último, das respostas acertadas e não erradas (TPC), 28,6% dos enfermeiros em Alcobaça, 64,4% de Leiria e 20,0% em Pombal, não assinalaram nenhuma resposta (tabela 15).

Tabela 15- Distribuição das respostas das amostras quanto às práticas a realizar perante situações forenses por RC; RNCA e TPC (caso 2).

| | Numero de respostas assinaladas | Alcobaça | | Leiria | | Pombal | |
|--|---------------------------------|----------|------|--------|------|--------|------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Numero de perguntas assinalas corretamente (RC) | ,00 | | | 2 | 4,4 | | |
| | 1,00 | | | 1 | 2,2 | 1 | 20,0 |
| | 2,00 | 1 | 14,3 | 1 | 2,2 | 1 | 20,0 |
| | 3,00 | 2 | 28,6 | 5 | 11,1 | | |
| | 4,00 | 1 | 14,3 | 4 | 8,9 | 1 | 20,0 |
| | 5,00 | | | 13 | 28,9 | 1 | 20,0 |
| | 6,00 | 1 | 14,3 | 4 | 8,9 | 1 | 20,0 |
| | 7,00 | 1 | 14,3 | 5 | 11,1 | | |
| | 8,00 | | | 6 | 13,3 | | |
| | 9,00 | | | 4 | 8,9 | | |
| | 10,00 | 1 | 14,3 | | | | |
| Total dos não assinalados corretos (RNCA) | 0,00 | | | 3 | 20,0 | | |
| | 1,00 | 1 | 14,3 | 11 | 24,4 | | |
| | 2,00 | 1 | 14,3 | 13 | 28,9 | 1 | 20,0 |
| | 3,00 | 5 | 71,4 | 18 | 40,0 | 4 | 80,0 |
| Acertadas e nenhuma não errada(TPC) | 0,00 | 2 | 28,6 | 29 | 64,4 | 1 | 20,0 |
| | 1,00 | | | 1 | 2,2 | 1 | 20,0 |
| | 2,00 | 1 | 1,3 | 1 | 2,2 | 1 | 20,0 |
| | 3,00 | 2 | 28,6 | 2 | 4,4 | | |
| | 4,00 | 1 | 14,3 | 1 | 2,2 | 1 | 20,0 |
| | 5,00 | | | 8 | 17,8 | 1 | 20,0 |
| | 6,00 | 1 | 14,3 | 2 | 4,4 | | |
| | 7,00 | | | | | | |
| | 8,00 | | | 1 | 2,2 | | |

d) Relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, idade, anos de experiência profissional e auto percepção sobre o conhecimento em Enfermagem Forense

Em relação ao local de trabalho, verificamos pela consulta dos dados na tabela 16 que não há diferenças com significado estatístico no nível dos conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre as práticas a realizar perante situações forenses consoante o local de exercício profissional.

Tabela 16 - Resultados da aplicação Teste Kruskal Wallis ao nível do conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional

| | Local | Nº | Posto Médio | X ² | p |
|----------------------|----------|----|-------------|----------------|------|
| Caso 1 (RC) | Pombal | 5 | 32,9 | ,846 | ,655 |
| | Leiria | 45 | 28,8 | | |
| | Alcobaça | 7 | 27,5 | | |
| Caso 1 (RNCA) | Pombal | 5 | 23,3 | 4,487 | ,106 |
| | Leiria | 45 | 30,6 | | |
| | Alcobaça | 7 | 22,5 | | |
| Caso 1 (TPC) | Pombal | 5 | 26,4 | 2,801 | ,247 |
| | Leiria | 45 | 30,4 | | |
| | Alcobaça | 7 | 21,2 | | |
| Caso 2 (RC) | Pombal | 5 | 18,4 | 2,719 | ,257 |
| | Leiria | 45 | 30,6 | | |
| | Alcobaça | 7 | 26,2 | | |
| Caso 2 (RNCA) | Pombal | 5 | 39,8 | 4,908 | ,086 |
| | Leiria | 45 | 26,7 | | |
| | Alcobaça | 7 | 36,0 | | |
| Caso 2 (TPC) | Pombal | 5 | 35,6 | 2,706 | ,258 |
| | Leiria | 45 | 27,3 | | |
| | Alcobaça | 7 | 35,1 | | |

Dado não haver diferenças entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre as práticas a realizar perante situações forenses consoante o local de exercício profissional, as seguintes análises foram realizadas não separando o local de exercício profissional.

Para o total das respostas acertadas e não erradas (TPC) no caso 2 para o tempo de exercício e para a idade, verificou-se que as diferenças não têm significado estatístico ($p > 0,05$) sendo que para o caso 1 as diferenças são tendencialmente significativas ($p = 0,051$). Relativamente à auto percepção sobre o seu conhecimento em enfermagem forense, verificou-se que quem refere ter pouco conhecimentos não assinalou corretamente as questões (RNCA) no caso 1 e 2, e acertou em mais questões e não errou nenhuma no caso 2, tendo essas diferenças significado estatístico ($p < 0,05$).

Tabela 17 – Resultados da aplicação da correlação de *Spearman* entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e a idade, tempo de exercício profissional e auto percepção sobre o conhecimento

| Casos clínicos | | Autoconhecimento | | Tempo de Exercício (em anos) | | Idade | |
|----------------|------|------------------|------|------------------------------|------|-------|------|
| | | rs | p | rs | p | rs | p |
| Caso 1 | RC | -,026 | ,847 | -,039 | ,772 | -,067 | ,619 |
| | RNCA | ,303* | ,022 | -,178 | ,185 | -,143 | ,288 |
| | TPC | ,246 | ,065 | -,255 | ,056 | -,260 | ,051 |
| Caso 2 | RC | ,172 | ,200 | -,102 | ,452 | -,134 | ,321 |
| | RNCA | -,308* | ,020 | ,248 | ,063 | ,243 | ,068 |
| | TPC | -,271* | ,041 | ,126 | ,349 | ,109 | ,418 |

Pela aplicação do teste de *Man Whitney*, verificou-se que os enfermeiros que frequentaram cursos apresentam uma *media de rank* (posto médio) mais elevado tendo essas diferenças significado estatístico no que diz respeito a resolução do caso 1 ($p < 0,05$).

Tabela 18 – Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e a frequência de curso de formação em Enfermagem Forense

| | Frequência de curso | N | Posto Médio | U | p |
|---------------|---------------------|----|-------------|---------|------|
| Caso 1 (RC) | Sim | 14 | 35,2 | 214,000 | ,011 |
| | Não | 43 | 26,9 | | |
| Caso 1 (RNCA) | Sim | 14 | 32,5 | 252,000 | ,185 |
| | Não | 43 | 27,8 | | |
| Caso 1 (TPC) | Sim | 14 | 34,9 | 218,000 | ,068 |
| | Não | 43 | 27,0 | | |
| Caso 2 (RC) | Sim | 14 | 26,0 | 259,000 | ,431 |
| | Não | 43 | 29,9 | | |
| Caso 2 (RNCA) | Sim | 14 | 30,6 | 278,500 | ,654 |
| | Não | 43 | 28,4 | | |
| Caso 2 (TPC) | Sim | 14 | 31,8 | 261,500 | ,418 |
| | Não | 43 | 28,0 | | |

Em relação ao sexo, quer seja feminino ou masculino, importa salientar que não interfere no nível de conhecimentos sobre práticas forenses dos enfermeiros, uma vez que as diferenças não têm significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 19 – Resultados da aplicação do teste U de *Mann-Whitney* entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as práticas a realizar perante situações forenses e o sexo

| | Sexo | N | Posto Médio | U | p |
|---------------|-----------|----|-------------|---------|------|
| Caso 1 (RC) | Feminino | 48 | 29,8 | 177,000 | ,178 |
| | Masculino | 9 | 24,6 | | |
| Caso 1 (RNCA) | Feminino | 48 | 28,6 | 200,000 | ,609 |
| | Masculino | 9 | 30,7 | | |
| Caso 1 (TPC) | Feminino | 48 | 28,9 | 214,000 | ,959 |
| | Masculino | 9 | 29,2 | | |
| Caso 2 (RC) | Feminino | 48 | 27,8 | 158,500 | ,203 |
| | Masculino | 9 | 35,3 | | |
| Caso 2 (RNCA) | Feminino | 48 | 29,5 | 192,000 | ,573 |
| | Masculino | 9 | 26,3 | | |
| Caso 2 (TPC) | Feminino | 48 | 28,7 | 202,000 | ,735 |
| | Masculino | 9 | 30,5 | | |

5. DISCUSSÃO

No presente capítulo iremos apresentar a discussão dos resultados mais pertinentes, confrontando-os entre si, com o enquadramento teórico de referência e as questões de investigação formuladas, tentando simultaneamente evidenciar os seus significados e implicações. Segundo Fortin (2009), nesta fase de investigação, deverão ser implementados esforços para se proceder a comparações, a contrastar resultados e fazer inferências, tendo por base um pensamento crítico.

A discussão terá por base os objetivos definidos anteriormente.

Numa amostra de 57 enfermeiros que fizeram parte deste estudo, a grande maioria dos participantes são do sexo feminino: 86% em Alcobaça, 82% em Leiria e 100% em Pombal. Em relação à idade, verificamos que os Enfermeiros do serviço de urgência de Alcobaça são em média mais velhos e os Leiria mais novos. Para o tempo de exercício das três urgências do Centro Hospitalar de Leiria, em Alcobaça os enfermeiros executam funções entre os 9 a 35 anos; Leiria entre 2 a 27 anos; e em Pombal, 13 a 22 anos de exercício profissional. Como tal, para além dos enfermeiros em Alcobaça terem uma média de idades mais alta, executam funções também há mais tempo, comparativamente com as outras urgências.

Sobre a formação base, em Leiria, 38 enfermeiros responderam que não receberam formação (84%); em Pombal, dos 5 enfermeiros que responderam ao inquérito, disseram que não receberam também formação sobre enfermagem forense (100%); e Alcobaça, 71% afirmaram que receberam formação durante a Licenciatura. Para a realização de trabalho na área, foi unânime a resposta nas três urgências do Centro Hospitalar de Leiria, com os 57 enfermeiros a afirmarem (100%) que não realizaram nenhum trabalho durante a Licenciatura. Em Portugal, enfermagem forense foi reconhecida pela Associação Americana de Enfermeiros em 1996, mas a sua evolução inicial foi lenta. Com o número elevado de crimes e a necessidade de resposta por parte dos Hospitais, o papel do enfermeiro forense tornou-se cada vez mais importante, com ênfase crescente na prática médico-legal. Isto traduz-se na crescente iniciação de pós-graduações e cursos na área de Enfermagem Forense por parte de várias escolas (Goncalves, 2011).

No que diz respeito aos enfermeiros terem contato com situações clínicas relacionadas com a área forense na sala de emergência, Pombal respondeu que 100% (dos 5 enfermeiros) já tiveram contato com acidentes de viação e traumatismos, 4 enfermeiros (80%) responderam que tiveram contato com homicídios e suicídios; e 2 (40%) com armas de fogo ou armas brancas. É de referir que em Pombal, dos 5 enfermeiros, ninguém teve contato com violência contra crianças, agressões e não realizaram colheitas ou preservação de vestígios. Em relação a Alcobaça, dos 7 enfermeiros, 6 (85,7%) responderam que tiveram contacto com acidentes de viação e 4 (57,1%) com casos de violência contra crianças. Para a urgência de Leiria, dos 45 enfermeiros que responderam aos inquéritos, 44 enfermeiros (97,8%) responderam que tiveram contato com acidentes de viação, 41 (91,1%) com traumatismos, 39 (86,6%) com armas de fogo ou branca, 24 (53,3%) com homicídios ou suicídios e 1 enfermeiro (2,2%) com casos de violência contra crianças. O último item “violência contra crianças” pode induzir em erro, uma vez que em Leiria o estudo incidiu na urgência geral e o Hospital de Leiria possui mais duas urgências, ginecológica e obstétrica e a urgência pediátrica; não fazendo sentido um enfermeiro afirmar que teve um caso de violência contra crianças. Uma possível hipótese é de crianças com idades inferiores a 18 anos (acima dos 18 anos, este indivíduo já é assistido na urgência geral e não pediátrica) passar por um adulto, uma vez que existem crianças bastante desenvolvidas fisicamente para a idade que apresentam. Por este motivo, pode ter dado entrada na sala de emergência este tipo de vítima e ser contabilizado na estatística acima referida. Em relação a Pombal e Alcobaça, como se tratam de urgências básicas, recebem indivíduos de qualquer faixa etária, desde crianças, adultos e idosos; daí os resultados, nomeadamente de Alcobaça, de casos de crianças que sofreram algum tipo de violência. Para estes dados também influência o número de vezes que aquele determinado enfermeiro se encontra escalado na sala de emergência e o número de situações a que tem acesso. Os enfermeiros podem estar escalados na sala e não possuírem nenhuma emergência, porém, no turno seguinte, o enfermeiro que entra ao serviço pode tomar contato com uma situação de violência.

Relativamente acerca da existência de protocolos de abordagem, são dois em comum para as três unidades de saúde do Centro Hospitalar de Leiria: realização de colheitas de sangue para testes de alcoolémia; e protocolo sobre Uso de Equipamento Individual de Proteção. Em relação ao primeiro protocolo, 1 enfermeiro de Leiria em resposta a pergunta aberta, se “sim” à pergunta de existência de protocolo sobre abordagem a

situações médico-legais, respondeu que os procedimentos adotados eram de “*pesquisa de alcoolemia e psicotrópicos a pessoas envolvidas em acidentes de viação*”; e em Alcobaça, 1 enfermeiro respondeu que um dos procedimentos que conhecia era de “*não despir, não limpar, não contaminar a possível prova, referenciar para a PSP, Polícia Judiciária e/ou proteção de menores de acordo com a situação*”.

Adicionalmente existe o protocolo sobre crimes de abusos sexuais, situado na urgência ginecológica e obstétrica de Leiria, mas que não é relevante para a prática diária da urgência e como tal para este estudo (Patrício e Santos, 2012).

Estes resultados levantam várias questões importantes sobre o fato de os enfermeiros não saberem da existência de pelo menos dois protocolos existentes: não serem informados pela chefia e/ou enfermeiro orientador no momento da integração ao serviço; e mesmo sabendo dos protocolos, na prática corrente não os utilizam, quer seja pelo pouco contato com as situações forenses ou por não compreenderem os procedimentos explícitos.

O uso de protocolos terá um papel importantíssimo na criação, divulgação e implementação de intervenções na área, em colaboração com enfermeiros, estudantes de enfermagem e responsáveis, nas diferentes instituições de saúde, para a consolidação e reconhecimento da enfermagem forense em Portugal (APEFORENSE, 2011). Nos EUA, Inglaterra, Áustria e Canadá, a enfermagem forense encontra-se em franca expansão, desenvolvendo normas e protocolos de atuação o que permite, aos enfermeiros dos SU, ampliar as suas intervenções e assumir uma participação forense mais ativa (Santos, 2010).

Os enfermeiros das três unidades hospitalares consideraram ser *muito importante* a inclusão de conteúdos sobre enfermagem forense no plano de estudos dos cursos de licenciatura de enfermagem: 57% em Alcobaça, 58% em Leiria e 40% em Pombal. Esta consideração deve-se ao fato dos enfermeiros transmitirem a necessidade de desenvolver práticas de enfermagem forense ainda em contexto académico, para que se otimize a sensibilização para as práticas forenses em posterior contexto profissional. Contudo, perante esta necessidade de aceder a formação na área de enfermagem forense, os enfermeiros denotam ou *pouca oferta* formativa: 33% em Alcobaça e 46% em Leiria; ou *total ausência* de conhecimento da existência de formações: 50% em Alcobaça, 37% em Leiria e 100% em Pombal. Como tal, os conhecimentos que possuem sobre Enfermagem

Forense incidem melhor nestes resultados obtidos, em que nenhuma das unidades de saúde respondeu possuírem *conhecimentos muito apropriados*, mas sim *pouco apropriados*, com 43% em Alcobaça, 69% em Leiria e 80% em Pombal. Para a importância do Enfermeiro Forense em Portugal, 57% em Alcobaça, 62% em Leiria e 60% em Pombal, consideraram *importante* a criação e desempenho de funções em enfermagem forense. A confirmar a necessidade de formação e esta importância do enfermeiro forense, *algumas vezes* os enfermeiros referem que cuidam de pessoas vítimas de violência: 29% em Alcobaça; 60% em Leiria e 40% em Pombal; e quando questionados sobre a *certeza dos procedimentos a realizar no âmbito dos cuidados forenses*, a resposta *não* foi a mais escolhida, com 86% em Alcobaça, 67% em Leiria e 100% em Pombal.

Os casos médico-legais têm custos elevados na saúde, sendo uma carga enorme no sistema judicial de qualquer país. Neste sentido, se na prestação dos cuidados de Enfermagem estiver presente uma formação contínua em ciências médico-legais e/ou forenses, este será um passo estratégico a adotar para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou sociedade (Lynch, 2006).

A partir dos resultados, observou-se também que perante a faixa etária de vítimas que sofram de violência, Alcobaça refere que são os idosos que mais sofrem de violência (50% dos enfermeiros); em Leiria, 49% dos enfermeiros afirmaram que são as mulheres até aos 65 anos; e em Pombal, são os homens até aos 65 anos (60%).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), registou um aumento de casos de violência em 2015, onde foram feitos mais de 34 mil atendimentos a vítimas, conforme o relatório anual. A maioria das vítimas são mulheres e em média, por dia, 14 mulheres são vítimas de crime (APAV, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,62 anos para o total da população, sendo de 77,61 anos para os homens e de 83,33 anos para as mulheres, no triénio 2014-2016. Estes valores representam um ganho de 1,44 anos para os homens e de 1,14 para as mulheres, comparativamente com os valores estimados para 2008-2010. À nascença, a esperança de vida continua a ser superior para as mulheres; mas a diferença para os homens tem vindo a diminuir, sendo agora de 5,72 anos (face a 6,02 em 2008-2010) (dados do portal INE, 2017).

Assim, para a classe feminina, continua a ter um índice mais elevado de casos de violência registada, apesar de nos homens ocorrer também casos. Conforme indica os dados e por a esperança média de vida também aumentar, cada vez mais possuímos uma população mais idoso, indo em conta aos resultados obtidos em Alcobaça, em que os enfermeiros afirmaram mais casos de violência nos idosos.

As propostas para alteração dos dados divulgados anteriormente passariam por: criar momentos de formação em serviço sobre enfermagem forense; divulgação dos cursos existentes ministrados por algumas escolas a nível do país; justificar a importância do enfermeiro forense nos conselhos de administração hospitalar; criação de protocolos sobre preservação de provas forenses nas salas de emergência como manutenção e tratamento de cadáveres, por exemplo; equipamento de apoio para recolha de vestígios nos serviços de urgência; e por último, divulgar os apoios existentes para as vítimas de crime, com a criação de uma rede estruturada com os agentes de autoridade, assistentes sociais e grupos de apoio, de modo a permitir a reintegração destas vítimas a nível social.

Sobre os conhecimentos sobre o conceito de Enfermagem Forense, apesar das diferenças nas questões assinaladas corretamente de acordo com o local de trabalho, as diferenças não tiveram significado estatístico.

Para os casos clínicos apresentados aos enfermeiros, as respostas dadas assentam nas práticas diárias individuais obtidas através dos procedimentos e experiências ocorridas no ambiente hospitalar, perante situações forenses.

O caso clínico 1 sugere um episódio hipotético de uma vítima politraumatizada na sala de emergência hospitalar. Este cenário é recorrente em episódios de urgência nas três unidades hospitalares, como se verifica nas respostas obtidas na parte I do questionário (96,5% da totalidade dos enfermeiros refere ter tido contato com episódios acima referidos). Apesar da recorrência, este cenário não se encontra protocolado pelo Centro Hospitalar, com exceção específica na vigência atual do protocolo de colheita sanguínea para determinação laboratorial de taxa de alcoolémia. Porém, os resultados obtidos em cada unidade demonstram que o referido protocolo necessita de ser melhor implementado sendo igualmente necessárias ações de formação/informação.

Analisando as opções selecionadas da questão 13 no caso clínico 1 “*Não utilizo álcool na desinfecção da pele porque interfere na avaliação da taxa de alcoolemia*””: 85,7% dos enfermeiros da unidade hospitalar de Alcobaça assinalaram esta resposta como certa; 77,7% dos 10 enfermeiros de Leiria; e 80% dos enfermeiros de Pombal.

Mas para a questão nº14 “*Necessito de recolher 5 ml de sangue para tubo seco para avaliação da taxa de alcoolemia*” 100% dos enfermeiros em Alcobaça assinalaram esta resposta; 77,7% em Leiria, e 40% em Pombal. Esta questão está errada, uma vez que é necessário recolher 10 ml de sangue. Como tal posso concluir que apesar de saberem da existência do protocolo de colheitas de sangue para avaliação da taxa de alcoolémia, nem todos os profissionais de saúde demonstram conhecimentos sobre os procedimentos a realizar. Assim, a prática recorrente do uso deste protocolo deveria transparecer um maior cuidado e conhecimento dos procedimentos, ações e quantidades envolvidas para uma realização correta, eficiente e otimizada do referido protocolo.

Sobre o protocolo de utilização de equipamento de proteção individual, o ambiente hospitalar envolve a exposição dos profissionais de saúde e demais profissionais a uma diversidade de riscos, especialmente os biológicos. As doenças infetocontagiosas destacam-se como as principais fontes de transmissão de microrganismos para pacientes e profissionais. Outra importante fonte de contaminação refere-se ao contato direto com fluidos durante a realização de procedimentos invasivos ou através da manipulação de artigos, roupas, lixo e até mesmo as superfícies contaminadas, sem que medidas de proteção adequadas sejam utilizadas (Gomes, 2014).

Para a questão nº 15 “*uso máscara apenas se eu apresentar sintomas de constipação*” é errada. O número de respostas assinaladas foram de: 14,2% em Alcobaça; 6,6% em Leiria; e 40% em Pombal. Para Gomes (2014), o enfermeiro forense deve usar equipamento de proteção (máscara, barrete, luvas e bata) de forma a evitar a contaminação de vestígios sempre que estiver em contato com situações forenses.

Do número de perguntas assinaladas corretas referente ao caso 1, 100% dos enfermeiros de Alcobaça responderam certa a 1 questão; 82,2% em Alcobaça; e 80% em Pombal; do total das respostas não assinaladas corretas, 6 questões Alcobaça respondeu 57,1 %; Leiria 86,7%; e em Pombal 60%. Para o total de questões acertadas e não erradas, 42,9% em Alcobaça erraram numas questões e acertaram noutras; 17,8% para Leiria e 40% para

Pombal. Estes dados permitem afirmar que os conhecimentos não estão certos e que as poucas formações existentes penalizam os resultados. Um enfermeiro pode ter assinalado corretamente uma questão, mas também errou noutras questões, demonstrando que não possui 100% de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. Os enfermeiros sabem sobre o que devem fazer em determinado procedimento, mas também ao mesmo tempo, podem não saber fazer o procedimento todo na íntegra.

O caso clínico 2 sugere um cenário de tentativa de homicídio para a sala de emergência. Através das respostas dadas à parte I do inquérito, os enfermeiros declararam anteriormente que tiveram contato de 71,4% em Alcobaça; 53,3% em Leiria; e 80% em Pombal com esta situação forense. Adicionalmente este cenário não se encontra devidamente protocolado e dada a sua especificidade no cenário para a recolha e preservação de vestígios forenses, verifica-se que os dados recolhidos não houve grandes diferenças entre Alcobaça e Pombal, mas em Leiria, apenas referir que 28,9% dos enfermeiros, assinalaram corretamente em 5 questões (RC). Para o total de respostas não assinaladas corretamente, em 3 questões Alcobaça respondeu 71,4%; 40% em Leiria; e 80% em Pombal; e para as respostas acertadas e não nenhuma erradas (TPC), também de referir que se mantem dados estatisticamente pouco significativos entre Alcobaça e Pombal, mas em Leiria 64,4% dos enfermeiros não assinalaram em nenhuma questão acertada e não errada.

Em relação ao local de trabalho, os resultados apresentados referem que não houve dados estatisticamente significativos para as 3 unidades de saúde envolvidas, independentemente do local de trabalho. Ou seja, as práticas não estão relacionadas com o local de trabalho. Deste modo, tanto Alcobaça, Leiria ou Pombal possuem conhecimentos em comum acerca das diversas situações forenses, executando algumas das práticas estipuladas para recolha e preservação de provas forenses.

Perante os resultados apresentados, concluiu-se que cada vez mais os enfermeiros são mais novos e com menos tempo de exercício profissional.

De acordo com o autor Gonçalves (2011), o conhecimento não surge do nada, resulta das experiências acumuladas ao longo da vida, através de vivências pessoais, profissionais, relacionais, culturais, leituras, entre outros.

Uma possível explicação para o fato de os enfermeiros cada vez mais serem mais novos e com menos tempo de experiência profissional poderá ser o fato de os enfermeiros com mais anos de experiência, são aqueles que ocupam cargos de coordenação e não têm um desempenho ativo de contato próximo e diário com a vítima, o que limita a exequibilidade de procedimentos sobre provas forenses e interação com vítimas de crime. Como tal, a preservação e recolha de provas forenses poderão estar comprometidas, com equipas cada vez mais novas e com menos tempo de experiências profissionais.

Mais uma vez incide a importância na criação de formações nos serviços de urgência. Verificou-se que os enfermeiros que frequentaram cursos acertaram em mais em respostas corretas nos dois casos clínicos criados. A existência de formação permitirá um conhecimento rigoroso sobre os procedimentos forenses na assistência à vítima e assim executá-los com mais frequência, mas também com mais rigor, contribuindo para a correta preservação de provas médico-legais (Bader & Gabriel, 2010).

Em relação ao sexo, quer seja feminino ou masculino, importa salientar que não interfere no nível de conhecimentos sobre práticas forenses dos enfermeiros.

O curso de licenciatura em Enfermagem visa a formação de enfermeiros generalistas que, entre muitas outras capacidades, desenvolvem competências gerais para prestar cuidados de enfermagem globais à pessoa em situação crítica, inserida na família e na comunidade, em vários contextos assistenciais (Amendoeira, 2009; Barroso, 2011). Como tal, tanto os enfermeiros do sexo masculino como feminino recebem o mesmo tipo de formação e de conhecimentos.

6. CONCLUSÃO

Nos serviços de urgência, os profissionais de saúde têm como principal objetivo manter e promover a vida dos indivíduos. Contudo, a sociedade e os próprios doentes estarão melhores servidos por enfermeiros que possuam conhecimentos sobre enfermagem forense. Deste modo, poderão reconhecer, documentar, preservar e recolher vestígios que servirão como provas médico-legais.

O principal objetivo deste estudo é descrever a importância da enfermagem forense na prestação de cuidados. Para este fim, foi avaliado os conhecimentos dos enfermeiros ativos nos respetivos serviços de Urgência das unidades hospitalares de Alcobaça, Leiria e Pombal, sobre esta temática e os procedimentos que executam; de modo a garantir a preservação das provas e vestígios forenses de forma correta e legal.

Em relação à perceção que os enfermeiros têm do seu papel na manutenção de provas forenses, no decorrer da análise dos resultados, constatou-se que os enfermeiros reconhecem que poderiam ter um papel mais importante na recolha e preservação de vestígios. Como tal, admitem ser importante a existência do Enfermeiro Forense em Portugal.

Admitir que se desconhece algo é fundamental para adquirir novos conhecimentos. Usualmente, são os primeiros profissionais de saúde a entrar em contato com as vítimas de crime. Verificou-se ainda que os enfermeiros estão recetivos a receber formação na área e a terem uma participação mais ativa no meio hospitalar. Os resultados demonstraram que os enfermeiros não têm a certeza sobre os procedimentos a realizar no âmbito dos cuidados forenses, apesar de algumas vezes lidarem com pessoas vítimas de qualquer tipo de violência.

Deste modo, deve-se incentivar à formação dos profissionais de saúde, fazendo parte do plano de formações de cada instituição e também como formação base no curso de Licenciatura em Enfermagem. Nos dados obtidos, verificou-se que não realizaram nenhum trabalho durante a Licenciatura. Deste modo, incentivaram a importância à inclusão de conteúdos sobre Enfermagem Forense no plano de cuidados no Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Uma das propostas deste estudo seria uma parceria com outras instituições de segurança pública como a Policia Judiciária, PSP e Ministério Público. É fundamental esta relação

paralela com as instituições de saúde, uma vez que, neste momento, o único contato com as forças policiais e legais acontece unicamente na realização colheitas de sangue para determinação de taxa de alcoolémia. Estes testes de alcoolémia são precedidos de um formulário específico e o seu preenchimento é da responsabilidade pelo médico presente, porém não existe qualquer referência ao enfermeiro responsável pela colheita realizada durante este processo. Esta omissão pode conduzir a implicações legais, uma vez que, quem procede à colheita de sangue para determinação da taxa de alcoolémia, deveria declarar que o procedimento foi realizado corretamente, nomeadamente sem usar solução alcoólica na desinfeção cutânea.

Os casos de abusos sexuais não foram abordados neste estudo, uma vez que o atendimento destas vítimas, usualmente mulheres, é efetuado no serviço de urgência ginecológica e obstétrica do Centro Hospitalar de Leiria. Vítimas do sexo masculino (acima dos 18 anos) suspeitas de abuso sexual, teriam que ser atendidos numa urgência geral. Por estas razões, é proposto desenvolvimento de um protocolo, com base no já existente na urgência ginecológica, para estas vítimas: implementando *kit's* forenses nas três unidades de saúde do Centro Hospitalar de Leiria.

Em relação às práticas forenses, é necessário sensibilizar as administrações das instituições de saúde para a importância de capacitar os seus profissionais de saúde para a formação na área de enfermagem forense. Para isto, não só os serviços de urgência deveriam passar pela análise e implementação de conhecimentos forenses, mas todo o trajeto da vítima de crime, desde a sua entrada em meio hospitalar até à sua alta para a sociedade. Incentivar também a criação de protocolos sobre manipulação e preservação de provas médico-legais em cadáveres, sensibilizando os profissionais de saúde que executam tarefas no instituto de medicina-legal, nomeadamente na morgue hospitalar, para a importância de não remover os dispositivos ou qualquer equipamento médico do corpo, vítima de crime, a fim preservar os vestígios que servirão como provas futuras. Os cadáveres em caso de morte não natural ou indeterminada, devem ser mantidos o mais intactos possível.

A Instituição de Saúde pode ter o poder de fazer toda a diferença para a criação de protocolos no serviço de urgência, visando nas necessidades forenses da vítima e contribuindo para a preservação de provas médico-legais a nível jurídico e legal.

Um importante meio de documentação das provas médico-legais são os registos de enfermagem. Verifica-se que de momento, os enfermeiros registam as lesões em notas de enfermagem, mas enquanto as administrações não estiverem despertas para a importância das provas forenses, estes dados não representam ainda qualquer valor legal a nível forense. Genericamente, as lesões não são descritas com pormenor e sem rigor, localizações específicas ou unidades de medidas; e o registo fotográfico também não se realiza com regularidade. Propõe-se para as chefias o uso de documentação fotográfica nas salas de emergências em casos de vítimas de crime, sendo uma mais-valia para uma inequívoca documentação das lesões como prova judicial; e atribuir importância nos registos de enfermagem como provas forenses. Para tal, volta-se a enfatizar na formação dos enfermeiros para a preservação de provas forenses e a importância dos registos das lesões com rigor e exatidão, como foi abordado na fundamentação teórica.

Ter os conhecimentos forenses não basta se não se possuir material para fundamentações. Reforça-se incentivo para que as administrações hospitalares reflitam sobre a importância da preservação de provas médico-legais, com a existência de material adequado para uma correta recolha e armazenamento de provas forenses em meio hospitalar.

As dificuldades sentidas durante a elaboração desta dissertação concentraram-se em alguma dificuldade de adesão por parte dos enfermeiros das urgências abrangidas no estudo, no conseguinte preenchimento dos inquéritos. Apesar de possuir amostras comparativas entre as três unidades hospitalares, os números ficaram aquém das expectativas criadas. Esta dificuldade na adesão assenta no elevado número de enfermeiros em período de baixas médicas, licenças de parentalidade ou até mesmo à saída de vários enfermeiros do serviço urgência para outro local de trabalho. De qualquer modo, é relevante salientar o interesse no preenchimento do inquérito por parte dos enfermeiros envolvidos, demonstrando necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre práticas forenses. Alguns enfermeiros questionaram alguns dos procedimentos e incentivaram à aquisição deste estudo, de forma a puderem avaliar quais as questões acertadas ou erradas que assinalaram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012). *Fases do Processo Penal*. Acedido em 6 de maio de 2015 em <http://apeforense.blogspot.pt/search?updated-min=2011-01-01T00:00:00Z&updated-max=2012-01-01T00:00:00Z&max-results=27>.
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (2011). *Sobre APEFORENSE*. Acedido em 6 de maio de 2016 em <http://apeforense.blogspot.pt/>.
- Bader, D.M. & Gabriel, S. (2010). *Forensic Nursing: A concise manual*. Florida: CRC Press Taylor & Francis Group.442.
- Baumann, M. & Stark.S. (2015). The role of forensic death investigators interacting with the survivors of death by homicide and suicide. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1) 28-32.
- Bonnet, E.F.P. (1993). *Introdução ao estudo de Medicina Legal*. Buenos Aires: Impr. López.
- Braz, J. (2010). *Investigação Criminal – a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade* (2.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Coelho, M.A.A. & Nunes, M.M.J.C. (2013). *Impacto da formação em ciências forenses*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde, Portugal. Acedido em 8 de outubro de 2016 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2079>.
- Costa, M. M. G. B. (2004). *À procura de identidade: Enfermagem*. Catálogo ESEP Porto. ISBN 0871-0775, n.º 12, 2.^a série.
- Costa, N.B. (2010). *Atitude médica perante uma vítima de Ferimento por arma de fogo: como proceder*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 6 de setembro de 2016 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53698>.
- Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*. 44 (11), 43-48.

- D.R.H. da Polícia Judiciária (2003). Manual de acolhimento: *A Polícia Judiciária. Breve Historial*. Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais, Loures, p. 5-8.
- Drake, S.A & Adams, N.C. (2015). *Three Forensic Nursing Science Simulations*. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(3), 194-198.
- Fisher, B. (2004). *Techniques of crime Science investigation*. New York: CRC Press CCC.
- Fortin, M.F., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- França, G. V. (2008). *Medicina Legal* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Galvão da Silva, F.G.S. (2006). Preservação da cadeia de custódia em vestígios biológicos para fins forenses: *caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido em 8 de dezembro de 2016 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1018>.
- Genge, N.E. (2002). The Forensic casebook: *The Science of Crime Scene Investigation*. New York: Ballantine Books.
- Gupta, B. (2011). Multidimensional role of forensic nursing. *International Journal of Nursing Education*, 3(1), 64-65.
- Goll-McGee, B. (1999). *The role of the clinical forensic nurse in critical care*. *Critic Care Nurs*, 22 (1):8-12.
- Gomes, A. M. (2014). *Enfermagem Forense*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, A. M. (2010). *Papel do Enfermeiro perante Abuso sexual na mulher*. Fórum de Enfermagem web site. Acedido em 8 de janeiro de 2017 em <http://enfermagemforense.blogspot.pt/2010/08/papel-do-enfermeiro-perante-abuso.html>.
- Gonçalves, S.I.F. (2011). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Acedido em 10 de junho 2016 em <http://hdl.handle.net/10216/57083>.

- Hammer, R., Moynihan, B. e Pagliaro E. (2006). *Forensic Nursing: A handbook for practice* (2nd edition). Massachusetts: Jones & Barnett Learning.
- International Association of Forensic Nursing (2006). *Core competencies for Advanced Practice Forensic Nursing*. Acedido a 6 de janeiro de 2017 em https://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Education/APN_Core_Curriculum_Document.pdf.
- Instituto Nacional de Medicina Legal (2016). Outras Informações/ Normas, Pareceres e Orientações de Serviço. Acedido a 4 de junho de 2016 em http://www.inmlcf.mj.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=204&Itemid=309.
- Kent-Wilkinson, A. (2008). Forensic nursing educational development: integrated review for the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; volume 18, issue 3 (p. 136-246). University of Saskatchewan Health Sciences. Saskatoon, Canada.
- Jorge, A.S. e Dantas, S.R.P.E. (2003). *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu.
- Lee, H. & Palmbach, T. & Miller, M. (2001). *Henry Lee's Crime Scene Handbook*. Elsevier. United Kingdom : Academic Press.
- Libório, R. P. G. (2012). *Práticas de Enfermagem Forense: conhecimentos em estudantes de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu, Portugal. Acedido em 14 de maio de 2016 em <http://hdl.handle.net/10400.19/2193>.
- Locard, E. (1939). *A investigação criminal e os métodos científicos*. Coimbra: Arménio Amado.
- Lourenço, I. M. S. (2004). A importância do Conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais: *Contributo dos gabinetes médico-legais*. In III Congresso Ibérico de Medicina Legal, Porto, 21 a 23 de junho de 2007. Acedido a 4 de setembro de 2016 em <http://hdl.handle.net/10400.11/472>.
- Lynch, V. A. e Duval, J.B. (2011). *Forensic nursing science* (2.^a ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

- Newton, M. (2008). *The Encyclopedia of Crimes Scene Investigation*. New York: Checkmark Books.
- Nickell, J. e Fisher, J. F. (1999). *Crime science: Methods of Forensic Detectives*. Kentucky: The University Press of Kentucky.
- O'neal, B. J. e Schindell, J. (2011). Scene Investigation in Juvenile Death: *In the Juvenile Skeleton in Forensic Abuse Investigation*. P. 79-107. New York: Humana Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Deontologia Profissional em Enfermagem. Acedido a 4 de setembro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.
- Patrício, F. e Santos, A. (2012). *Protocolo Agressão Sexual*. PC.CHC.104.01.
- Priberam, (2007). *Código do processo penal*. Acedido em 27 de julho de 2016 em <http://www.legix.pt/docs/PPP.pdf>.
- PORDATA, (2009). *Base de dados Portugal Contemporâneo*. Acedido a 5 de junho de 2017 em <https://www.pordata.pt/>.
- Pyrek, K. M. (2006). *Forensic nursing*. Florida: CRC Press.
- Rodrigues, J. A. (2008). *Código Civil e Constituição da República Portuguesa*. (21.ª ed.). Lisboa: Rei dos Livros.
- Roland, P. (2010). *Cenas do Crime*. Lisboa: Dom Quixote.
- Santos, C. D. (2013). *Contributos para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Coimbra - Universidade de Coimbra. Acedido a 4 de setembro de 2016 em <http://hdl.handle.net/10316/26042>.
- Sheridan, D. J.; Nash, K. R. e Bresee, H. (2011). *A Enfermagem Forense na Urgência*. In Sheeby S., *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (6.ª ed.) p.189-202. Loures: Lusociência.
- Simões, S. (2010). Enfermeiros para o crime. *Diário de Notícias*. Acedido a 8 de fevereiro de 2017 em <https://www.dn.pt/portugal/interior/enfermeiros-preparados-para-o-crime-1483093.html>.

Werneck, M.A.F.; Faria, H.P. e Campos, K.F.C. (2011). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

Wolfbert, A. (2003). *Introdução à Medicina Legal*. Canoas: Editora ULBRA.

ANEXOS

Anexo I – Pedido de Autorização

Exmo. Senhor,

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário aos Enfermeiros dos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria

Joana de Sousa Pereira, Enfermeira do Serviço de Urgência Geral com o número mecanográfico 3326, a frequentar o Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Maria dos Anjos Dixe, pretende implementar o projeto de investigação subordinado ao tema “Conhecimento dos enfermeiros dos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as praticas a realizar perante situações forenses,” com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros das três unidades do serviço de urgência sobre as praticas a realizar perante situações forenses e avaliar a relação entre o nível de conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência sobre as praticas a realizar perante situações forenses e o local de exercício profissional, sexo, frequência de curso de formação, idade, anos de experiência profissional e autopercepção sobre o conhecimento em enfermagem forense

Os dados que pretendo recolher através de questionários junto dos Enfermeiros do Serviço de Urgência, são confidenciais, salvaguardando o consentimento informado, bem como o direito de desistência ou não participação, mantendo o respeito dos participantes. Não trarão quaisquer custos nem despesas de logística para a Instituição uma vez que serei eu a efetuar a entrega e colheita do respetivo.

Para poder cumprir este desafio, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência se digne a autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados (em anexo) aos Enfermeiros do Serviço de Urgência no período de 10 de Junho a 10 de agosto de 2017.

Agradeço desde já toda a disponibilidade e atenção concedidas.

Aguardo resposta.

Atenciosamente,

(Joana de Sousa Pereira)

Anexo II- Consentimento Informado

Consentimento Informado

Sr.(a) Enfermeiro(a),

Chamo-me Joana de Sousa Pereira, sou Enfermeira, e exerço atualmente funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Santo André, Leiria. No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação sobre “Conhecimento dos enfermeiros dos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria sobre as praticas a realizar perante situações forenses.”

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário de recolha de dados, acerca do tema referido e que demora cerca de 20 minutos a preencher. Todas as dúvidas sobre a sua participação neste estudo podem ser enviadas para joanapereira.12@gmail.com que serão respondidas. Ao responder ao questionário está a dar o seu consentimento de participação e da utilização dos dados apenas para fins científicos. Pode interromper a sua participação no estudo sem qualquer consequência, e poderá ter acesso aos resultados do mesmo. Ser-lhe-á garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas pois não será possível identificar quem respondeu ao inquérito

Anexo III – Questionário

Sr.(a) Enfermeiro(a), no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação sobre Enfermeiros dos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria, permitindo avaliar os conhecimentos e as práticas de enfermagem forense desenvolvidas, solicitando-se assim a sua participação na presente investigação através do preenchimento deste questionário.

Parte I

1. Sexo

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

2. Idade

3. Tempo de Exercício (em anos)

4. No curso de Licenciatura em Enfermagem recebeu formação sobre enfermagem forense?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

5. No curso de Licenciatura em Enfermagem realizou algum trabalho na área de enfermagem forense?

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

6. Das situações clínicas seguintes assinale aquelas com as quais já teve contato na sala de urgência/emergência?

Marcar tudo o que for aplicável.

1.1 Lesões por Armas de Fogo ou Brancas

1.2 Violência Conjugal

1.3 Violência contra Idosos

1.4 Violência contra crianças

1.5 Negligência e má prática clínica

1.6 Acidentes de viação

1.7 Homicídio ou Suicídio

1.8 Traumatismos

1.9 Morte violenta

1.10 Agressão sexual

1.11 Colheita e Preservação de Vestígios

7. No serviço onde exerce funções, existe algum protocolo de abordagem a situações médico-legais?

Marcar apenas uma oval.

Não

Não sei

Sim

No caso afirmativo quais os procedimentos que são adotados?

8. Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre enfermagem forense no plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem?

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Indiferente
- Importante
- Muito importante

9. Já frequentou alguma formação na área de enfermagem forense?

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

**9.1 Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, indique qual (ais) formação já frequentou?
Se respondeu "Não", continue o questionário**

Marcar apenas uma oval.

- Conferências
- Jornadas
- Ações de Formação
- Workshops
- Cursos breves

10. Se NUNCA frequentou formação na área de enfermagem forense qual (ais) o(s) motivo (s)?

Marcar apenas uma oval.

- Pouca oferta formativa na área
- Falta de tempo
- Não teve conhecimento de formações na área
- Não tem interesse pela área

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

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Indiferente
- Importante
- Muito importante

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

Marcar apenas uma oval.

- Inexistente
- Pouco apropriado
- Razoável
- Apropriado
- Muito apropriado

13. Com que frequência cuida de pessoas vítimas de violência?

Marcar apenas uma oval.

- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

14. As pessoas vítimas de violência a quem presta cuidados são maioritariamente:

Marcar apenas uma oval.

- Homens (idade ate aos 65 anos)
- Mulheres (idade ate aos 65 anos)
- Mulheres grávidas
- Adolescentes
- Crianças
- Idosos

15. Perante uma situação em que tenha que prestar cuidados a uma vítima de violência, considera saber, com toda a certeza, quais os procedimentos a efetuar, no âmbito dos cuidados forenses?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Nunca prestei

Parte II

Por favor leia cada afirmação seguinte e assinale como opção (verdadeira ou falsa) que melhor se adequa aquilo que pensa, sabe ou faz relativamente às práticas de enfermagem forense.

1. Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

2. A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

3. A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.

Marcar apenas uma oval.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
- Falso

4. A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

5. A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

6. Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

7. 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.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

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.

Marcar apenas uma oval.

- Verdadeiro
 Falso

Parte III

Casos clínicos

Nos casos clínicos que se seguem, pede-se que assinale os procedimentos que entende adequados (prática adaptada de Drake & Adams 2015)

Caso 1

Vítima do sexo masculino, 18 anos de idade, helitransportado após atropelamento, apresentado ferimentos múltiplos, quando parou numa estrada para ajudar outro condutor. Testemunhas relataram à equipa de emergência pré-hospitalar que a vítima correu para um cruzamento sem reparar que vinha outro carro. Segundo as testemunhas a viatura ia a uma velocidade superior aos 25 km/hora.

A vítima foi entubada e esta estável. Aguarda vaga na unidade de cuidados intensivos (UCI). Sendo enfermeiro(a) responsável pelo doente, indique em contexto de práticas forenses, quais os procedimentos que deve realizar.

Assinale as que faria nesta situação.

Marcar tudo o que for aplicável.

- 1. Não retiro a roupa enquanto a vítima não chegar à UCI.
- 2. Solicito ao agente da autoridade para não abandonar a vítima até se entregar os vestígios forenses.
- 3. Tenho o dever de saber recolher vestígios forenses corretamente.
- 4. Incluo a minha opinião nos registos para fundamentar procedimentos.
- 5. Solicito os contatos dos elementos da equipa pré-hospitalar para o processo da vítima.
- 6. Faço os registos idênticos aos dos registos de enfermagem pré-hospitalar.
- 7. Registo no processo de enfermagem todos os relatos verbais da equipa pré-hospitalar que são transmitidos na minha presença.
- 8. Faço perguntas à equipa do pré-hospitalar sobre o estado da viatura após embate.
- 9. Tenho de secar a roupa ensanguentada ou húmida ao ar livre 1 a 2 horas.
- 10. Congelo sangue em caso de vestígios com sangue líquido.
- 11. Descrevo a natureza da ferida, dimensão da ferida; fotografia da ferida, posição/altura da ferida.
- 12. Utilizo solução iodopovidona para desinfetar a pele antes de colher sangue para doseamento de álcool.
- 13. Não utilizo álcool na desinfecção da pele porque interfere na avaliação da taxa de alcoolemia.
- 14. Necessito de recolher 5ml de sangue para tubo seco para avaliação da taxa de alcoolemia.
- 15. Uso máscara apenas se eu apresentar sintomas de constipação.
- 16. Coloco o nome completo/número de processo, idade e data de nascimento, número episódio urgência, breve descrição da fonte ou onde foi recolhido, data e hora de recolha, e no final coloco as minhas iniciais e assino.

Caso 2

Vítima do sexo feminino, 45 anos de idade, apresenta uma ferida de bala na cabeça chega ao serviço de urgência acompanhado pelo INEM. Segundo a equipa de emergência pré-hospitalar, o marido presente no local, afirmou que ele e sua esposa tinham discutido. Ele saiu do quarto e ouviu tiros. Ao regressar ao quarto, encontrou a esposa com um tiro na cabeça. Ele ligou para o 112, relatando que ela tinha disparado um tiro sobre si mesma. À chegada do INEM, a vítima foi encontrada inconsciente no chão da cozinha. A vítima apresenta respiração agónica e foi intubada. Foi colocado um cateter via endovenosa, após várias tentativas, tendo-se procedido ao transporte imediatamente. A vítima esta estável, aguardando transferência para a Unidade de Neurotrauma para recuperação de órgãos e tecidos. Uma vez que não há camas disponíveis, fica no Serviço de Urgência. As autoridades estão presentes no local e uma vez que é o(a) enfermeiro(a) responsável pelo doente solicitam a recolha de provas forenses.

Assinale as que faria nesta situação.

Marcar tudo o que for aplicável.

1. Verifico a presença de sinais de arrastamento, o que pode indiciar tratar-se de suicídio.
2. Pesquiso sempre se há indícios de agressão sexual.
3. Pesquiso por lesões nos membros inferiores e superiores da vítima se suspeito de homicídio.
4. Assinalo os orifícios existentes no corpo da vítima com marcador.
5. Coloco uma compressa com betadine para permitir preservação da ferida (orifício de entrada) até uma distância de 10 cm adjacentes.
6. Registo quem manipulou a bala e como esta foi acondicionada.
7. Coloco a bala nos frascos de urina envolvida numa luva esterilizada.
8. Efetuo a recolha de resíduos de pólvora ate 3 horas após a ocorrência.
9. Registo todos os cateteres, drenos, elérodos ou outros procedimentos antes de enviar o corpo para a morgue.
10. Retiro todos os cateteres, drenos, elérodos ou outros procedimentos e envio para a morgue.
11. Envolver a arma de fogo em adesivo, nomeadamente no gatilho e no "cão", como forma de garantir que a arma de fogo está em segurança.
12. Registo o conceito "padrão de lesão" para descrever lesões provocadas por arma de fogo.
13. Considero nos registos projétil perfurante se a bala não sai do corpo da vítima.
14. Coloco imediatamente as mãos da vítima em sacos de papel, mesmo que húmidas.