

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rui Pedro Gonçalves Libório

**Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimentos
em Estudantes de Enfermagem**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2ª edição

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes



Maio de 2012

Rui Pedro Gonçalves Libório

Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimentos em Estudantes de Enfermagem

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2ª edição



Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Maio de 2012

AGRADECIMENTOS

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

À Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, orientadora do estudo, pelo desafio para realizar esta pesquisa, pela disponibilidade, orientação e apoio.

Ao Enfermeiro Mestre Albino Manuel Gomes pela disponibilidade, sugestões e dedicação à enfermagem forense.

Aos estudantes, pois tornaram possível a realização desta pesquisa, pela disponibilidade e participação.

À Susana, pelo apoio permanente e incondicional e pela compreensão pelos períodos de ausência.

RESUMO

Enquadramento: A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação. O enfermeiro está numa posição única para identificar, avaliar e cuidar das vítimas e para fomentar a preservação, recolha e documentação de vestígios com relevância médico-legal. Desta forma, torna-se imperioso dotar os estudantes de enfermagem, na qualidade de futuros enfermeiros, de conhecimentos sobre os princípios das ciências forenses, de modo a promover a sua aplicação na prática clínica de enfermagem, assegurando o respeito pelos direitos das vítimas e contribuindo para a aplicação da justiça.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem; Descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e da formação em enfermagem forense com o nível de conhecimentos.

Métodos: O estudo transversal, de natureza descritiva foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 190 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, 78.9% do sexo feminino, 49.5% do 3º ano e 50.5% do 4º, com uma média de idades de 22.44 anos. O conteúdo do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF (Cunha & Libório, 2012) foi construído com base na revisão da literatura e sujeito à apreciação de um juiz externo perito na área.

Resultados: A maioria dos estudantes pontuou com conhecimentos de nível bom (40%), sobretudo o sexo feminino (42.7%), os de 4º ano (49%), os detentores de formação curricular (55.5%) e aqueles com formação extracurricular (62.7%) na área. O conhecimento de nível insuficiente verificou-se em 36.3% dos estudantes e o suficiente em 23.7%. O ano do curso, a frequência de formação curricular e de formação extracurricular na área influenciam o nível de conhecimentos. Verificou-se défice de conhecimentos sobre: aspetos práticos da preservação de vestígios (uso de sacos de papel); prestação de cuidados aos agressores como um dos focos da enfermagem forense; os traumatismos e o acidente de viação poderem corresponder a casos forenses; a possibilidade de vidros, tintas e fezes constituírem vestígios forenses. A maioria dos inquiridos não experienciou situações de colheita e preservação de vestígios, não contactou com protocolos médico-legais, não realizou trabalhos nem detém formação curricular ou extracurricular na área.

Conclusão: As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na formação e sensibilização dos estudantes sobre a importância das práticas de enfermagem forense, sobretudo quanto aos aspetos em que revelaram défice de conhecimentos, capacitando-os para a adoção de boas práticas. Esta pesquisa iniciou o estudo psicométrico do QCPEF, porém, recomenda-se a realização de outras investigações a fim de prosseguir a validação.

Palavras-chave: Estudantes de enfermagem; Conhecimentos; Enfermagem Forense.

ABSTRACT

Context: The forensics nursing science combines the clinical approach to the person who is a victim of violence with the investigation related to the search of traces of that situation. The nurse is in a unique position to identify, evaluate and care the victims and to encourage the preservation, gathering and documentation of traces with medical-legal relevance. So, it is imperative to provide the nursing students, as future nurses, of knowledge about the principles of the forensic sciences, to promote its application in the nursing clinical practice, ensuring the respect for the victims' rights and contributing to the justice application.

Objectives: Evaluate the level of knowledge over forensics nursing practices of the nursing students; describe the relation of the social demographic, academical and training variables in forensics nursing with the level of knowledge.

Methods: The cross sectional study, of descriptive nature was performed in a non probabilistic sample by convenience, formed by 190 students of the course degree in nursing. 78.9% female, 49.5% of the 3rd year and 50.5% of the 4th year, with mean ages of 22.44. The content of the Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices – KQFNP (Cunha & Libório, 2012) was built based on the literature revision and submitted to the appreciation of an external judge, expert in the area.

Results: The majority of the students scored with good level of knowledge (40%), especially the females (42.7%), the ones of the 4th year (49%), the holders of the curricular training (55.5%) and the ones with extracurricular training (62.7%) in the area. The knowledge of insufficient level occurred in 36.3% of the students and the sufficient in 23.7%. The year of the course, the curricular training frequency and the extracurricular training in the area, influences the level of knowledge. There was a deficit of knowledge over: practical aspects of the traces preservation (use of paper bags); care of the aggressors as one of the focus of forensic nursing; the trauma and the road accidents be able to correspond to forensic cases; the possibility of glass, ink and faeces constitute forensics traces. The majority of the respondents didn't experienced situations of gathering and preservation of traces, didn't contact with medical-legal protocols, didn't performed works and does not hold curricular or extracurricular training in the area.

Conclusion: The evidences found enhance the need of investment in the training and awareness of the students over the importance of the forensic nursing practices, particularly concerning the aspects in which reveal a knowledge deficit, enabling them to adopt good practices. This research began the psychometric study of the KQFNP, however, it is recommended the performance of other investigations in order to proceed the validation.

Key-words: Nursing students; Knowledge; Forensic Nursing

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	
ÍNDICE DE SÍMBOLOS	
ÍNDICE DE TABELAS	
1 - INTRODUÇÃO	23
2 - MATERIAL E MÉTODOS	37
3 - RESULTADOS	41
4 - DISCUSSÃO	53
5 - CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
Apêndice I - Instrumento de colheita de dados	73
Apêndice II - Consistência interna do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF	77
Apêndice III - Correlações item-score global de conhecimentos	79
Apêndice IV - Consistência interna das subescalas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF	81
Apêndice V - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense e o score global de conhecimentos	83
Apêndice VI - Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF	85
Anexo I - Autorização para proceder à colheita de dados	89
Anexo II - Total de estudantes inscritos no 3º e 4º ano do CLE da ESSV no ano letivo 2011/2012	91

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo..	37

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C. - antes de Cristo

ANA - American Nurses Association

APEFORENSE - Associação Portuguesa de Enfermagem Forense

cf. - Conforme

CLE - Curso de licenciatura em enfermagem

CV - Coeficiente de Variação

Dp - Desvio padrão

ENA - Emergency Nurses Association

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESSV - Escola superior de Saúde de Viseu

et al. - e outros

F - Teste de Anova

IAFN - International Association of Forensic Nurses

INML - Instituto Nacional de Medicina Legal

INMLCF - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

K_{erro} - Curtose

K-S - Kolmogorov-Smirnov

Máx. - Máximo

Min. - Mínimo

MR - Mean Rank

n - Frequência absoluta

n.^o - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p - Nível de significância

p. - Página

PEF - Práticas de Enfermagem Forense

SK_{erro} - Assimetria

SU - Serviço de urgência

t - Teste t de student

UMW - Teste U de Mann-Whitney

V.E. - Variância explicada

vs. - Versus

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

α - Alfa

χ^2 - Qui-quadrado

\bar{x} - Média

\geq - Maior ou igual

$>$ - Maior que

$=$ - Igual

\leq - Menor ou igual

$<$ - Menor que

% - Porcentagem

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição dos participantes por curso, semestre e ano	40
Tabela 2 - Estatísticas relativas à idade dos estudantes em função do sexo	41
Tabela 3 - Grupo etário dos estudantes face ao sexo	41
Tabela 4 - Características académicas dos participantes em função do sexo	42
Tabela 5 - Formação curricular em enfermagem forense face ao sexo	42
Tabela 6 - Situações clínicas experienciadas pelos estudantes nos estágios em função do sexo	43
Tabela 7 - Formação extracurricular em enfermagem forense face ao sexo	44
Tabela 8 - Importância da existência e classificação da intervenção do enfermeiro forense	44
Tabela 9 - Auto-classificação do conhecimento sobre práticas de enfermagem forense.	45
Tabela 10 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem	46
Tabela 11 - Nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em função do sexo	47
Tabela 12 - Resultados do teste de U de Mann Whitney face ao sexo	47
Tabela 13 - Resultados do teste t-student entre os scores globais médios e o grupo etário	48
Tabela 14 - Resultados do teste t-student entre os scores globais médios e o ano do curso	48
Tabela 15 - Nível de conhecimento em função do ano do curso	49
Tabela 16 - Resultados do teste One-Way Anova em função do semestre do curso	49
Tabela 17 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense face ao semestre do curso	49
Tabela 18 - Resultados do teste U de Mann Whitney em face da frequência de formação	50
Tabela 19 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em face da frequência de formação em enfermagem forense	51

1 - INTRODUÇÃO

A criminalidade é tão antiga como a própria sociedade (Pinto da Costa, 2004). Desde as comunidades mais evoluídas da antiguidade que os problemas da violência e criminalidade, e o combate aos mesmos, têm sido objeto de estudo das diversas ciências forenses (Silva, 2010). As práticas médicas, tanatológicas e jurídicas do Egito antigo, já continham traços de ciência forense, relacionados sobretudo com a virgindade, agressão sexual, homicídio, lesões corporais e problemas morais (Calabuig, 2004 citado por Silva, 2010). Uma das primeiras autópsias forenses ocorreu na época da República Romana, por volta do ano 44 a.C. (Roland, 2008).

Atualmente, as ciências forenses incluem um conjunto de áreas disciplinares científicas que atuando em sintonia e unindo os seus conhecimentos visam auxiliar a justiça na resolução de casos de âmbito médico-legal. Assim, assumem relevância forense a medicina legal, a antropologia, a toxicologia, a tanatologia, a anatomia patológica, a balística, a criminalística, a odontologia, a psiquiatria, a psicologia, a radiologia, a biologia, a genética, a química, a física, entre outras (Pinto da Costa, 2004; Roland, 2008; Vaz, 2008).

Pinto da Costa (2004) refere que a ciência forense constitui um universo vasto, abrangendo diversas áreas do conhecimento científico, jurídico e legal, rico em questões apaixonantes e, com uma vertente altamente social, pois contribui para a promoção da saúde da população. 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.

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 (Pinto da Costa, 2004).

As ciências médico-legais e as ciências de enfermagem terão surgido interligadas no século XVIII, quando os tribunais intimavam as parteiras a dar o seu parecer perante situações de gravidez, virgindade e violação sexual. Porém, o relacionamento entre estas ciências foi evidenciado a partir dos estudos realizados nas décadas de 70, 80 e 90 do século XX nos Estados Unidos da América (EUA), os quais se propagaram a países como a Inglaterra, Canadá, Austrália e norte da Europa (Riviello, 2010).

Em 1970, nos EUA surgiram os três primeiros cursos Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) dirigidos por enfermeiros, com o objetivo de formar peritos no exame às vítimas de agressão sexual. Em 1972, iniciaram três programas de apoio à vítima, sendo dois de apoio à vítima de violação. Em 1974, a enfermeira Burgess e a socióloga Holmstrom utilizaram a expressão *“síndrome traumática de violação”* e criaram um plano de intervenção que ainda

hoje faz parte da formação SANE (mais de 530 cursos em hospitais, a maioria na urgência) por toda a América, Canadá e outros países no mundo (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

Virgínia Lynch 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 SANE (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 citados por Silva, 2010; Kent-Wilkinson, 2008).

As inúmeras experiências e descobertas verificadas nas diversas áreas científicas, movidas pelo progresso científico e tecnológico contribuiram para uma evolução notável da ciência forense (Roland, 2008). Em Portugal, as ciências forenses registaram uma evolução bastante positiva, desde o início deste século e na sequência da criação do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML). Ocorreu um reforço progressivo da sua influência, qualidade e credibilidade e uma maior relevância no ensino e na investigação (Vieira, 2012). Trata-se de uma ciência sem fronteiras e porquanto a ser alargada também à Enfermagem, não apenas enquanto desafio mas como competência a desenvolver (Lopes, 2011).

Atualmente, a perspetiva de mudança orgânica no sistema médico-legal e forense nacional, mormente pela passagem do INML a INMLCF (Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses) poderá constituir mais um passo para o aperfeiçoamento e consolidação da evolução registada na primeira década do século XXI (Vieira, 2012).

A enfermagem forense é a aplicação do saber científico e técnico da enfermagem às situações clínicas consideradas forenses. Pressupõe o cruzamento entre o sistema de saúde, onde os enfermeiros intervêm, e o sistema legal (IAFN, 2006; Lynch & Duval, 2011). A enfermagem forense 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 o trauma físico, psicológico e social. Reconhece, intervém e avalia as situações de violência, doença ou morte. Possui conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal. Documenta, preserva e recolhe evidências, podendo proporcionar apoio jurídico e consultadoria às autoridades legais (IAFN, 2006; APEFORENSE, 2011). A consultadoria eficaz e atempada poderá facilitar a obtenção de provas (Pereira et al., 2011).

O *enfermeiro forense* pode exercer em diferentes contextos, desde as instituições de saúde à comunidade. A nível da educação preventiva e da reabilitação o enfermeiro forense poderá intervir em serviços de emergência, de medicina intensiva, de pediatria, de psiquiatria, de saúde comunitária, nas escolas, entre outros (Silva & Silva, 2009). A enfermagem forense inclui, ainda, a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional (IAFN, 2006).

Assim, a enfermagem une-se à medicina legal e ao direito, trabalhando em sintonia com estas áreas do saber (Bader & Gabriel, 2010 citados por Silva, 2010). Nesta perspetiva, o enfermeiro não pode ficar indiferente aos desafios desta nova área de intervenção profissional, pois representa uma evolução positiva em prol das vítimas. Para Lopes (2011) consiste em saber aplicar a lei ao modo de cuidar a pessoa.

Os enfermeiros prestam cuidados às vítimas e ofensores, em situações de violência conjugal, violência contra crianças, violência contra idosos, acidentes de viação, lesões por projéteis e armas brancas, acidentes de trabalho, maus-tratos, negligência, agressões sexuais, queimaduras, catástrofes, entre outras (Vales da Silva, 2009; Silva, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011).

Até prova em contrário e ao devido esclarecimento, todas as situações que abrangem vítimas de violência são consideradas casos forenses (APEFORENSE, 2011).

Considerando que, muitas vezes, os enfermeiros são os primeiros profissionais a assistir as vítimas (Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Whetzel, 2011, Lopes, 2011), não seria conveniente que interviessem sem atender aos princípios forenses (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006). Assim, a ciência forense deixa de ser apenas do domínio dos técnicos de laboratório, médicos, cientistas, criminalistas, agentes policiais e juristas, passando a fazer parte do léxico e da prática dos enfermeiros (Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010), constituindo parte integrante de uma atuação conscienciosa da enfermagem de urgência (Whetzel, 2011).

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, 2009a).

Conjuntamente, o exercício profissional do enfermeiro insere-se num contexto de atuação multiprofissional (OE, 2002). Assim, quando a situação ultrapasse a sua competência, o enfermeiro assume o dever de orientar a pessoa para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema (OE, 2009a). Constituindo a violência e o trauma subsequente um grave problema de saúde pública em todo o mundo (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011; APEFORENSE, 2011), urge implementar alianças cooperativas e interativas entre os profissionais de saúde, do sistema judicial e demais cientistas, num esforço colaborativo multiprofissional e multidimensional (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006). O enfermeiro que atua no âmbito de programas de intervenção na violência tem de estabelecer relações de colaboração com outros profissionais (de saúde, dos serviços de proteção, agentes da autoridade e agentes judiciais), para ser bem-sucedido (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

Portanto, o profissional de saúde confronta-se com desafios e oportunidades que assentam na proteção legal das vítimas, na proteção civil e dos direitos humanos e na prevenção de eventos de violência interpessoal (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011; APEFORENSE, 2011). Nesta perspetiva, o enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e para apoiar a investigação criminal, fomentando a salvaguarda dos direitos da vítima.

Por outro lado, os sistemas de saúde, também precisam compreender o seu próprio papel nesta área, de modo a reivindicarem o seu legado forense e fomentarem uma participação mais plena e multidimensional (Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010). A ENA (2010) incentiva a criação de diretivas relativas à recolha de evidências médico-legais e à documentação afim, bem como, o desenvolvimento de ações de familiarização dos profissionais com os procedimentos a adotar.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008a) 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 (PEF), 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.

Nos EUA, a enfermagem forense para ser aceite como especialidade pela ANA, foi intimada a definir os padrões da sua prática em termos do processo de enfermagem (Bader & Gabriel, 2010 citados por Silva, 2010). Assim, nos EUA, Canadá, Inglaterra, Austrália e países do norte da Europa, a atuação do enfermeiro forense, de um modo geral, inclui: a identificação de utentes em risco para situações que abranjam a justiça; o reconhecimento

de necessidades biopsicossociais das vítimas, suas famílias ou comunidade onde se incluem, bem como dos perpetradores; a recolha de vestígios; o planeamento e estabelecimento de objetivos nesta área de ação; a execução de intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados alcançados (Silva, 2010).

Os enfermeiros pela sua intervenção de 24 horas nos hospitais são os profissionais indicados para proceder ao acolhimento da vítima (Gomes, 2010). O enfermeiro está numa posição única para identificar, avaliar e cuidar das vítimas de violência interpessoal e/ ou trauma, providenciando cuidados físicos, emocionais e sociais, e, para facilitar e promover a preservação, recolha e documentação de vestígios com relevância médico-legal (ENA, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011; Whetzel, 2011). Assim, os enfermeiros têm oportunidades de aplicar os princípios das ciências forenses na sua prática clínica (Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010).

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).

- **Recolha e preservação de vestígios forenses**

A prova designa um indício, sinal ou uma evidência, serve para determinar a verdade de algo. O vestígio também pode ser uma prova, embora mais frágil e menos visível (Gonçalves, 2011). As provas são meios para fundamentar a existência ou inexistência dos factos, com a finalidade de sustentar subsequentes juízos jurídicos (Braz, 2010). Por seu lado, a prova pericial visa a apreciação dos factos por peritos, quando sejam precisos conhecimentos especiais que os julgadores não possuem (Rodrigues, 2008).

Lynch & Duval (2011) sustentam que o tribunal reconhece três tipos de provas: direta (testemunha que observou o evento), circunstancial (prova física ou declarações) e real (objetos palpáveis). As provas e os vestígios físicos forenses podem incluir: armas, fragmentos de engenhos explosivos, metais, papel ou documentos, impressões digitais, lesões, vidros, marcas ou pedaços de objetos, fragmentos de tinta, roupas, sangue, esperma, fluídos vaginais, saliva, suor, fezes, urina, secreções, vômito, cabelos, unhas, solo, fibras ou outros, existentes no local do crime, no corpo e roupa da vítima ou do agressor (Braz, 2010; Santos, 1998 citado por Gonçalves, 2011; Lynch & Duval, 2011).

Antes de avançarmos para os cuidados inerentes à recolha e preservação de vestígios forenses convém relembrar o ***princípio de Locard***. De acordo com este princípio ***«No local do crime ficam inevitavelmente, vestígios do criminoso que por sua vez transporta consigo voluntaria ou involuntariamente, vestígios do local onde praticou o ato criminoso»***. 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), utilizar sempre luvas e trocá-las com frequência para evitar a contaminação cruzada (Da Costa, 2010).

A avaliação das vítimas no serviço de urgência é essencial para a colaboração no processo criminal (Lourenço, 2004a). 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). Lourenço (2004a) afirma que primeiro se deve pensar na vítima enquanto pessoa, e só depois enquanto fonte de evidências, na certeza de que quanto mais precoce for a recolha de vestígios, maior o êxito da investigação. Lynch & Duval (2011) consideram que, nenhum procedimento forense pode inibir ou atrasar a avaliação e tratamento das situações que impliquem risco de vida, pois, a prioridade é a manutenção da vida da vítima ou perpetradores de crimes. Todavia, defende também que os profissionais devem fomentar a recolha, preservação e documentação das evidências. Neste âmbito, Lourenço (2004b) valoriza a existência de protocolos específicos de abordagem à vítima, de forma a combinar a assistência clínica com os procedimentos da investigação judicial.

Na abordagem deverá ser dada especial atenção às mãos da vítima, protegendo-as com sacos de papel selados com adesivo ou elásticos até ao cotovelo. Esfregar ou lavar as mãos comprometerá eventuais vestígios (Lynch & Duval, 2011). A manipulação ou lavagem das mãos da vítima irá degradar eventuais vestígios de sangue seco, de pólvora (caso de lesões por arma de fogo) ou outros pelo que devem proteger-se com sacos de papel até serem examinadas (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

O retirar da roupa da vítima deve ser feito de forma cuidadosa, quer seja retirada pelo profissional ou pela própria vítima. Se for necessário cortá-la deverá ser pelas costuras, longe da área da lesão, preservando a forma do buraco da bala, facada ou outro rasgo (Sheridan, Nash & Bresee, 2011, Lynch & Duval, 2011). Se a vítima se despir sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos. À medida que vão sendo retiradas as peças de roupa devem ser colocadas em cima desses lençóis (nunca no chão) evitando misturá-las (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). Cada peça, incluindo os sapatos, deverá ser cuidadosamente empacotada em sacos de papel limpos individuais, evitando a contaminação cruzada. Por prevenção deve colocar-se uma folha de papel entre as partes da roupa que necessite de ser dobrada (Lynch & Duval, 2011). O lençol de cima da maca/cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu devem ser recolhidos (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). As peças molhadas deverão ser deixadas secar ao ar, em local seguro, de acesso restrito e ventilação adequada (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006, Lynch & Duval, 2011). Nunca devem ser utilizados sacos de plástico, pois facilitam a condensação da

humidade conduzindo à deterioração dos vestígios. Os sacos de papel (permeáveis ao ar promovem a secagem do conteúdo) devem ser fechados com fita adesiva, pois os agrafos podem ferir o profissional ou danificar o conteúdo. O enfermeiro ao datar e rubricar a fita adesiva permite a verificação da inviolabilidade do saco (Sheridan, Nash & Bresee, 2011).

Na recolha de balas ou cartuchos devem utilizar-se luvas ou instrumentos tipo cirúrgico (pinças ou fórceps) de material não-metálico. Estes vestígios jamais deverão ser lavados, sendo o melhor procedimento secá-los com ar quente, antes do empacotamento individual em sacos com fecho tipo “zip” ou pequenos contentores (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006, Lynch & Duval, 2011).

A abordagem à vítima de acidente de viação deve despistar a presença de álcool no sangue e/ ou a condução sob efeitos de drogas, mediante colheita de amostras para análise na primeira abordagem da vítima (Lourenço, 2004b).

- **Comunicação, documentação e cadeia de custódia**

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, 2009a). 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, 2009b). Vales da Silva (2009) defende que a ocorrência de situações de violência deve ser comunicada às respetivas instâncias, a fim de contribuir para a diminuição do crime e punição dos ofensores.

Por outro lado, o enfermeiro assume uma posição única na documentação de vestígios com relevância médico-legal (ENA, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011; Whetzel, 2011). Na sua prática clínica, o enfermeiro assume o dever de registar fielmente as observações e intervenções que realiza (OE, 2009a). Para Pinto da Costa (2004) e Lynch & Duval (2011) a documentação clínica é de enorme validade médico-legal, suscetível de aplicação na justiça. O registo clínico do hospital que assistiu a vítima é valorizado nas perícias médico-legais efetuadas pelas delegações ou gabinetes do INML (Da Costa, 2010).

Gomes (2010) considera que a melhor forma de proteção da vítima e do profissional é a perfeita documentação dos factos. A correta preservação de evidências passa pelo registo completo, pormenorizado, minucioso, preciso, factual e objetivo, evitando suposições ou imprecisões (Gomes, 2010; Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Lynch & Duval, 2011).

As feridas falam por si (Pinto da Costa, 2004). Deste modo, devem-se efetuar notas descritivas de cada lesão (tamanho, forma, cor, localização, características da pele circundante e presença de material na lesão ou à sua volta) e condições em que o doente é admitido (como e quando). O local da realização de procedimentos invasivos também deverá ser devidamente identificado (Lynch & Duval, 2011). A documentação da localização e das características das lesões ou de vestígios materiais deve incluir, além do registo escrito um diagrama/ mapa corporal e o registo fotográfico (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). A fotografia requer consentimento da vítima ou de um familiar/responsável, registando neste caso o grau de parentesco/afinidade. A recolha de vestígios e as fotografias de cada lesão ou objeto devem ser obtidas, sempre que possível, antes de efetuar tratamentos. As fotografias devem identificar claramente a vítima, as áreas afetadas e instrumentos de medida (régua, moeda ou outros) para traçar o seu tamanho (Lynch & Duval, 2011). Deverá efetuar-se a descrição detalhada de todos os vestígios recolhidos (conteúdo, nome do indivíduo e do profissional, data, hora, local, registo fotográfico e destino final) de modo a manter a cadeia de custódia (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011).

Cada vez que o vestígio mude de mãos (por exemplo do enfermeiro para o agente da autoridade), esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes (Sheridan, Nash & Bresee, 2011). A documentação da cadeia de custódia deve informar acerca de todos aqueles que manipularam ou entraram em contacto com os vestígios. Toda a transferência de uma pessoa para outra ou de um lugar para outro deverá ser registada e o registo acompanhar as evidências até final da investigação, de modo a obter o registo cronológico de onde e com quem estiveram até serem apresentadas em tribunal (Galvão da Silva, 2006; Lynch & Duval, 2011). Todos os procedimentos efetuados (identificação, recolha, preservação, armazenamento, transporte e análise) devem ser minuciosamente registados (Galvão da Silva, 2006; Braz, 2010). O acondicionamento e transporte dos vestígios deve ser efetuado sempre em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade. Toda a operação que exija a abertura do contentor do vestígio deve ficar registada, quem manipulou, o momento e o local, assegurando a sua memória cronológica (Braz, 2010). Portanto, a manutenção da cadeia de custódia é fundamental para garantir a qualidade e o valor probatório dos vestígios (Galvão da Silva, 2006).

- **Proteção e apoio às vítimas**

A intervenção em casos de violência constitui um desafio para o enfermeiro e uma oportunidade de fazer a diferença junto das vítimas (Jagim, 2011).

A vítima deve ser entrevistada sozinha, e, se o (s) acompanhante (s) tentar (em) atrapalhar a sua privacidade o enfermeiro intercederá, defendendo os interesses da vítima (Sheridan, Nash & Bresee, 2011), pois a manutenção do ambiente seguro, do respeito pela privacidade e pelo bem-estar da vítima constituem focos da intervenção deste profissional.

Simultaneamente, o enfermeiro deve informar o indivíduo acerca dos recursos disponíveis e sobre o modo de os obter (OE, 2009a). A função do enfermeiro é garantir os cuidados necessários, identificar as lesões, registar a história e referenciar a situação, apoiando e ajudando a vítima a planear a sua segurança e a conhecer as alternativas e recursos para mudar (Jagim, 2011). O enfermeiro assume, ainda a função de educador para a prevenção da violência e para a promoção de um ambiente familiar seguro e saudável (Lopes, 2011).

Na perspetiva de Simões (2010) o enfermeiro preocupa-se com a vítima, com o seu tratamento, mas também com todo o contexto em que ela se encontra, pois aliada à sua formação técnica está a sensibilidade. Gomes (2010) enfatiza a importância de uma abordagem integral e humanizada às vítimas. O enfermeiro pode distinguir-se pelas suas competências técnicas para cuidar e pela sua aptidão para apoiar, confortar e comunicar num âmbito de relação de ajuda (Lopes, 2011).

- **Formação em enfermagem forense**

O profissional de saúde deve saber tratar a vítima, de modo a respeitar conjuntamente o código deontológico profissional e os princípios médico-legais (Vales da Silva, 2009). Do desempenho de todos os envolvidos na assistência à vítima, na recolha e preservação de evidências e na manutenção da cadeia de custódia depende a valorização dos vestígios como prova em tribunal (Vaz, 2008). Logo, os profissionais de saúde devem possuir a necessária formação de base, formação contínua e competências específicas (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006). Pela relevância da sua intervenção no cuidado às vítimas é imperativo que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre a preservação e documentação de vestígios forenses (Lynch & Duval, 2011).

Nesta ótica, é essencial investir na formação dos enfermeiros (atuais e futuros), fomentando o desenvolvimento de novas respostas em cuidados de enfermagem perante situações clínicas com contornos médico-legais e no combate ao crime e à violência.

A compreensão do modo como se estrutura atualmente a formação em enfermagem em Portugal implica conhecer os processos históricos que caracterizaram a evolução da profissão (fundada no século XIX) e do seu ensino (Amendoeira, 2006; Serra, 2008). No

início, o ensino da enfermagem sofreu influências de outras áreas do saber (essencialmente da medicina) e de outras áreas geográficas, particularmente EUA, Canadá, Reino Unido e outros países da Europa. Até finais da década de 70 do século XX a formação em enfermagem foi dominada pela perspectiva biomédica. Nos anos 80 ocorreu a mudança para a perspectiva do “*cuidar-curar*”. A disciplina foi-se construindo num interface de contributos recíprocos entre a profissão e o seu ensino (Amendoeira, 2006).

Nos anos 70 a 90 ocorreram debates e reuniões cruciais, foi publicada legislação específica, sendo que esse desenvolvimento culminou em 1988 na conceção de um novo plano de estudos com a integração do curso de enfermagem no ensino superior politécnico. Em 1996 é publicado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), em 1998 é constituída a Ordem dos Enfermeiros (OE) e em 1999 ocorre a passagem a curso superior de licenciatura em enfermagem (Amendoeira, 2006; OE, 2008b). O curso de licenciatura em enfermagem (CLE) passa a ter duração de quatro anos curriculares e “visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”. São, ainda objetivos do curso assegurar a formação necessária: “à participação na gestão dos serviços ou unidades de saúde”; “à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde” e “ao desenvolvimento da prática da investigação” (Decreto-lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, p. 6199). A formação pré-graduada em enfermagem decorre, assim, em dois contextos, teórico e teórico-prático na escola e, estágio em contexto de prática de cuidados (Serra, 2008). O regulamento do CLE prevê que cada instituição de ensino possa lecionar unidades curriculares de opção com carga horária não superior a 10% da carga horária total do plano de estudos (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro). Com base nestes pressupostos, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) proporcionou uma unidade curricular opcional designada por enfermagem forense. Os objetivos da unidade curricular incluíam reconhecer os sinais de agressão sexual, maus-tratos a crianças ou idosos, violência doméstica ou outra da área forense, bem como compreender a importância da entrevista à vítima, descrever os cuidados inerentes ao sofrimento físico e emocional a prestar à vítima e à família e os cuidados na recolha e preservação de evidências (ESEnfC, n. d.).

Em 2003 a OE define as competências do enfermeiro de cuidados gerais e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, a formação pré-graduada em enfermagem deve assegurar a aquisição de competências profissionais de acordo com o referencial da profissão, preparando para o exercício autónomo e permitindo a expansão posterior das competências (OE, 2008b).

Atualmente, todas as escolas de enfermagem solicitaram adequação do CLE ao 1º ciclo de estudos de Bolonha, com 240 créditos (ECTS), defendendo a OE que essa adaptação não poderá colocar em causa o estágio do ensino de enfermagem em Portugal (OE, 2008b). A manutenção do CLE no ensino politécnico em ciclo único de quatro anos, respeitando o quadro legal e referencial da profissão, as autonomias pedagógica e científica e, a competência para o fazer foi a única decisão possível às escolas (Amendoeira, 2009).

A OE (2008b) atesta que a mudança no nível de formação académica e profissional dos enfermeiros têm contribuído para o desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, permitindo assumir elevadas responsabilidades na conceção, organização e prestação de cuidados. Para Amendoeira (2006) a Enfermagem insiste em desafiar-se em termos científicos e tecnológicos, em evoluir na sua formação académica e profissional. Produz, divulga e aplica saberes científicos, preocupando-se em definir as boas práticas da profissão com base em evidências.

Nesta perspetiva de evolução, a enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem, um dos exemplos de expansão do papel do enfermeiro, tornando-o um colaborador relevante do sistema judicial (Lynch & Duval, 2011).

Em Portugal, existe um avultado número de cursos, pós-graduações e mestrados em medicina legal, criminologia, ciências forenses, psicologia criminal e áreas afins (Gonçalves, 2011). Contudo, só recentemente surgiu formação específica nesta área para enfermeiros. A primeira pós-graduação em enfermagem forense teve início em 2009 (Simões, 2010; Gonçalves, 2011), até então a maioria das pós-graduações e mestrados na área não admitiam enfermeiros (Gonçalves, 2011). Atualmente, a título de exemplo, a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias e o Instituto Politécnico de Leiria desenvolvem pós-graduações em enfermagem forense, 3ª e 2ª edições, respetivamente. O Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar desenvolve o mestrado em medicina legal. A Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), à semelhança de outras escolas e organizações nacionais, tem promovido atividades extracurriculares na área, sobretudo conferências e palestras em congressos. A 3ª edição do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica desta escola, que iniciou em 2012 inclui um módulo sobre enfermagem forense.

Quanto à formação em enfermagem forense no CLE a revisão da literatura apenas identificou o exemplo já referido da ESEnfC. Lourenço (2004b) refere que não tem conhecimento de que nos CLE sejam ministrados conteúdos sobre enfermagem forense.

Apesar das escolas de enfermagem não terem por tradição ensinar a recolha de vestígios forenses e a elaboração dos respetivos registos (Sheridan, Nash & Bresee, 2011), a ENA salienta a importância dos enfermeiros do SU possuírem conhecimentos e competências nesta área (ENA, 2010).

O estudo intitulado *“A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais”* mostrou que a maioria dos enfermeiros do SU do Hospital de Castelo Branco não possuía conhecimentos em Medicina Legal, que nenhum detinha formação (pré-graduada, pós-graduada ou ações de formação) na área e que todos reconheceram a necessidade de formação específica porquanto desconheciam as orientações para preservação de evidências médico-legais (Lourenço, 2004a).

Num estudo elaborado por Canelas (2008) designado *“Violência Doméstica Contra as Mulheres: Relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas”*, 90,1% dos profissionais de saúde inquiridos não detinham formação para cuidar de vítimas de violência e 76,9% sentiam essa necessidade.

Silva (2010) desenvolveu um estudo denominado *“Os Enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência”*, visando estudar a opinião e conhecimentos de 149 enfermeiros sobre preservação de vestígios. Esta pesquisa revelou que a grande maioria dos enfermeiros (93.3%) não possuía formação na área da Medicina Legal e que 71,7% sentiam necessidade dessa formação.

Gonçalves (2011) com o objetivo de descrever a opinião e conhecimentos dos enfermeiros do serviço de emergência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, quanto à manutenção de provas forenses, através de dez entrevistas semiestruturadas, concluiu que, todos os participantes já tinham ouvido falar sobre provas forenses ainda que a maioria tenha revelado conhecimentos vagos. Todos os profissionais inquiridos admitiram falta de formação na área, falta de meios e de métodos de atuação, embora considerem a sua relevância e posição privilegiada na preservação e recolha de provas forenses.

Para Lourenço (2004a) é essencial a formação na área, mormente dos profissionais do SU, bem como a necessidade de inclusão de conteúdos curriculares nos currículos de enfermagem, pois, os profissionais reconheceram eventuais falhas na assistência às vítimas relacionadas com o *“não conhecimento”*, a *“não formação”* e a *“falta de recursos para peritagem correta”*. De acordo com Silva (2010) existe a necessidade social de uma maior difusão desta área e da preparação adequada dos profissionais. Os profissionais terão que ser ajudados a intervir, não só perante as queixas físicas ou lesões visíveis, mas igualmente sobre o contexto psicológico e social subjacente às situações de maus-tratos, de forma a responder às necessidades das vítimas. Para tal, a formação contínua dos profissionais, a capacitação efetiva (técnica e material) das unidades de cuidados e a elaboração de manuais de boas práticas que facultem orientações e concretizem compromissos organizacionais designam estratégias que urge implementar (Machado, 2009).

Os estudos referenciados acima evidenciam défice de formação e de conhecimentos dos enfermeiros nesta área, convergindo todos para a necessidade de repensar o papel, as competências e a importância da prática do *enfermeiro forense*, bem como a sua formação académica, temas ainda pouco explorados no contexto português. Um aspeto relevante salientado nas pesquisas é o impacto que a formação pode ter no aumento dos conhecimentos e na qualidade das práticas quotidianas dos enfermeiros nesta área, pelo que resulta daqui, a nossa motivação para desenvolver o presente estudo.

Silva (2010) defende que a enfermagem forense tem vindo progressivamente a ganhar reconhecimento e crê que alcance um forte reflexo em Portugal, designadamente pela introdução de conceitos gerais da disciplina no currículo do CLE. Porém, existe ainda um longo caminho a percorrer (Simões, 2010).

A recém-criada associação portuguesa de enfermagem forense (APEFORENSE) representará seguramente um passo significativo para o crescimento e consolidação da enfermagem forense no nosso país. A sua missão inclui: contribuir para a formação técnico-científica dos enfermeiros em enfermagem forense; fomentar, apoiar e divulgar a investigação na área; promover uma estrutura de formação em enfermagem forense e a sua acreditação; fomentar a formação na área da medicina legal e ciências forenses, tendo em vista a introdução de unidades curriculares no CLE e em pós-graduações; celebrar protocolos de colaboração com diferentes associações ou entidades; promover a qualidade dos cuidados de enfermagem forense; entre outras (APEFORENSE, 2011).

Os enfermeiros com formação forense desejam que, um dia, os hospitais e outras instituições de saúde reclamem a sua presença, de modo a assegurar o respeito pelos princípios médico-legais, sempre que aplicáveis (Lynch & Duval, 2011).

Foi neste enquadramento que a investigação "*Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimentos em Estudantes de Enfermagem*" emergiu como pertinente, atual e aliciante.

Para orientar o estudo formulou-se a seguinte questão de partida:

Qual o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem?

Em consonância, o objetivo principal da investigação é avaliar o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem.

Ambiciona-se, com este estudo, promover a reflexão sobre as práticas de enfermagem forense e sobre a formação dos enfermeiros nesta área, estimular o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem forense, sensibilizando os profissionais (atuais e futuros) para as repercussões e importância das suas ações na aplicação da justiça e na salvaguarda dos direitos das

vítimas. Em suma, contribuir para a divulgação de alguns princípios em que assentam as práticas da enfermagem forense.

Este Relatório Final organiza-se em cinco capítulos. O primeiro é constituído pela presente introdução. O segundo apresenta o material e os métodos. No terceiro capítulo descrevem-se e interpretam-se os resultados. O quarto contempla a discussão dos resultados. O quinto e último capítulo contempla as conclusões e sugestões, bem como as implicações do estudo.

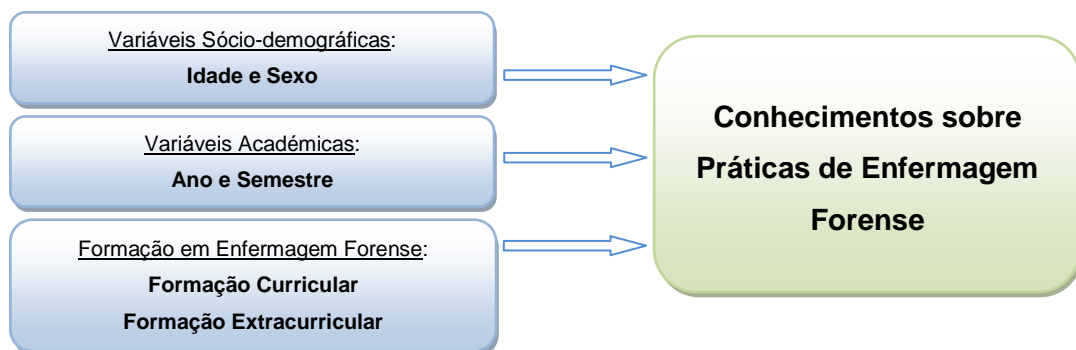
2 - MATERIAL E MÉTODOS

As práticas de enfermagem forense conhecidas pelos estudantes de enfermagem constituem o foco desta investigação devido à importância e reconhecimento crescentes da enfermagem forense a nível internacional e mais recentemente em Portugal constituindo um aliciante desafio e uma nova oportunidade de desenvolvimento profissional para os enfermeiros e para a profissão.

- **Tipo e desenho do estudo**

Conceptualizou-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva, com a finalidade de descrever a relação das variáveis sócio-demográficas, académicas e da formação em enfermagem forense com os conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem (cf. Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo



- **Questões, objetivos e hipóteses de investigação**

Como apoio à condução da investigação, além da questão de partida já citada, elaboraram-se as seguintes questões específicas:

- Qual a relação das variáveis sociodemográficas e das variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem?
- Em que medida a formação em enfermagem forense influencia o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem?

Para dar resposta às questões formuladas, além do objetivo principal já referido, delineou-se o seguinte objetivo específico:

- Descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e da formação em enfermagem forense com o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem.

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

Hipótese 1 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem.

Hipótese 2 - Há relação entre as variáveis académicas e o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem.

Hipótese 3 - Existe relação entre a formação em enfermagem forense e o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem.

- **Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados utilizado inclui dois questionários: o Questionário Geral sobre Enfermagem Forense - QGEF e o Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF, ambos construídos pelos investigadores, tendo por base a revisão da literatura na área da enfermagem forense (cf. Apêndice I).

O QGEF integra questões relativas à caracterização sociodemográfica e académica dos participantes e questões sobre a formação em enfermagem forense.

O conteúdo do QCPEF foi submetido à apreciação de um juiz externo perito na área que como consultor sugeriu a substituição de alguns termos de modo a clarificar o entendimento dos respetivos itens. Assim, a versão final do QCPEF incluiu 74 afirmações dicotómicas (verdadeiro ou falso) e visa avaliar os conhecimentos sobre PEF. Para evitar tendências de resposta alguns itens foram construídos na negativa e outros na afirmativa. Solicita-se aos participantes que assinalem com um X a opção que melhor se adequa àquilo que pensam, sabem ou fazem quanto às PEF. Os itens abordam aspetos relacionados com o conceito de enfermagem forense; as situações forenses; os vestígios forenses utilizados na investigação de situações suspeita; a comunicação da ocorrência e a documentação das evidências; os cuidados gerais de enfermagem e os cuidados na preservação de vestígios.

A cada um dos itens do QCPEF foi atribuída a pontuação de 0 se resposta incorrecta, ou 1 se resposta correta. Da soma das pontuações de todos os itens resulta o score global de conhecimentos sobre PEF que pode oscilar entre 0 e 74 pontos (valores inteiros). Quanto maior for o score global melhor o nível de conhecimentos.

Nesta amostra/estudo o instrumento de colheita de dados revelou uma aplicabilidade de 100%, pois todos os participantes responderam à totalidade das questões, demonstrando facilidade de compreensão e administração.

A fiabilidade do QCPEF foi avaliada pelo coeficiente Alfa (α) de Cronbach, considerado por Maroco & Garcia-Marques (2006) a medida de consistência interna por excelência e pelo coeficiente de bipartição (Split-half), (cf. Apêndice II). Apesar das estimativas de fiabilidade verificadas, α de Cronbach global de 0.807 e Split-half primeira parte de 0.785, segunda parte de 0.673, 18 itens apresentam correlações com o score

global inferiores a 0.20 (Apêndice III), pelo que, de acordo com Streiner & Norman (1989) seriam eliminados. Porém, optou-se por mantê-los no QCPEF, dada a sua importância para este estudo ao representarem aspetos importantes da enfermagem forense, partilhando desta forma, da opinião de Maroco & Garcia-Marques (2006, p.84) quando afirmam que “a relevância do item” pode “contrapor à sua remoção”.

Assim, privilegiou-se o conteúdo dos itens deixando outras análises de consistência interna e de validação do QCPEF para estudos futuros em amostras maiores, tendo em conta o elevado número de itens do instrumento, e com eventual revisão de alguns itens. Na perspectiva de Maroco & Garcia-Marques (2006, p. 80) “só o uso repetido do instrumento com diferentes amostras indica algo sobre a validade do processo inferencial: um instrumento que repetidamente gera dados fiáveis pode dizer-se, com maior confiança, fiável”.

No seguimento do estudo, decidiu-se que os 74 itens do QCPEF seriam agrupados em seis subescalas, tendo por base aspetos particulares da enfermagem forense, sendo elas: Conceito de Enfermagem Forense com 10 itens (1 a 10), Situações Forenses composta por 12 itens (11 a 22), Vestígios Forenses formada por 12 itens (23 a 34), Comunicação e Documentação constituída por 10 itens (35 a 44), Cuidados de Enfermagem Gerais com 10 itens (45 a 54) e Preservação de Vestígios com 20 itens (55 a 74).

O estudo da consistência interna das subescalas mostrou índices razoáveis em três (Situações Forenses, Vestígios Forenses e Comunicação e Documentação), oscilando entre 0.600 e 0.816, e índices baixos nas restantes, variando de 0.533 a 0.573 (cf. Apêndice IV).

Uma contribuição para o estudo da validade do QCPEF é a determinação da matriz de correlação de Pearson entre as diversas subescalas e entre estas e o score global. Verificam-se correlações positivas e significativas entre as seis subescalas e o score global de conhecimentos oscilando entre 0.498 e 0.684. Entre as seis subescalas verificam-se cinco correlações ínfimas e não significativas, oscilando entre -0.004 e 0.117 e dez correlações positivas significativas variando entre 0.171 e 0.473 (cf. Apêndice V).

- **Procedimentos**

A população-alvo do estudo visava os 214 estudantes inscritos no 3º e 4º ano do CLE da ESSV, no ano letivo 2011 / 2012 (cf. Tabela 1). Após autorização do Presidente da escola para realizar a colheita de dados (cf. Anexo I), efetuou-se um pré-teste numa amostra de 17 estudantes finalistas do 2º ano do CLE (por possuírem requisitos idênticos à população-alvo, não desperdiçando sujeitos da amostra). A apreciação do questionário foi favorável não sendo necessário introduzir-lhe alterações.

A colheita de dados decorreu nos dias dois e três de fevereiro de 2012 durante as atividades letivas programadas para o 3º e 4º ano, recorrendo a uma amostragem não probabilística por conveniência. A participação foi voluntária, após explicação dos objetivos do estudo, garantida a confidencialidade dos dados e obtido o consentimento informado. O tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos e o questionário foi colocado pelo estudante em envelope próprio para esse fim.

O tratamento estatístico dos dados realizou-se com apoio do programa informático *IBM SPSS Statistics 20*. Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância: $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa; $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa e $p \geq 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa (Pestana e Gageiro, 2008).

- **Participantes**

Participaram no estudo 190 estudantes (88,8% da população-alvo), 78.9% do sexo feminino, sendo a média de idades de 22.44 anos ($Dp=2.621$), (cf. Tabela 1 e 2).

Dos 214 inscritos o maior percentual de estudantes do CLE frequentava o 3º ano 6º semestre (93.3%). Considerando os 190 participantes, a maior percentagem de inquiridos pertencia ao 3º ano 5º semestre (27.4%), sendo as percentagens face ao ano do curso idênticas (49.5% vs. 50.5%), (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por curso, semestre e ano

	21º CLE 3ºA 5ºS	20º CLE 3ºA 6ºS	19º CLE 4ºA 7ºS	18º CLE 4ºA 8ºS	3º Ano	4º Ano	Total
Inscritos *	60	45	51	58	105	109	214
Participantes face aos inscritos n (%)	52 (86.7)	42 (93.3)	45 (88.2)	51 (87.9)	94 (89.5)	96 (88.1)	190 (88.8)
Participantes face à amostra (%)	27.4	22.1	23.7	26.8	49.5	50.5	100,00

* Dados fornecidos pela ESSV (cf. Anexo II)

3 - RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise descritiva e inferencial dos resultados.

- **Perfil sociodemográfico dos participantes**

A amostra é constituída maioritariamente por estudantes do sexo feminino (78.9%), com idades entre os 20 e os 37 anos, com uma média de idades de 22.44 anos (Dp= 2.621), e uma dispersão baixa em torno da média. Para o sexo feminino a idade máxima foi de 37 anos, enquanto para o masculino foi de 35, sendo a mínima de 20 anos para ambos os sexos. Os estudantes do sexo masculino são em média mais velhos face aos do sexo feminino (MR=118.95 vs. MR=89.25) sendo a diferença estatística bastante significativa (U=2062; p=0.002). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) revela que a distribuição da variável idade não é normal (p=0.000). Os valores de curtose ($K/_{\text{erro}}$) e assimetria ($Sk/_{\text{erro}}$) mostram curvas leptocúrticas assimétricas positivas com enviesamento à esquerda para o total da amostra e para o sexo feminino. Para o sexo masculino a curva é simétrica ($Sk/_{\text{erro}}=1.837$) e leptocúrtica ($K/_{\text{erro}}=3.683$), (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas relativas à idade dos estudantes em função do sexo

	n (%)	Min.	Max.	\bar{x}	Dp	$Sk/_{\text{erro}}$	$K/_{\text{erro}}$	CV (%)	K/S	Mean Rank	U de Mann Whitney
Masculino	40 (21.1)	20	37	23.53	3.178	1.837	3.683	13.5	0.000	118.95	U=2062 p=0.002**
Feminino	150 (78.9)	20	35	22.15	2.381	3.521	16.306	10.7	0.000	89.25	
Total	190 (100)	20	37	22.44	2.621	2.901	10.533	11.7	0.000		

A amplitude de variação da idade situa-se nos 17 anos. Após o seu agrupamento em duas classes verifica-se que dos 190 participantes, 61.1% têm idade maior ou igual (\geq) a 22 anos, contribuindo para este valor os 25.8% que apresentam idade igual a 22 anos. Os estudantes do sexo masculino estão mais representados no grupo etário dos \geq a 22 anos face aos do sexo feminino (75% vs. 57.3%), enquanto no grupo etário dos menor ou igual (\leq) a 21 anos estão mais representados os participantes do sexo feminino (42.7% vs. 25%), com diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4.145$; p=0.042), (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Grupo etário dos estudantes face ao sexo

Grupo etário	Sexo		Feminino (F)		Total		Resíduos Ajustados	
	Masculino (M)		n	%	n	%	M	F
≤ 21 anos	10	25.0	64	42.7	74	38.9	- 2	2
≥ 22 anos	30	75.0	86	57.3	116	61.1	2	- 2

Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4.145$; p=0.042*

- **Características académicas dos participantes**

O percentual de participantes do 3º ano foi de 49.5% e o do 4º de 50.5%. Os estudantes do sexo feminino estão mais representado no 3º ano (52.7% vs. 37.5%) e os do sexo masculino no 4º ano (62.5% vs. 47.3%), contudo, sem diferenças significativas ($p=0.088$). Quanto ao semestre, também não se verificam diferenças significativas face ao sexo ($p=0.400$), (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Características académicas dos participantes em função do sexo

Ano	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
3º Ano		15	37.5	79	52.7	94	49.5
4º Ano		25	62.5	71	47.3	96	50.5
$\chi^2=2.906$; $p=0.088$							
SEMESTRE							
5º Semestre (3º Ano)		8	20.0	44	29.3	52	27.4
6º Semestre (3º Ano)		7	17.5	35	23.3	42	22.1
7º Semestre (4º Ano)		12	30.0	33	22.0	45	23.7
8º Semestre (4º Ano)		13	32.5	38	25.3	51	26.8
$\chi^2=2.949$; $p=0.400$							

- **Formação curricular em enfermagem forense**

Dos 190 inquiridos 71.6% respondeu não ter frequentado formação sobre enfermagem forense no CLE e 28,4% afirmou ter recebido, tendo estes últimos indicado 3 e 4 horas de formação. Nenhum estudante do 5º semestre referiu ter recebido esta formação durante o CLE. Os participantes do sexo masculino não se diferenciam dos do sexo feminino ($p > 0.05$), (cf. Tabela 5).

Do total de estudantes apenas 4 indicaram ter realizado trabalhos na área da enfermagem forense durante o CLE, sendo a violência doméstica o tema que abordaram.

Relativamente à importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre enfermagem forense no plano de estudos do CLE, 61.1% dos estudantes considerou importante, 31.1% muito importante, 5.3% indiferente e 2.6% pouco importante (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Formação curricular em enfermagem forense face ao sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No CLE recebeu formação sobre enfermagem forense? (n=190)						
Sim	9	22.5	45	30.0	54	28.4
Não	31	77.5	105	70.0	136	71.6
$\chi^2=0.873$; $p=0.350$						
Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre enfermagem forense no plano de estudos do CLE? (n=190)						
Pouco importante	1	2.5	4	2.7	5	2.6
Indiferente	2	5.0	8	5.3	10	5.3
Importante	28	70.0	88	58.7	116	61.1
Muito importante	9	22.5	50	33.3	59	31.1

Das situações clínicas experienciadas nos estágios pelos estudantes, as mais relatadas foram traumatismos (83.7%) e acidentes de viação (73.7%) e as menos referidas colheita e preservação de vestígios (10%), agressão sexual (9.5%) e morte violenta (5.8%). Apenas 3.2% dos inquiridos não assinalou qualquer situação clínica (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Situações clínicas experienciadas pelos estudantes nos estágios em função do sexo

Situações Clínicas	Masculino (n=40)		Feminino (n=150)		Total (n=190)	
	n	%	n	%	n	%
Traumatismos	32	80.0	127	84.7	159	83.7
Acidentes de Viação	28	70.0	112	74.7	140	73.7
Violência Conjugal	15	37.5	45	30.0	60	31.6
Lesões por Armas de Fogo ou Brancas	13	32.5	46	30.7	59	31.1
Negligência e Má Prática Clínica	10	25.0	48	32.0	58	30.5
Homicídio ou Suicídio	8	20.0	31	20.7	39	20.5
Violência contra Crianças	6	15.0	33	22.0	39	20.5
Violência contra Idosos	6	15.0	22	14.7	28	14.7
Colheita e Preservação de Vestígios	2	5.0	17	11.3	19	10.0
Agressão Sexual	2	5.0	16	10.7	18	9.5
Morte Violenta	2	5.0	9	6.0	11	5.8
Nenhuma das anteriores	3	7.5	3	7.5	6	3.2

- **Existência de protocolos médico-legais**

Quanto à existência de protocolos de abordagem em situações médico-legais nos serviços onde realizaram estágio, 86.3% dos estudantes não soube dizer se existiam, 4.2% afirmou não existirem e 9.5% referiu existirem, sendo que destes últimos (18 estudantes) apenas 10 os identificaram (3 indicaram agressão sexual, 3 violência doméstica, 2 violência contra crianças e 2 colheita e preservação de vestígios).

- **Formação extracurricular em enfermagem forense**

Dos 190 estudantes questionados, 73.2% referiu não ter frequentado formação extracurricular em enfermagem forense, sendo que face ao sexo não se verificaram diferenças significativas ($p=0.916$), (cf. Tabela 7). Dos estudantes que mencionaram ter frequentado formação extracurricular (26.8%), 56.9% indicou conferências, 25.5% conferências e jornadas e 17.6% jornadas. No que respeita, às horas de formação extracurricular frequentadas, 39.2% referiu três horas, 23.5% quatro horas, 27.5% seis horas e 9.8% oito horas. A média de horas de formação extracurricular foi 4.55 ($Dp=1.677$).

Dos estudantes que nunca frequentaram formação extracurricular em enfermagem forense, 41% referiu como motivo “*Pouca oferta formativa na área*”, 29.5% “*Não teve conhecimento de formações na área*”, 25.9% indicou “*Pouca oferta formativa na área*” e “*Não teve conhecimento de formações na área*” e 3.6% “*Não tem interesse pela área*”.

Em relação à questão “Gostaria de frequentar formação específica na área da enfermagem forense?”, 58.4% dos estudantes referiu “pós-graduação”, 16.3% respondeu “não”, 12.6% “mestrado”, 9.5% “curso avançado” e 3.2% “doutoramento” (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Formação extracurricular em enfermagem forense face ao sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Já frequentou formação extracurricular na área da enfermagem forense? (n=190)						
Sim	11	27.5	40	26.7	51	26.8
Não	29	72.5	110	73.3	139	73.2
$\chi^2 = 0.011$; $p=0.916$						
Gostaria de frequentar formação específica na área da enfermagem forense? (n=190)						
Pós-graduação	18	45.0	93	62.0	111	58.4
Não	7	17.5	24	16.0	31	16.3
Mestrado	10	25.0	14	9.3	24	12.6
Curso Avançado	3	7.5	15	10.0	18	9.5
Doutoramento	2	5.0	4	2.7	6	3.2

- **Importância da existência e classificação da intervenção do enfermeiro forense**

Quanto às questões “Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal?” e “Como classifica a intervenção do enfermeiro forense?”, a maioria dos estudantes respondeu “importante”, seguida da opção “muito importante” (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Importância da existência e classificação da intervenção do enfermeiro forense

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Considera importante a existência do enfermeiro forense em Portugal? (n=190)						
Nada importante	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pouco importante	1	2.5	1	0.7	2	1.1
Indiferente	0	0.0	5	3.3	5	2.6
Importante	24	60.0	85	56.7	109	57.4
Muito importante	15	37.5	59	39.3	74	38.9
Como classifica a intervenção do enfermeiro forense? (n=190)						
Nada importante	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pouco importante	0	0.0	3	2.0	3	1.6
Indiferente	0	0.0	7	4.7	7	3.7
Importante	24	60.0	88	58.7	112	58.9
Muito importante	16	40.0	52	34.7	68	35.8

- **Conhecimento de Organizações relacionadas com a enfermagem forense**

A maioria dos estudantes (94.7%) não conhece organizações nacionais ou internacionais na área. Apenas dez estudantes afirmaram conhecer, sendo que cinco citaram o Hospital Sobral Cid, quatro o INML e um a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

- **Auto-classificação do conhecimento sobre práticas de enfermagem forense**

A maioria dos inquiridos (59.5%) auto-classificou o seu conhecimento como sendo “pouco apropriado”, 24.2% “razoável”, 11.6% “inexistente”, 3.2% “apropriado” e 1.6% “muito apropriado” (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Auto-classificação do conhecimento sobre práticas de enfermagem forense

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Como classifica o conhecimento que possui sobre práticas de enfermagem forense? (n=190)						
Inexistente	6	15.0	16	10.7	22	11.6
Pouco Apropriado	27	67.5	86	57.3	113	59.5
Razoável	7	17.5	39	26.0	46	24.2
Apropriado	0	0.0	6	4.0	6	3.2
Muito Apropriado	0	0.0	3	2.0	3	1.6

- **Conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense**

O score global de conhecimentos dos estudantes variou entre 31 e 71 pontos, sendo a média de 58.26 (Dp=7.047), e a dispersão baixa em torno da média (CV=12.1), (cf. Tabela 10). Considerando que o score global de conhecimentos esperado oscila entre 0 e 74, este resultado indica que, em média, os estudantes responderam corretamente a 78.7% dos itens do QCPEF, revelando possuírem conhecimentos sobre PEF.

O percentual de respostas corretas por item foi igual ou superior a 78.7% em 47 itens do QCPEF (cf. Apêndice VI). Os itens 23 “*Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses*” e 25 “*Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses*” registaram 100% de respostas corretas, ambos pertencentes à subescala Vestígios Forenses. O item 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*”, foi o que registou maior percentual de respostas corretas (98.9%) na subescala designada de Conceito de Enfermagem Forense. Os itens 42 “*Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal*” e 47 “*A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima*”, foram os que apresentaram maior percentagem de respostas corretas (96.8%), nas subescalas Comunicação e Documentação e Cuidados de Enfermagem Gerais, respetivamente. Na subescala Preservação de Vestígios foi o item 74 “*A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes*” que registou maior percentual de respostas corretas (95.3%), (cf. Apêndice VI).

No que concerne a respostas incorretas, verificou-se que em 27 itens o percentual de respostas incorretas é maior do que 21.3% (cf. Apêndice VI). Na subescala Conceito de

Enfermagem Forense o item que apresentou maior percentagem de respostas incorretas foi o 5 “A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores” (50%). Na subescala Situações Forenses foram os itens 19 “Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses” e 22 “O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais” que registaram o maior percentual de respostas incorretas (50%). Quanto à subescala Vestígios Forenses, foi o item 34 “Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses” que exibiu maior percentagem de respostas incorretas (53.7%), seguido dos itens 33 “Vestígios de vidros poderão ter importância forense” e 26 “As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses”, ambos com 45.3%. Na subescala Comunicação e Documentação, o item mais vezes assinalado de forma incorreta foi o 36 “A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima” (37.4%). Em relação à subescala Cuidados de Enfermagem Gerais, o item 45 “O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida” foi o que obteve maior percentual de respostas incorretas (26.8%). Na subescala Preservação de Vestígios foi o item 57 “Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos” que mais vezes foi assinalado incorretamente (73.2%). Nesta subescala os itens 63 “O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos”, 69 “Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos” e 62 “O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos”, também registaram percentuais elevados de respostas incorretas, 68.4%, 67.9% e 58.4%, respetivamente. (cf. Apêndice VI).

O teste de $K/S=0.248$ revela distribuição normal da variável score global de conhecimentos, os valores de assimetria ($Sk_{erro}=-0.793$) e curtose ($K_{erro}=1.000$) mostram distribuição simétrica e mesocúrtica, para o total da amostra. Nas seis subescalas os scores globais oscilam entre valores mínimos de 2 e máximos de 20, a que correspondem scores globais médios entre 7.72 e 14.31, sendo as dispersões baixas a moderadas (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas aos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense

	Min.	Max.	Score esperado	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	K/S	CV (%)
Conceito de Enfermagem Forense	3	10	[0-10]	7.72	1.665	-0.473	-0.514	0.000	21.6
Situações Forenses	3	12	[0-12]	9.16	2.481	-0.447	0.351	0.000	27.1
Vestígios Forenses	4	12	[0-12]	9.31	2.512	-0.306	-1.284	0.000	26.9
Comunicação e Documentação	2	10	[0-10]	8.83	1.348	-2.130	6.338	0.000	15.3
Cuidados de Enfermagem Gerais	4	10	[0-10]	8.94	1.298	-1.550	2.283	0.000	14.5
Preservação de Vestígios	7	20	[0-20]	14.31	2.516	-0.058	-0.080	0.011	17.6
Score Global de Conhecimentos	31	71	[0-74]	58.26	7.047	-0.793	1.000	0.248	12.1

Como já referido, quanto maior for o score global obtido no QCPEF melhor o conhecimento sobre PEF. Os grupos de corte para o nível de conhecimento sobre PEF foram definidos com base na fórmula (Média \pm 0.25Desvio padrão) preconizada por Pestana & Gageiro (2008), sendo o conhecimento dos estudantes classificado em:

- ✓ Insuficiente \leq 56,49
- ✓ Suficiente $>$ 56,49 e $<$ 60,02
- ✓ Bom \geq 60,02

Verificou-se que a maioria (40%) dos estudantes revelou bom conhecimento sobre PEF, 23.7% conhecimento suficiente e 36.3% conhecimento insuficiente. Os estudantes do sexo masculino estão mais representados no nível insuficiente (45% vs. 34%), e os do sexo feminino no nível bom (42.7% vs. 30%), contudo, as diferenças no nível de conhecimentos face ao sexo não são estatisticamente significativas ($\chi^2=2.356$; $p=0.308$), (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do sexo

Nível de Conhecimento	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente	18	45.0	51	34.0	69	36.3
Suficiente	10	25.0	35	23.3	45	23.7
Bom	12	30.0	64	42.7	76	40.0
Total	40	100.0	150	100.0	190	100.0

$\chi^2=2.356$; $p=0.308$

Os resultados do teste de U Mann Whitney para as seis subescalas e score global mostram que os participantes do sexo feminino pontuaram com ordenações médias mais elevadas (melhores conhecimentos) quando comparados com os do sexo masculino, embora sem significância estatística, (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Resultados do teste de U de Mann Whitney face ao sexo

SEXO (n=190)	Masculino (n=40)	Feminino (n=150)	U de Mann Whitney	
	Mean Rank	Mean Rank	U	p
Conceito Enfermagem Forense	88.80	97.29	2732.0	0.377
Situações Forenses	86.46	97.91	2638.5	0.235
Vestígios Forenses	90.14	96.93	2785.5	0.475
Comunicação e Documentação	84.88	98.33	2575.0	0.147
Cuidados de Enfermagem Gerais	81.74	99.17	2449.5	0.058
Preservação de Vestígios	85.19	98.25	2587.5	0.178
Score Global	81.04	99.36	2421.5	0.061

Para estudar a relação entre a idade e o score global de conhecimentos recorreremos, em primeiro lugar, à análise de regressão linear simples. Verificou-se que a idade dos estudantes se associou de forma positiva com o score global de conhecimentos, no entanto, essa associação não é estatisticamente significativa ($r=0.142$; $p=0.050$).

Os estudantes de idade \geq a 22 anos ($n=116$) mostram em média melhor score global ($\bar{x}=59.18$, $Dp=6.096$) face aos estudantes de idade \leq a 21 anos ($\bar{x}=56.82$, $Dp=8.162$), sendo a diferença estatística significativa ($t=-2.133$; $p=0.035$). Nas seis subescalas do QCPEF são os participantes com idade \geq a 22 anos que apresentam em média melhores conhecimentos, contudo, sem diferenças significativas (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Resultados do teste t-student entre os scores globais médios e o grupo etário

Grupo Etário (n=190)	\leq a 21 (n=116)	\geq a 22 (n=74)	t-student	
	Média	Média	t	p
Conceito Enfermagem Forense	7.58	7.81	-0.925	0.356
Situações Forenses	8.76	9.41	-1.790	0.075
Vestígios Forenses	8.91	9.56	-1.762	0.080
Comunicação e Documentação	8.76	8.87	-0.567	0.571
Cuidados de Enfermagem Gerais	8.72	9.09	-1.930	0.055
Preservação de Vestígios	14.11	14.44	-0.885	0.377
Score Global	56.82	59.18	-2.133	0.035*

Em média os estudantes de 4^o ano exibem melhores conhecimentos ($\bar{x}=59.27$, $Dp=6.809$) face aos de 3^o ano ($\bar{x}=57.23$, $Dp=7.173$), com diferença estatística significativa ($t=-2.008$; $p=0.046$). Os participantes de 4^o ano apresentam em média scores globais superiores em todas as subescalas do QCPEF, contudo, apenas se verificam diferenças significativas na subescala *Conceito de Enfermagem Forense* ($p=0.012$), (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Resultados do teste t-student entre os scores globais médios e o ano do curso

Ano do CLE (n=190)	3 ^o Ano (n=94)	4 ^o Ano (n=96)	t-student	
	Média	Média	t	p
Conceito Enfermagem Forense	7.41	8.02	-2.543	0.012*
Situações Forenses	9.06	9.25	-0.516	0.606
Vestígios Forenses	9.15	9.46	-0.848	0.397
Comunicação e Documentação	8.67	8.98	-1.580	0.116
Cuidados de Enfermagem Gerais	8.89	8.99	-0.509	0.612
Preservação de Vestígios	14.04	14.57	-1.457	0.147
Score Global	57.23	59.27	-2.008	0.046*

A maior parte dos estudantes do 4º ano (49%) mostra bom nível de conhecimentos, enquanto no 3º ano predomina o nível insuficiente (41.4%), com diferenças significativas ($p=0.039$), situadas pelos resíduos ajustados no nível bom para o 4º ano (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em função do ano do curso

Ano do CLE Nível de Conhecimento	3º Ano		4º Ano		Total		Resíduos Ajustados	
	n	%	n	%	n	%	3º Ano	4º Ano
Insuficiente	39	41.4	30	31.2	69	36.3	1.5	- 1.5
Suficiente	26	27.7	19	19.8	45	23.7	1.3	- 1.3
Bom	29	30.9	47	49.0	76	40.0	- 2.5	2.5
Total	94	100.0	96	100.0	190	100.0		

$\chi^2=6.506$; $p=0.039^*$

O score global médio obtido pelos estudantes aumenta à medida que progredem no semestre, contudo, não existem diferenças significativas ($F=1.461$; $p=0.227$). Verificou-se significância estatística apenas na subescala *Cuidados de Enfermagem Gerais* ($p=0.047$), sendo a variância explicada (V.E.) de 4.18% e o teste Pos-hoc de Tukey situa as diferenças entre os estudantes do 7º e os do 8º semestre ($p=0.029$). Nas restantes subescalas e no score global a V.E. oscila entre 0.74% e 3.85% (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Resultados do teste One-Way Anova em função do semestre do curso

Semestre do CLE (n=190)	5º	6º	7º	8º	One-Way Anova		
	Média	Média	Média	Média	F	p	% V.E.
Conceito Enfermagem Forense	7.52	7.29	7.89	8.14	2.482	0.062	3.85
Situações Forenses	8.88	9.29	9.44	9.08	0.461	0.710	0.74
Vestígios Forenses	9.10	9.21	9.22	9.67	0.503	0.681	0.80
Comunicação e Documentação	8.54	8.83	9.04	8.92	1.275	0.284	2.01
Cuidados de Enfermagem Gerais	8.88	8.90	8.60	9.33	2.704	0.047*	4.18
Preservação de Vestígios	13.92	14.19	14.93	14.25	1.378	0.251	2.17
Score Global	56.85	57.71	59.13	59.39	1.461	0.227	2.30

A maior parte dos estudantes do 5º (38.5%) e do 6º (45.2%) semestre apresenta nível de conhecimento insuficiente, enquanto nos estudantes do 7º (48.9%) e do 8º (49.0%) predomina o conhecimento de nível bom, contudo, sem diferenças significativas ($p=0.141$), (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense face ao semestre do curso

Semestre	5º		6º		7º		8º		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insuficiente	20	38.5	19	45.2	14	31.1	16	31.4	69	36.3
Suficiente	18	34.6	8	19.0	9	20.0	10	19.6	45	23.7
Bom	14	26.9	15	35.7	22	48.9	25	49.0	76	40.0
Total	52	100.0	42	100.0	45	100.0	51	100.0	190	100.0

$\chi^2=9.628$; $p=0.141$

No que respeita à frequência de formação em enfermagem forense os estudantes que mencionaram ter recebido formação na área durante o CLE (28.4% da amostra) apresentam ordenações médias superiores (melhores conhecimentos) aos restantes em todas as subescalas e score global. Verificou-se diferenças altamente significativas na subescala *Situações Forenses* ($p=0.000$) e no score global ($p=0.000$) e diferenças significativas na subescala *Preservação de Vestígios* ($p=0.020$), (cf. Tabela 18).

Os estudantes que indicaram possuir formação extracurricular em enfermagem forense (26.8%) mostram ordenações médias superiores (melhores conhecimentos) aos restantes em todas as subescalas e score global. Existem diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0.000$) quanto ao score global, e significativas nas subescalas *Situações Forenses*, *Comunicação e Documentação*, *Cuidados de Enfermagem Gerais* e *Preservação de Vestígios* ($p=0.011$, $p=0.019$, $p=0.037$, $p=0.020$, respetivamente), (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Resultados do teste U de Mann Whitney em face da frequência de formação

No CLE recebeu formação sobre enfermagem forense? (n=190)	Não (n=136)	Sim (n=54)	U de Mann Whitney	
	Mean Rank	Mean Rank	U	p
Conceito Enfermagem Forense	90.97	106.91	3056.0	0.066
Situações Forenses	86.40	118.41	2435.0	0.000***
Vestígios Forenses	92.22	103.77	3225.5	0.179
Comunicação e Documentação	91.69	105.09	3154.0	0.110
Cuidados de Enfermagem Gerais	92.08	104.12	3206.5	0.148
Preservação de Vestígios	90.03	109.27	2928.5	0.028*
Score Global	86.69	117.69	2474.0	0.000***
Já frequentou formação extracurricular na área da enfermagem forense? (n=190)	Não (n=139)	Sim (n=51)	U de Mann Whitney	
	Mean Rank	Mean Rank	U	p
Conceito Enfermagem Forense	92.21	104.48	3086.5	0.165
Situações Forenses	89.44	112.03	2701.5	0.011*
Vestígios Forenses	92.59	103.43	3140.0	0.215
Comunicação e Documentação	90.14	110.12	2799.0	0.019*
Cuidados de Enfermagem Gerais	90.76	108.43	2885.0	0.037*
Preservação de Vestígios	89.91	110.73	2768.0	0.020*
Score Global	86.90	118.93	2349.5	0.000***

Para estudar a relação do nível de conhecimentos dos estudantes em face da frequência de formação em enfermagem forense foi utilizado o teste do qui-quadrado. A maior parte dos estudantes que referiram ter recebido formação em enfermagem forense durante o CLE mostra nível de conhecimento bom (55.5%), enquanto a maior parte dos que indicaram não ter recebido essa formação revelam nível de conhecimento insuficiente (39.7%), sendo as diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=7.647$; $p=0.022$), situadas pelos resíduos ajustados no nível bom para os que receberam esta formação (cf. Tabela 19).

A maioria dos estudantes com formação extracurricular em enfermagem forense apresenta bom conhecimento sobre PEF (62.7%), ao passo que o maior percentual dos que não referiram esta formação mostra conhecimento insuficiente (41.7%), revelando o teste do qui-quadrado diferenças bastante significativas ($\chi^2=15.074$; $p=0.001$), localizadas pelos resíduos ajustados no nível bom para os que receberam esta formação e no nível insuficiente para os que não a receberam (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Nível de conhecimento sobre práticas de enfermagem forense em face da frequência de formação em enfermagem forense

<i>Formação Curricular</i>		Não		Sim		Total		Resíduos Ajustados	
Nível de Conhecimento	n	%	n	%	n	%	Não	Sim	
Insuficiente	54	39.7	15	27.8	69	36.3	1.5	- 1.5	
Suficiente	36	26.5	9	16.7	45	23.7	1.4	- 1.4	
Bom	46	33.8	30	55.5	76	40.0	- 2.8	2.8	
Total	136	100.0	54	100.0	190	100.0			
$\chi^2=7.647$; $p=0.022^*$									
<i>Formação Extracurricular</i>		Não		Sim		Total		Resíduos Ajustados	
Nível de Conhecimento	n	%	n	%	n	%	Não	Sim	
Insuficiente	58	41.7	11	21.6	69	36.3	2.6	- 2.6	
Suficiente	37	26.6	8	15.7	45	23.7	1.6	- 1.6	
Bom	44	31.7	32	62.7	76	40.0	- 3.9	3.9	
Total	139	100.0	51	100.0	190	100.0			
$\chi^2=15.074$; $p=0.001^*$									

Em síntese:

A maioria dos estudantes pontuou com conhecimentos de nível bom (40%), sobretudo o sexo feminino (42.7%), os do 4º ano (49%), os detentores de formação curricular (55.5%) e de formação extracurricular (62.7%) em enfermagem forense. O nível insuficiente verificou-se em 36.3% dos inquiridos, mormente no sexo masculino (45%), no 3º ano (41.4%), naqueles sem formação curricular (39.7%) e sem formação extracurricular (41.7%) na área. O nível suficiente constatou-se em 23.7% dos participantes.

Considerando as hipóteses definidas para este estudo verificou-se que não existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem. Relativamente às variáveis académicas apurou-se que apenas o ano do CLE influencia o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem ($p=0.039$). Quanto à formação em enfermagem forense verificou-se que, quer a frequência de formação curricular quer de formação extracurricular influenciam o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem ($p=0.022$; $p=0.001$).

Concomitantemente verificou-se que, em média, o sexo feminino, os estudantes de idade \geq a 22 anos, os de 4º ano, os detentores de formação curricular e de formação extracurricular em enfermagem forense revelaram melhores conhecimentos, em todas as subescalas e no global.

4 - DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é uma etapa crucial do processo de investigação. Assim, neste capítulo pretendemos refletir sobre a investigação realizada, analisando a abordagem metodológica, as limitações ou fragilidades do estudo, os resultados obtidos, bem como as implicações para o ensino e/ ou para a prática de enfermagem.

A investigação em enfermagem ampliou-se consideravelmente nas últimas décadas, aumentando substancialmente o corpo de conhecimentos da profissão, pelo que o enfermeiro competente deve possuir conhecimentos teóricos, ser capaz de os mobilizar para a prática, desenvolver-se e evoluir profissionalmente (Vilelas & Basto, 2011).

Sustentado no quadro teórico que suporta este estudo encara-se a enfermagem forense como uma área emergente, pertinente, desafiadora e aliciante para os enfermeiros e para a profissão. Assim, foi com o propósito de contribuir para os avanços do conhecimento dos profissionais e dos futuros enfermeiros sobre PEF, sensibilizando-os para as repercussões das suas ações na aplicação da justiça que desenvolvemos a presente investigação.

Constatou-se com o desenrolar da pesquisa, carência de estudos nesta área, constituindo-se como uma das limitações do estudo. A atual investigação será, muito provavelmente, pioneira ao estudar os conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem. Deste modo, os resultados obtidos serão discutidos à luz do quadro conceptual de suporte (literatura científica), tendo por base as investigações desenvolvidas na área da enfermagem forense em que a população-alvo foram os enfermeiros, bem como as questões de investigação formuladas para condução deste estudo.

Procurou-se desenvolver um estudo científico rigoroso, seguindo opções metodológicas que se consideraram apropriadas ao tipo de investigação a realizar, numa área da enfermagem em expansão. O instrumento de colheita de dados utilizado foi construído com base na revisão da literatura. O conteúdo do QCPEF foi submetido à apreciação de um juiz externo perito na área. Neste estudo o QCPEF revelou uma aplicabilidade de 100%, um α de Cronbach global de 0.807 e um Split-half primeira parte 0.785, segunda parte 0.673, bem como, correlações positivas e significativas entre as seis subescalas e o score global de conhecimentos. Contudo, recomenda-se o desenvolvimento de outras investigações, pois o QCPEF poderá ser aperfeiçoado com a aplicação numa amostra maior e com a revisão/ remoção dos itens com correlações mais baixas com o score global de conhecimentos, tornando-se um instrumento útil para futuras investigações.

Participaram neste estudo 88,8% da população-alvo, considerando-se de acordo com Pestana e Gageiro (2008) ter existido muita boa adesão. A amostra é representativa dos estudantes de 3º e 4º ano da ESSV, pelo que a generalização dos resultados à população dos estudantes de enfermagem dos anos referidos implicaria alargar a colheita às restantes escolas de enfermagem portuguesas, instituindo uma limitação ao estudo. Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva, pelo que os resultados e as conclusões devem ser interpretados com as reservas impostas por este tipo de estudo.

Apesar das limitações, acredita-se que esta pesquisa poderá fornecer alguns contributos para a reflexão e formação em enfermagem forense e impulsionar investigações futuras na área, promovendo o desenvolvimento da profissão.

Qual o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem?

Os estudantes responderam corretamente, em média, a 78.7% dos itens do QCPEF, revelando possuírem conhecimentos sobre PEF. No entanto, estes resultados impõem cautelas na sua análise, pelo que se deverá ter em conta que se trata de um questionário de conhecimentos, no qual o inquirido tem à partida 50% de hipótese de selecionar o item correto e que existe o conhecimento efetivo e o presumido.

Considerando as respostas aos itens da subescala Conceito de Enfermagem Forense verificou-se que a maioria dos estudantes revelou conhecimentos sobre a concetualização desta área de intervenção. Realça-se apenas o percentual de respostas incorretas (50%) verificado no item 5 “*A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores*”. De acordo com Lynch & Duval (2011) a reabilitação e reintegração dos agressores constitui um dos focos da intervenção do *enfermeiro forense*. Este profissional presta cuidados diretos às vítimas, ofensores e às testemunhas de situações de violência (APEFORENSE, 2011).

Na subescala Situações Forenses, a maioria dos participantes mostrou conhecimentos, assinalando de forma correta as situações que poderão apresentar contornos médico-legais. No entanto, destaca-se o percentual de respostas incorretas (50%) registado nos itens 19 e 22, que envolvem os “*traumatismos*” e o “*acidente de viação*”, respetivamente. Dados de 2007, do Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), relativos a situações de violência conjugal mostram que 44% das mulheres mortas pelos parceiros tinham ido ao SU nos dois anos anteriores, tendo 93% delas recorrido por traumatismos. Nesta perspetiva, o enfermeiro do SU deve estar desperto para eventuais indícios físicos e comportamentais (Jagim, 2011).

Quanto aos itens que compõem a subescala Vestígios Forenses verificou-se que a maioria dos estudantes demonstrou conhecimentos sobre os vestígios passíveis de serem examinados na investigação de casos forenses, com destaque para os itens 23 “*Vestígios de sangue...*” e 25 “*Vestígios de sémen...*”, em que o percentual de respostas corretas foi de 100%. Nesta subescala, o item 34 “*Vestígios de tinta ...*” evidencia um percentual de respostas incorretas de 53.7%. No estudo de Silva (2010), 42,28% dos inquiridos não tinham a certeza se os restos de tinta e fragmentos de metal poderiam constituir eventuais vestígios. Os itens 26 “*As fezes...*” e 33 “*Vestígios de vidros...*” registaram ambos 45.3% de respostas incorretas. Silva (2010) verificou que 67.8% dos enfermeiros não considerou o vidro como potencial vestígio forense. Por seu lado, as fezes podem ser examinadas na investigação de situações médico-legais (Braz, 2010; Santos, 1998 citado por Gonçalves, 2011; Lynch & Duval, 2011).

Relativamente aos itens incluídos na subescala Comunicação e Documentação, a generalidade dos inquiridos revelou conhecimentos sobre os aspetos relacionados com a denúncia e a documentação em situações do foro médico-legal. Realça-se o item 36 “*A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima*” com 37.4% de respostas incorretas. Neste âmbito, o código penal português refere que a denúncia dos crimes públicos é obrigatória (APAV, 2012). Os resultados citados estão em consonância com os verificados por Silva (2010), pois 41,9% dos enfermeiros inquiridos afirmam não ter a certeza acerca do enquadramento legal dos crimes de abuso sexual.

Na subescala Cuidados de Enfermagem Gerais a maioria dos estudantes mostrou conhecimentos sobre os aspetos gerais dos cuidados de enfermagem perante vítimas em que há suspeita ou evidência de crime. Realça-se a percentagem de respostas incorretas registada no item 45 “*O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida*”. Frequentemente, os enfermeiros são os primeiros profissionais a assistir as vítimas, colhem espécimes para análise e tratam do seu espólio, muitas vezes antes dos agentes da autoridade estarem envolvidos (Lynch & Duval, 2011).

No que respeita aos aspetos da prática de enfermagem relacionados com a identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal, subescala Preservação de Vestígios, verificam-se os percentuais mais elevados de respostas incorretas. Muitos estudantes revelam desconhecer a importância de utilizar sacos de papel em detrimento dos sacos de plástico para a correta preservação de potenciais vestígios forenses, com as percentagens de respostas incorretas seguintes: item 56 (44.2%); item 57 (73.2%); item 62 (58.4%); e, item 63 (68.4%). A importância da utilização de sacos de papel é evidenciada na introdução desta pesquisa. Identicamente, no estudo de Silva (2010)

78,4% dos inquiridos concordaram que a roupa da vítima fosse colocada num saco de plástico, selada e devidamente identificada.

Neste estudo a maioria dos estudantes pontuou com conhecimentos de nível bom (40%), sobretudo o sexo feminino (42.7%), os do 4º ano (49%), os detentores de formação curricular (55.5%) e de formação extracurricular (62.7%) em enfermagem forense. O nível insuficiente verificou-se em 36.3% dos inquiridos, mormente no sexo masculino (45%), no 3º ano (41.4%), naqueles sem formação curricular (39.7%) e sem formação extracurricular (41.7%) na área. O conhecimento de nível suficiente constatou-se em 23.7% dos participantes.

Atendendo à falta de estudos nesta área, quanto aos resultados citados considera-se compreensível que os estudantes de último ano e aqueles que detêm formação curricular e/ou extracurricular na área apresentem um nível de conhecimentos superior comparativamente aos restantes.

Qual a relação das variáveis sociodemográficas e das variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem?

A amostra é predominantemente feminina (78.9%). Amendoeira (2006) realça a elevada taxa de feminização do grupo profissional dos enfermeiros.

A idade dos participantes oscilou entre os 20 e os 37 anos, sendo a média de idades de 22.44 anos. Os estudantes de idade \geq a 22 anos representam 61.1% da amostra. O percentual de participantes do 3º ano foi de 49.5% e o do 4º de 50.5%.

De acordo com a análise inferencial realizada verificou-se que, em média, os estudantes do sexo feminino, de idade \geq a 22 anos e os do 4º ano revelaram melhores conhecimentos em todas as subescalas do QCPEF e no global. A idade dos estudantes associou-se de forma positiva com o score global de conhecimentos, porém sem significância estatística.

Neste estudo apurou-se que não existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem. Por seu lado, relativamente à influência das variáveis académicas no nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem constatou-se existir relação entre o ano do curso e o nível de conhecimento ($p=0.039$).

Face ao exposto considera-se essencial o desenvolvimento de outros estudos nesta área, de modo a permitir confrontar os dados obtidos com os acima apresentados. Simultaneamente é importante não esquecer que a interpretação destes resultados deve ser associada às limitações deste estudo.

Em que medida a formação em enfermagem forense influencia o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem?

Apenas (28.4%) dos estudantes referiu formação curricular sobre enfermagem forense. De facto, a ESSV não contempla unidades curriculares destinadas a abordar conteúdos desta área. Contudo, na unidade curricular enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são transmitidas noções gerais de psiquiatria forense pelo que terá sido este o motivo das respostas afirmativas indicando três e quatro horas de formação. Os estudantes que referiram não ter recebido formação curricular poderão não ter considerado tratar-se de formação em enfermagem forense ou terão sido absentistas às aulas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A maioria dos estudantes considerou importante (61.1%) e muito importante (31.1%) incluir conteúdos sobre enfermagem forense no plano de estudos do CLE, o que vai de encontro às sugestões dos estudos de Lourenço (2004a); Silva (2010) e Gonçalves (2011). As experiências clínicas nos estágios para a maioria dos estudantes foram “traumatismos” e “acidentes de viação”, sendo as situações de “colheita e preservação de vestígios”, “agressão sexual” e “morte violenta” experienciadas por uma pequena percentagem. Estes resultados mostram que as experiências práticas dos estudantes, relacionadas com situações suspeitas de violência interpessoal (com contornos médico-legais) foram escassas, pelo que terão dificuldades práticas na abordagem das mesmas, pois a atuação profissional é determinada pela experiência das situações vividas e pela formação frequentada no decurso do processo de construção do saber e de desenvolvimento de competências. A quase totalidade dos estudantes deste estudo classificou os seus conhecimentos sobre PEF como sendo “pouco apropriados”, “razoáveis” ou “inexistentes”, o que revela que estão conscientes dessas dificuldades. No estudo de Silva (2010) apenas 6,04% dos participantes consideraram que os enfermeiros dos SU do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) estão aptos para reconhecer, recolher e preservar vestígios e 64,86% referiram que não é habitual efetuarem esta atividade. O estudo de Lourenço (2004a) também identificou dificuldades práticas dos profissionais na abordagem às situações do foro médico-legal. Gonçalves (2011), no seu estudo apurou que os enfermeiros do SU da Unidade Local de Saúde de Matosinhos não se sentem preparados, não possuem recursos materiais nem formação para tal, pelo que quase nada é efetuado para fomentar a preservação de vestígios forenses.

Apenas 18 estudantes referiram existirem protocolos médico-legais nos serviços onde realizaram estágios, tendo sido identificados três de agressão sexual, três de violência doméstica, dois de violência contra crianças e dois de colheita e preservação de vestígios.

Estes resultados revelam que os estudantes tomaram conhecimento de que/ou existem poucos protocolos de abordagem nas diferentes instituições de saúde. Silva (2010) verificou que 95,3% dos inquiridos consideraram que a existência de documentação específica de procedimentos perante casos de agressão sexual seria vantajosa, contudo, 48,3% afirmaram que esse protocolo não está implementado. No estudo de Abdool e Brysiewicz (2009), 96% dos participantes valorizaram o uso de protocolos específicos para abordagem às situações forenses (Silva, 2010). Deste modo, a recém-criada APEFORENSE visando promover a qualidade dos cuidados de enfermagem forense (APEFORENSE, 2011) terá um papel importantíssimo na criação, divulgação e implementação de protocolos de intervenção na área, em colaboração com os enfermeiros, estudantes de enfermagem e responsáveis, nas diferentes instituições de saúde. Nos EUA, Inglaterra, Austrália 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 (Silva, 2010).

Na presente pesquisa, a frequência de formação extracurricular na área foi mencionada por 26,8% dos estudantes (média=4,55h), tendo 56,9% frequentado conferências. Estes resultados contrapõem-se aos verificados nos estudos de Lourenço (2004a), Canelas (2008), Silva (2010) e Gonçalves (2011) nos quais se verificou maior défice de formação, contudo, em enfermeiros. Estes dados são o resultado do esforço efetuado pela ESSV em promover formação extracurricular sobre enfermagem forense.

Durante a colheita de dados ficou evidente que a maioria dos estudantes de enfermagem inquiridos considera a área da enfermagem forense atrativa e entusiasmante. Os resultados obtidos revelaram que 83,7% dos estudantes gostaria de frequentar formação específica em enfermagem forense, sendo a pós-graduação referida pela maioria. Nos estudos de Lourenço (2004b), Silva (2010) e de Gonçalves (2011) os enfermeiros inquiridos também evidenciaram interesse em frequentar formação na área.

A quase totalidade dos estudantes inquiridos considerou importante e muito importante, quer a existência do enfermeiro forense em Portugal, quer a sua intervenção. Um estudo-piloto, em 2003, que estudou a intervenção do *enfermeiro forense* no SU, revelou que 85% das vítimas de violência conjugal decidiram colaborar com a autoridade policial, sendo o percentual de condenação de 90% quando o *enfermeiro forense* cooperou nos cuidados. Conjuntamente, estas vítimas dirigiram-se menos ao SU no ano seguinte a terem beneficiado dos serviços de enfermagem forense, comparativamente ao ano anterior (Jagim, 2011). Nos EUA, as vítimas de violência sexual são assistidas por uma equipa multidisciplinar, na qual o *enfermeiro forense* apresenta um papel de destaque (Gomes, 2010). Os estudos de Lourenço (2004b), Silva (2010) e de Gonçalves (2011) revelaram que os enfermeiros estão conscientes da importância do seu papel na preservação de vestígios

forenses, da sua posição privilegiada para intervir e que os mesmos se encontram recetivos para aumentar os seus conhecimentos e competências nesta área, com vista a uma participação forense mais ativa.

Neste estudo apurou-se que, quer a frequência de formação curricular quer de formação extracurricular influenciam o nível de conhecimentos sobre PEF em estudantes de enfermagem ($p=0.022$; $p=0.001$). Simultaneamente verificou-se que os detentores de formação curricular e de formação extracurricular em enfermagem forense revelaram melhores conhecimentos, em todas as subescalas e no global.

Neste âmbito, diversos autores salientam a importância dos enfermeiros possuírem conhecimentos e competências em enfermagem forense (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; ENA, 2010; Lynch & Duval, 2011). Para tal, a formação contínua dos profissionais é essencial (Machado, 2009).

5 - CONCLUSÕES

Em Portugal, a enfermagem forense é ainda pouco conhecida, tendo um longo caminho a percorrer, ao contrário de outros países, onde é uma realidade (Simões, 2010). Contudo, o seu reconhecimento tem ocorrido de forma progressiva (Silva, 2010).

O enfermeiro, na sua prática clínica intervém na assistência a vítimas das diferentes formas de violência interpessoal. Ele é com frequência, o primeiro profissional a assistir as vítimas, pelo que tem o importante dever de identificar, recolher e preservar vestígios médico-legais (Sheridan, Nash & Bresee, 2011; Whetzel, 2011; Lynch & Duval, 2011). A maioria dos procedimentos necessários são simples e não interferem com a assistência clínica à vítima (Sheridan, Nash & Bresee, 2011), pois nenhum procedimento forense pode inibir ou atrasar a avaliação e tratamento da vítima ou perpetradores de crimes (Lynch & Duval, 2011).

Atendendo à relevância da sua intervenção no cuidado às vítimas é imperioso que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre os princípios das ciências forenses, de modo a aplicá-los na sua prática clínica (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Pyrek, 2006 citado por Silva, 2010; Lynch & Duval, 2011). Reconhecer, examinar, recolher e preservar são ações fundamentais na prática do *enfermeiro forense*, tal como educar a população contra a violência interpessoal (Hammer, Moynihan & Pagliaro, 2006; Lynch & Duval, 2011).

Nesta ótica, a formação dos profissionais nesta área específica é fundamental (Lourenço, 2004b; Machado et al., 2009; Silva, 2010; Gonçalves, 2011). Porém, em Portugal, só recentemente surgiu formação em enfermagem forense para enfermeiros (Simões, 2010; Gonçalves, 2011).

A identificação dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense, bem como das necessidades de formação na área, dos estudantes de enfermagem ou dos enfermeiros, permitirá planear e implementar estratégias formativas, sensibilizando para a importância das boas práticas de enfermagem forense quer seja na prevenção de eventos de violência interpessoal, quer seja no reconhecimento de situações do foro médico-legal, ou na preservação de vestígios.

Este estudo teve como objetivo principal avaliar o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem, explorando uma temática ainda não abordada no contexto nacional. Iniciou-se o processo de desenvolvimento e validação de um questionário de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense. A versão agora desenvolvida e aplicada (QCPEF) revelou-se de autopreenchimento fácil e rápido (aplicabilidade 100%), bem como de fiabilidade satisfatória. O QCPEF poderá ser aplicado quer a estudantes de enfermagem quer a enfermeiros. Todavia, sugere-se que

outros estudos sejam realizados a fim de prosseguir a validação das suas propriedades psicométricas.

Os resultados obtidos nesta pesquisa constituem um primeiro nível de investigação acerca dos conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem. Apurou-se que o ano do CLE, a frequência de formação curricular e de formação extracurricular em enfermagem forense influenciam o nível de conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense.

A maioria dos estudantes pontuou com conhecimentos de nível bom (40%), sobretudo as raparigas (42.7%), os de 4º ano (49%), os detentores de formação curricular (55.5%) e aqueles com formação extracurricular (62.7%) em enfermagem forense.

Constatou-se que existe défice de conhecimentos sobre boas práticas de enfermagem forense, nomeadamente sobre alguns aspetos práticos cruciais da preservação de vestígios relacionados sobretudo, com a relevância do *acondicionamento de eventuais vestígios em sacos de papel*, evidenciado pelo elevado percentual de respostas incorretas nessas questões. Simultaneamente, verificou-se défice de conhecimentos sobre: o facto de a prestação de cuidados aos agressores ser um dos focos da enfermagem forense, em 50% dos estudantes; sobre o facto de *os traumatismos e o acidente de viação* poderem corresponder a casos forenses, em 50% dos participantes; e, acerca da possibilidade dos vestígios de tinta, de vidros e de fezes poderem ser usados na investigação médico-legal, em 53.7%, 45.3% e 45.3% dos estudantes, respetivamente.

Nos restantes itens do QCPEF, considerando os percentuais de respostas corretas, constata-se que a maioria dos estudantes tem conhecimentos sobre: o conceito de enfermagem forense; as situações clínicas com contornos médico-legais; os vestígios forenses; a comunicação e documentação de situações em que há suspeita de crime; os cuidados de enfermagem gerais e, a preservação de vestígios. Por outro lado, demonstraram estar cientes da importância da intervenção do *enfermeiro forense* na salvaguarda dos direitos das vítimas.

Importa realçar que a grande maioria dos estudantes não experienciou situações de colheita e preservação de vestígios forenses, não contactou com protocolos de abordagem a situações médico-legais e não realizou trabalhos na área da enfermagem forense. Analogamente, a maioria dos participantes não detém formação curricular nem extracurricular na área.

Deste modo, os resultados do estudo evidenciam necessidades de formação dos estudantes sobre práticas de enfermagem forense específicas, sendo considerados pelos investigadores como impulsionadores de mudanças educativas a promover.

Com o término desta investigação importa ainda refletir sobre as suas implicações na prática profissional e no ensino em enfermagem, reconhecendo os aspetos a melhorar, pois só desta forma é possível ir ao encontro das necessidades formativas dos enfermeiros (atuais e futuros), promover a melhoria dos seus conhecimentos e competências e consequentemente da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às vítimas e ofensores em situações de violência, fomentando o desenvolvimento de novas respostas em cuidados de enfermagem. Neste sentido, de forma a melhor responder às necessidades e direitos da vítima, bem como às dificuldades dos profissionais julga-se oportuno explicitar algumas sugestões: inclusão de conteúdos curriculares sobre enfermagem forense no plano de estudos do CLE; otimização da participação dos estudantes na prestação de cuidados às vítimas de violência durante os ensinamentos clínicos; promoção da formação na área, dos enfermeiros envolvidos na abordagem às vítimas de violência dotando-os de competências específicas; implementação de estratégias de prevenção da violência, onde o enfermeiro pode ter especial intervenção; criação e implementação de protocolos específicos de abordagem às diferentes situações médico-legais nos serviços; existência de kits de recolha e preservação de vestígios nas unidades de saúde; desenvolvimento de orientações de boas práticas de enfermagem forense; celebração de protocolos de colaboração entre os sistemas de saúde e da justiça; produção de registos/ documentação de ocorrências e de dificuldades sentidas de forma a influenciar as decisões políticas de combate à violência e suas consequências; promoção da investigação científica na área da enfermagem forense com destaque para os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do enfermeiro perante situações médico-legais; criação de uma equipa multidisciplinar especializada na abordagem de âmbito médico-legal nas unidades de saúde, fomentando a articulação em rede interinstitucional; e, disponibilização de melhor informação às vítimas acerca das estruturas de apoio existentes na comunidade.

Concluído o estudo sobre *“Prática de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem”* considera-se que outras investigações são necessárias, quer em estudantes quer em enfermeiros, no sentido de melhor conhecer esta temática.

As aprendizagens realizadas e as experiências vividas na consecução deste relatório final permitiram aprofundar conhecimentos acerca da relevância prática e do papel da enfermagem forense enquanto área disciplinar científica que atuando em sintonia com as restantes ciências forenses auxiliam a justiça na resolução de casos com implicações médico-legais. Assim, o desenvolvimento desta pesquisa numa área da enfermagem que se considera apelativa e promissora foi extremamente gratificante. Crê-se que se desenvolveram conhecimentos e competências na aplicação das metodologias de investigação científica e que se atingiram os objetivos inicialmente delineados.

Esta investigação poderá constituir-se como um ponto de partida para futuras pesquisas na área, pois aborda a filosofia da enfermagem forense, a importância da sua existência e intervenção, bem como as suas práticas e contextos de atuação. Evidencia-se, ainda, o potencial da enfermagem forense e a sua mais-valia para a ação multidisciplinar e interinstitucional, em rede, necessária ao combate à violência interpessoal.

Em jeito de desfecho, diremos que este estudo poderá ser gerido de forma positiva pelo Conselho Técnico-científico da ESSV, sustentando o desenvolvimento e planeamento de eventuais cursos ou de outras atividades formativas nesta área, pois explora as necessidades formativas dos futuros enfermeiros, embora sem constituir uma abordagem explicativa da realidade situacional e/ ou institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 1-12. Acedido Janeiro 5, 2012, em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12(2).pdf)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012) Fases do processo penal [em linha]. *Associação de Apoio à Vítima (APAV) Web site*. Acedido Janeiro 12, 2012, em http://www.apav.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=85:o-processo-penal-fases&catid=37:a-vitima-e-a-lei&Itemid=88
- Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (2011). Sobre APFORENSE [em linha]. *Associação Portuguesa de Enfermagem Forense (APFORENSE) Facebook Web site*. Acedido Janeiro 5, 2012, em <https://www.facebook.com/pages/APEFORENSE/241312185903245?v=info>
- Braz, J. (2010). *Investigação criminal - a organização, o método e a prova - os desafios da nova criminalidade*. (2.^a ed.). Coimbra: Almedina.
- Canelas, M. P. P. (2008) - Violência Doméstica Contra as Mulheres: Relação entre os valores dos profissionais de saúde e a motivação para fazer uma abordagem diferenciada às vítimas [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros (OE) Web site*. Acedido Janeiro 8, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/crce/RIE/Documents/paula_canelas_mestrado_psicologia_da_saude2008.pdf
- Da 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 Janeiro 12, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53698/2/Atitude%20Mdica%20Perante%20uma%20Vtima%20de%20Ferimento%20por%20Arma%20de%20Fogo%20%20Como%20Proceder.pdf>
- Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro. *Diário da República nº 206/99 - I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Emergency Nurses Association (2010). Forensic evidence collection [em linha]. *Emergency Nurses Association (ENA) Web site*. Acedido Janeiro 10, 2012, em <http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Forensic%20Evidence.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (n.d.). Unidade curricular: Enfermagem forense [em linha]. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) Web site*. Acedido Janeiro 8, 2012, em http://www.esenfc.pt/esenfc/ensinos/index.php?target=detalhesDisciplina&cd_disciplina=10005117&cd_curso=100001&sem=5&opcao=true&parent=5006&tab=o

Galvão da Silva, F. G. S. (2006). *Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação actual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Janeiro 5, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1018>

Gomes, A. M. (2010). Papel do Enfermeiro perante Abuso Sexual na Mulher [em linha]. *Forumenfermagem Web site*. Acedido Janeiro 10, 2012, em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3566:papel-do-enfermeiro-perante-abuso-sexual-na-mulher&catid=216:julho-a-agosto-2010

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 Janeiro 6, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>

Hammer, R. M., Moynihan, B. & Pagliaro, E. M. (2006). *Forensic nursing: A handbook for practice*. Massachusetts: Jones and Bartlett.

International Association of Forensic Nursing (2006). What is forensic nursing? [em linha]. *International Association of Forensic Nursing (IAFN) Web site*. Acedido Janeiro 6, 2012, em <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=137>.

Jagim, M. (2011). Violência conjugal. In S. Sheehy, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6.^a ed.). (723-728). Loures: Lusociência.

Kent-Wilkinson, A. (2008). *Forensic nursing education in North America: An exploratory study*. Ph.D.Thesis, University of Saskatchewan, Canada. Acedido Janeiro 6, 2012, em <http://library2.usask.ca/theses/available/etd-08262008-171000/unrestricted/ArleneKWdissertationAug262008.pdf>

Lopes, D. F. (2011, Fevereiro 17). Enfermagem forense: Apoio à vítima de maus-tratos. *Diário de Leiria*. Acedido Janeiro 7, 2012, em <http://www.pt.cision.com/O4KPTWebNewLayout/ClientUser/GetClippingDetails.aspx?id=9bc96e28-c9a2-445b-9b7c-2685c5a8bd6b&analises=1>

Lourenço, I. M. S. (2004a). 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, 21-23 Jun. 2007. Acedido Janeiro 12, 2012, em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/472/1/Poster_MLegal%5b1%5d.pdf

Lourenço, I. M. S. (2004b). A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médico-legais. In *III Congresso Luso-Brasileiro de Bioética*, Ponta Delgada, 2-3 Abr. 2004. Acedido Janeiro 12, 2012, em http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/474/1/Comun_A%c3%a7_04.pdf

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

Machado, C., et al. (2009). Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: Estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (6), 735-742. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/6/735-742.pdf>

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4 (1), 65-90. Acedido Janeiro 16, 2012, em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual*. Acedido Janeiro 5, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008a). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2008b). Plano estratégico do ensino de enfermagem [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros (OE) Web site*. Acedido Janeiro 5, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEEEnfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009a). Código deontológico [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros (OE) Web site*. Acedido Janeiro 6, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009b). Parecer CJ 114/ 2009 sobre: Divulgação de informação em caso de suspeita de maus tratos [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros (OE) Web site*. Acedido Janeiro 6, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer114_2009_denuncia_maustratos.pdf

Pereira, B., Cintra, P., Vieira, F. & Santos, J. C. (2011). Telepsiquiatria forense em Portugal: Algumas reflexões. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 595-602. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/4/595-602.pdf>

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinheiro, M. F. T. (2008). *CSI Criminal*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Pinto da Costa, J. E. L. (2004). *Ao sabor do tempo: Crónicas médico-legais*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.

Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. Diário da República nº 219/99 – I Série-B. Ministério da Educação.

Riviello, R. J. (2010). *Manual of forensic emergency medicine: A guide for clinicians*. Acedido Janeiro 8, 2012, em http://www.amazon.com/Manual-Forensic-Emergency-Medicine-Riviello/dp/076374462X#reader_076374462X

Rodrigues, J. A. (2008). *Código Civil e Constituição da República Portuguesa*. (21.^a ed.). Lisboa: Rei dos Livros.

Roland, P. (2008). *Cenas de crime*. Lisboa: Livros d'Hoje.

Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 5, 69-80. Acedido Janeiro 15, 2012, em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf>

Sheridan, D. J., Nash, K. R. & Bresee, H. (2011). A enfermagem forense na urgência. In S. Sheehy, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6.^a ed.). (189-202). Loures: Lusociência.

Silva, C. J. D. C. (2010). *Os Enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>

Silva, K. B. & Silva, R. C. (2009). Enfermagem forense: Uma especialidade a conhecer. *Cogitare Enfermagem*, 14 (3), 464-468. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16191/10709>

Simões, S. (2010, Janeiro 31) - Enfermeiros preparados para o crime. Diário de Notícias. Acedido Janeiro 6, 2012, em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1483093

Streiner, D. & Norman, G. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. (4.^aed.). Oxford: Oxford University Press.

Vales da Silva, L. S. B. (2009). *Lesões por Arma Branca: Relevância Médico - Legal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal. Acedido Fevereiro 2, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20050/2/Tesemestradoluciavales2009.pdf>

Vaz, J. A. (2008). *Metodologias de detecção de vestígios biológicos forenses*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Biologia – Universidade de Aveiro, Portugal. Acedido Janeiro 8, 2012, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/798/1/2009000584.pdf>

Vieira, D.N. (2012). O actual sistema médico-legal e forense português. In F. Almeida & M.F.D.S. Paulino, *Profiling, vitimologia & ciências forenses: Perspetivas atuais* (1-15). Lisboa: Pactor.

Vilelas, J. & Basto, M. L. (2011). Validação para a língua portuguesa da escala de Funck et al., "Barreiras à utilização da investigação". *Pensar Enfermagem*, 15 (1), 25-38.

Whetzel, E. (2011). Resolution emergency nursing and forensic nursing [em linha]. *Emergency Nurses Association (ENA) Web site*. Acedido Janeiro 10, 2012, em <http://www.ena.org/searchcenter/pages/results.aspx?k=Forensic%20nursing>

APÊNDICES

Apêndice I

Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Investigador Principal (Orientador): Professora Doutora Madalena Cunha

Investigador colaborador: Enfermeiro Rui Pedro Gonçalves Libório

Curso: Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2ª ed.

Estudo: *Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimentos em Estudantes de Enfermagem.*

Caro (a) estudante,

Sendo nosso objetivo avaliar os conhecimentos sobre práticas de enfermagem forense em estudantes de enfermagem, solicita-se a sua participação na presente investigação através do preenchimento deste questionário.

As suas respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, sendo exclusivamente utilizadas para fins científicos, pelo que, não deverá assinar nem rubricar em lugar algum o questionário.

Nas afirmações de verdadeiro ou falso assinale com um X a opção pretendida. Nas questões abertas responda de forma clara e legível ao que lhe é solicitado, evitando dúvidas na interpretação da sua resposta. No final, certifique-se de que respondeu a todas as questões, de forma a dar o seu melhor contributo.

Gratos pela imprescindível colaboração.

Os Investigadores:

_____ - Madalena Cunha PhD

_____ - Rui Libório

Questionário Geral sobre Enfermagem Forense - QGEF

(Cunha & Libório, 2012)

N.º Código _____

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade** _____ Anos.

3. **Ano que frequenta** _____.

4. **Semestre que frequenta** _____.

5. **No curso de licenciatura em enfermagem recebeu formação sobre enfermagem forense?**

Não

Sim 5.1 N.º de horas _____?

6. **No curso de licenciatura em enfermagem realizou algum trabalho na área da enfermagem forense?**

Não

Sim 6.1 **Em que área (s)?** Agressão sexual Violência Doméstica Preservação de vestígios Maus-tratos Trauma

Continua no verso

7. Das situações clínicas seguintes assinale aquelas com as quais teve contacto nos estágios que realizou?

- 7.1 - Lesões por Armas de Fogo ou Brancas.....
- 7.2 - Violência Conjugal.....
- 7.3 - Violência contra Idosos.....
- 7.4 - Violência contra Crianças.....
- 7.5 - Negligência e má prática clínica.....
- 7.6 - Acidentes de Viação.....
- 7.7 - Homicídio ou Suicídio.....
- 7.8 - Traumatismos.....
- 7.9 - Morte Violenta.....
- 7.10 - Agressão Sexual.....
- 7.11 - Colheita e Preservação de Vestígios.....

8. Nos serviços onde realizou estágio existia algum protocolo de abordagem a situações médico-legais?

Não Não sei Sim 8.1 Qual (ais)? _____

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

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

10. Já frequentou formação extracurricular na área da enfermagem forense?

Não

Sim 10.1 Qual (ais)? Conferências Jornadas Ações de formação Workshops Cursos breves

10.2 Total de horas? _____

11. Se nunca frequentou formação extracurricular na área da enfermagem forense qual (ais) o (s) motivo (s)?

11.1 - Pouca oferta formativa na área.....

11.2 - Falta de tempo.....

11.3 - Não teve conhecimento de formações na área.....

11.4 - Não tem interesse pela área.....

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

Não

Sim 12.1 Qual? Pós-graduação Curso avançado Mestrado Doutoramento

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

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

14. Como classifica a intervenção do enfermeiro forense?

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

15. Conhece alguma organização nacional ou internacional na área da enfermagem forense?

Não

Sim 15.1 Qual (ais)? Nacional: _____

Internacional: _____

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

Inexistente Pouco Adequado Razoável Adequado Muito Adequado

**Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF
(Cunha & Libório, 2012)**

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

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

Continua no verso

**Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF
(Continuação)**

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

Chegou ao fim do questionário, obrigado por ter participado.

Apêndice II
Consistência interna do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de
Enfermagem Forense - QCPEF

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
1) Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.	-0.098	0.812
2) A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.	0.097	0.807
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	0.148	0.806
4) A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.	0.119	0.807
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	0.244	0.804
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.	0.350	0.802
7) Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.	0.034	0.810
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.	0.195	0.806
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	0.345	0.801
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	0.204	0.805
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	0.383	0.801
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	0.290	0.803
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.	0.412	0.800
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	0.453	0.799
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	0.281	0.803
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.	0.192	0.805
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	0.181	0.805
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	0.261	0.803
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	0.441	0.798
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	0.185	0.805
21) A agressão sexual é uma situação forense.	0.333	0.803
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	0.338	0.801
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.		
24) O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	0.292	0.802
25) Vestígios de sêmen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.		
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	0.259	0.803
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	0.367	0.800
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	0.336	0.802
29) Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	0.231	0.805
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	0.275	0.804
31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	0.237	0.804
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	0.359	0.801
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	0.396	0.799
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	0.380	0.800
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	0.152	0.806
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	0.164	0.806
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	0.354	0.803
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	0.277	0.804
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	0.222	0.804
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	0.183	0.805
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	0.176	0.805

Apêndice II

**Consistência interna do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de
Enfermagem Forense - QCPEF (Continuação)**

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	0.284	0.804
43) Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.	0.042	0.808
44) Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	0.303	0.803
45) O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.	0.029	0.809
46) O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	0.317	0.802
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	0.449	0.803
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	0.291	0.803
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	0.407	0.801
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	0.184	0.805
51) A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.	0.117	0.806
52) A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.	0.151	0.806
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência.	0.180	0.805
54) O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.	0.148	0.806
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	0.183	0.805
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	0.262	0.803
57) Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.	0.128	0.807
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	0.276	0.803
59) Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais.	0.129	0.806
60) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/buracos.	0.138	0.806
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	0.229	0.804
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	0.154	0.806
63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	0.287	0.802
64) A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.	0.120	0.807
65) Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.	0.010	0.809
66) Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	0.278	0.803
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	0.219	0.804
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	0.187	0.805
69) Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.	0.065	0.809
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	0.160	0.806
71) A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.	-0.025	0.811
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	0.168	0.805
73) Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.	0.043	0.809
74) A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.	0.088	0.806
Conhecimento Global - <i>Split-half</i>	Primeira parte: 0,785 Segunda parte: 0,673	
Conhecimento Global - (<i>Alfa de Cronbach Global</i>)	0.807	

Apêndice III

Correlações item-score global de conhecimentos

Os itens com correlações inferiores a 0.20 são apresentados a itálico.

ITENS	Correlações Item-score global
1) <i>Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.</i>	- 0.041
2) <i>A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.</i>	0.140
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	0.209
4) <i>A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.</i>	0.183
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	0.310
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.	0.391
7) <i>Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.</i>	0.101
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.	0.209
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	0.402
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	0.249
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	0.423
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	0.331
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.	0.453
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	0.493
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	0.344
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.	0.256
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	0.223
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	0.316
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	0.497
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	0.242
21) A agressão sexual é uma situação forense.	0.361
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	0.400
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.	
24) O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	0.355
25) Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.	
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	0.324
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	0.424
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	0.377
29) Os fluídos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	0.258
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	0.298
31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	0.283
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	0.409
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	0.455
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	0.440
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	0.203
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	0.230
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	0.377
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	0.310
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	0.259
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	0.218

Apêndice III
Correlações item-score global de conhecimentos (Continuação)

ITENS	Correlações Item-score global
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	0.207
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	0.306
43) <i>Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.</i>	0.095
44) Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	0.346
45) <i>O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.</i>	0.092
46) O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	0.360
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	0.469
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	0.335
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	0.439
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	0.210
51) <i>A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.</i>	0.165
52) <i>A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.</i>	0.197
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência.	0.215
54) <i>O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.</i>	0.176
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	0.213
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	0.327
57) <i>Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.</i>	0.190
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	0.322
59) <i>Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais.</i>	0.181
60) <i>Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.</i>	0.192
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	0.273
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	0.222
63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	0.347
64) <i>A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.</i>	0.174
65) <i>Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.</i>	0.063
66) Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	0.317
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	0.266
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	0.231
69) <i>Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.</i>	0.131
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	0.221
71) <i>A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.</i>	0.044
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	0.215
73) <i>Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.</i>	0.111
74) <i>A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.</i>	0.118

Apêndice IV

**Consistência interna das subescalas do Questionário de Conhecimentos sobre
Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF**

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
Subescala 1 - Conceito de Enfermagem Forense		
1) Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.	0.041	0.498
2) A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.	-0.057	0.512
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	0.365	0.384
4) A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.	0.075	0.495
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	0.299	0.406
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.	0.249	0.435
7) Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.	0.293	0.410
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.	0.077	0.477
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	0.392	0.368
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	0.151	0.462
Conceito de Enfermagem Forense (Alfa de Cronbach)	0,566	
Subescala 2 - Situações Forenses		
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	0.283	0.747
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	0.348	0.741
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.	0.440	0.731
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	0.443	0.730
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	0.412	0.734
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.	0.157	0.767
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	0.239	0.750
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	0.430	0.730
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	0.597	0.705
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	0.412	0.733
21) A agressão sexual é uma situação forense.	0.336	0.744
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	0.580	0.708
Situações Forenses (Alfa de Cronbach)	0,752	
Subescala 3 - Vestígios Forenses		
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.		
24) O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	0.542	0.796
25) Vestígios de sémen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.		
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	0.689	0.776
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	0.616	0.786
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	0.274	0.820
29) Os fluidos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	0.277	0.819
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	0.146	0.825
31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	0.355	0.813
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	0.497	0.800
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	0.701	0.774
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	0.715	0.772
Vestígios Forenses (Alfa de Cronbach)	0,816	

Apêndice IV

**Consistência interna das subescalas do Questionário de Conhecimentos sobre
Práticas de Enfermagem Forense - QCPEF (Continuação)**

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
Subescala 4 - Comunicação e Documentação		
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	0.170	0.528
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	0.209	0.531
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	0.448	0.472
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	0.403	0.464
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	0.333	0.478
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	0.259	0.499
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	0.161	0.522
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	0.236	0.511
43) Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.	0.065	0.563
44) Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	0.286	0.487
Comunicação e Documentação (Alfa de Cronbach)	0,600	
Subescala 5 - Cuidados de Enfermagem Gerais		
45) O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.	-0.069	0.616
46) O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	0.223	0.486
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	0.239	0.490
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	0.509	0.378
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	0.372	0.445
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	0.293	0.479
51) A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.	0.128	0.519
52) A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.	0.357	0.439
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência.	0.208	0.491
54) O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.	0.187	0.498
Cuidados de Enfermagem Gerais (Alfa de Cronbach)	0,573	
Subescala 6 - Preservação de Vestígios		
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	0.101	0.527
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	0.358	0.476
57) Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.	0.272	0.498
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	0.259	0.504
59) Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais.	0.094	0.530
60) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.	0.188	0.514
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	0.274	0.503
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	0.386	0.470
63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	0.523	0.441
64) A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.	0.157	0.520
65) Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.	-0.021	0.548
66) Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	0.186	0.516
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	0.044	0.536
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	0.220	0.511
69) Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar punccionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.	0.026	0.546
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	0.164	0.519
71) A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.	-0.119	0.576
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	0.123	0.525
73) Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.	0.047	0.543
74) A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.	0.122	0.525
Preservação de vestígios (Alfa de Cronbach)	0,533	

Apêndice V

Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense e o score global de conhecimentos

Sub-escalas	Conceito de Enfermagem Forense	Situações Forenses	Vestígios Forenses	Comunicação e Documentação	Cuidados de Enfermagem Gerais	Preservação de Vestígios
Situações Forenses	0.117	–				
Vestígios Forenses	-0.004	0.473***	–			
Comunicação e Documentação	0.313***	0.171*	0.053	–		
Cuidados de Enfermagem Gerais	0.355***	0.210**	0.103	0.397***	–	
Preservação de Vestígios	0.270***	0.179*	0.101	0.316***	0.305***	–
Score Global de Conhecimentos	0.498***	0.684***	0.587***	0.530***	0.563***	0.637***

* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Apêndice VI

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

Os valores dos 47 itens com percentuais de respostas corretas \geq a 78.7% são apresentados a cor verde, enquanto os valores dos itens com percentagens de respostas incorretas \geq a 21.3% surgem a azul. O maior percentual de respostas corretas e incorretas por subescala surge a negrito.

ITENS	% Respostas Corretas	% Respostas Incorretas
Conceito de Enfermagem Forense		
1) Enfermagem forense é a aplicação do conhecimento de enfermagem às questões legais.	80.0	20.0
2) A enfermagem forense designa a aplicação dos princípios forenses à prática clínica dos enfermeiros.	89.5	10.5
3) A ciência da enfermagem forense denomina a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que respeita apenas ao trauma físico e social.	74.2	25.8
4) A enfermagem forense é um novo domínio da prática de enfermagem em Portugal.	70.0	30.0
5) A enfermagem forense inclui a prestação de cuidados de enfermagem aos agressores.	50.0	50.0
6) Enfermagem forense designa a prestação de cuidados de enfermagem apenas às vítimas de maus tratos ou negligência.	87.4	12.6
7) Enfermagem forense engloba a prestação de cuidados de enfermagem no sistema prisional.	66.8	33.2
8) A ciência da enfermagem forense combina a abordagem clínica à pessoa vítima de violência com a investigação relativa à procura de vestígios dessa situação.	98.9	1.1
9) Enfermagem forense é a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas no que se refere apenas à identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal.	68.4	31.6
10) A enfermagem forense não inclui a prevenção de situações de violência interpessoal.	86.8	13.2
Situações Forenses		
11) Ferimentos por armas de fogo ou brancas poderão corresponder a casos forenses.	87.9	12.1
12) A violência conjugal apresenta contornos médico-legais.	88.9	11.1
13) A violência contra idosos designa uma situação forense.	85.8	14.2
14) A violência contra crianças denomina um caso médico-legal.	85.3	14.7
15) Situações de negligência e de má prática clínica poderão corresponder a casos forenses.	60.5	39.5
16) A identificação de cadáveres é uma situação forense.	67.4	32.6
17) As situações de homicídio poderão corresponder a casos médico-legais.	89.5	10.5
18) O suicídio pode apresentar contornos médico-legais.	77.9	22.1
19) Os traumatismos poderão corresponder a casos forenses.	50.0	50.0
20) Situações de morte violenta podem ser casos forenses.	77.9	22.1
21) A agressão sexual é uma situação forense.	94.7	5.3
22) O acidente de viação pode apresentar contornos médico-legais.	50.0	50.0
Vestígios Forenses		
23) Vestígios de sangue podem ser usados na investigação de casos forenses.	100.0	--
24) O vômito pode ser utilizado na investigação de situações médico-legais.	62.1	37.9
25) Vestígios de sêmen poderão ser usados na averiguação de casos forenses.	100.0	--
26) As fezes podem ser consideradas na investigação de casos forenses.	54.7	45.3
27) A urina pode ser examinada para averiguação de situações médico-legais.	67.4	32.6
28) A saliva é um vestígio biológico que pode ser utilizado na investigação médico-legal.	87.4	12.6
29) Os fluidos vaginais poderão ser usados na averiguação de situações forenses	95.8	4.2
30) Pêlos e / ou cabelos podem ser examinados na investigação de casos forenses.	96.8	3.2
31) Vestuário e/ou fibras da roupa podem ser usados na averiguação de casos médico-legais.	86.8	13.2
32) Os projéteis podem constituir vestígios a usar na investigação forense.	78.4	21.6
33) Vestígios de vidros poderão ter importância forense.	54.7	45.3
34) Vestígios de tinta podem ser usados na averiguação de casos forenses.	46.3	53.7
Comunicação e Documentação		
35) Conforme o código penal português a denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas não é obrigatória.	83.7	16.3
36) A denúncia de crimes públicos de que o profissional tomou conhecimento no âmbito das suas funções e por causa delas implica sempre consentimento da vítima.	62.6	37.4
37) O enfermeiro deve informar as vítimas acerca dos recursos de proteção e apoio disponíveis e sobre o modo de os obter.	96.3	3.7

Apêndice VI

**Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos
sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF (Continuação)**

ITENS	% Respostas Corretas	% Respostas Incorretas
Comunicação e Documentação (continuação)		
38) O enfermeiro não tem o dever de conhecer os requisitos de comunicação de crimes públicos.	93.2	6.8
39) A identificação de casos suspeitos de maus-tratos ou negligência pelo enfermeiro não implica envolver outros elementos da equipa multidisciplinar.	91.6	8.4
40) Perante indícios de violência interpessoal o enfermeiro deve seguir os mecanismos de denúncia institucionais e na falta deles colaborar na sua elaboração.	93.2	6.8
41) O registo de enfermagem deve identificar com rigor os locais de punções venosas, drenagens e de todos os outros procedimentos invasivos.	94.7	5.3
42) Para documentar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais, o enfermeiro deve incluir no registo escrito um diagrama/ mapa corporal.	96.8	3.2
43) Além do registo escrito, o enfermeiro deve recorrer à documentação fotográfica a fim de registar a localização e as características das lesões ou de vestígios materiais.	83.2	16.8
44) Perante suspeita de crime os registos de enfermagem não têm validade médico-legal.	87.4	12.6
Cuidados de Enfermagem Gerais		
45) O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida.	73.2	26.8
46) O enfermeiro deve estar preparado para cuidar da vítima e não para apoiar a investigação criminal.	86.8	13.2
47) A recolha e preservação de vestígios contribuem para a salvaguarda dos direitos da vítima.	96.8	3.2
48) A vítima deve ser avaliada e entrevistada na presença do (a) acompanhante.	86.3	13.7
49) A avaliação da vítima não é crucial para o contributo no processo criminal.	92.1	7.9
50) O enfermeiro com formação forense pode intervir em instituições de saúde, do sistema prisional ou na comunidade.	96.3	3.7
51) A preservação de vestígios é crucial, mas nunca deve comprometer a assistência clínica à vítima.	86.3	13.7
52) A vítima deve ser avaliada e entrevistada sozinha.	87.4	12.6
53) O enfermeiro com formação forense não intervém na reabilitação das vítimas de violência.	93.2	6.8
54) O enfermeiro com formação forense pode ser requisitado para peritagem e consultadoria judicial.	95.8	4.2
Preservação de Vestígios		
55) Na abordagem da vítima devem utilizar-se sempre luvas, trocando-as com frequência para evitar a contaminação cruzada.	94.7	5.3
56) Devem-se proteger as mãos da vítima utilizando sacos de plástico seguros com elásticos.	55.8	44.2
57) Devem-se proteger as mãos da vítima com sacos de papel seguros com elásticos.	26.8	73.2
58) Se a vítima puder despir-se sozinha deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos sobrepostos.	85.3	14.7
59) Se possível a roupa deverá ser retirada pela própria vítima ou pelos profissionais.	83.2	16.8
60) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deverá ser cortada pelas zonas danificadas/ buracos.	81.6	18.4
61) Se a roupa da vítima não puder ser retirada deve ser cortada pelas costuras.	87.4	12.6
62) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de papel limpos.	41.6	58.4
63) O lençol de cima (da maca/ cama ou aquele sobre o qual a vítima se despiu) e todas as peças de roupa devem ser colocados em sacos de plástico limpos.	31.6	68.4
64) A roupa da vítima e o lençol de cima devem ser colocados todos no mesmo saco.	82.1	17.9
65) Cada peça de roupa, bem como o lençol de cima devem ser colocados em sacos individuais.	83.2	16.8
66) Deve ser elaborada uma lista do vestuário recolhido e fazer uma breve descrição das peças.	90.0	10.0
67) Devem-se selar os sacos das peças recolhidas com fita adesiva, datar e rubricar na fita.	85.8	14.2
68) Antes da recolha de vestígios o enfermeiro deve limpar e desinfetar as feridas da vítima.	88.4	11.6
69) Nas lesões por armas de fogo deve-se evitar puncionar veias centrais, usando de preferência veias do dorso das mãos.	32.1	67.9
70) A fotografia de lesões físicas ou de outros vestígios não implica consentimento da vítima.	72.6	27.4
71) A fotografia de lesões físicas só é aceite em tribunal se identificar claramente a vítima.	63.7	36.3
72) Ao fotografar lesões físicas não é pertinente aplicar uma régua no campo fotográfico.	86.3	13.7
73) Não se deve manipular o corpo da vítima que entra no serviço de saúde já cadáver, apenas envolvê-lo em lençol e usar o saco para cadáveres.	63.7	36.3
74) A pessoa legalmente responsável pelo vestígio é o agente da autoridade, no entanto, cada vez que o vestígio mude de mãos, esse facto deve ser registado e assinado por ambas as partes.	95.3	4.7

ANEXOS

Anexo I
Autorização para proceder à colheita de dados

De: Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV (essvgeral@essv.ipv.pt)

Para: enf.rui@iol.pt

Assunto: Pedido de aplicação de Questionário

Data: 23/01/2012 (09:51:03)

Encarrega-me o Sr. Presidente da ESSV, Prof. Doutor Carlos Pereira, de informar V. Ex.^a que o pedido de aplicação de questionário aos estudantes de 3º e 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem do ano letivo 2011/2012 desta escola, relativo ao estudo “*Práticas de Enfermagem Forense: Conhecimento em Estudantes de Enfermagem*” foi autorizado, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos.

Uli Machado Figueiredo Baptista

Técnica Superior

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102, 3500-843 Viseu

Telf: (+351) 232419100

Telm: (+351) 961011800

Anexo II

Total de estudantes inscritos no 3º e 4º ano do CLE da ESSV no ano letivo 2011/2012

De: Paulo Almeida (essv.paulo@gmail.com)

Para: enf.rui@iol.pt

Assunto: Requerimento

Data: 17/02/2012 (15:32:19)

Boa tarde,

em resposta ao solicitado em carta datada de 03-02-2012, dirigida ao presidente da ESSV, solicitando informação sobre o total de inscritos no 3º e 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem no 2º semestre do ano letivo 2011/2012, cumpre-me informar o seguinte:

18º CLE - 58 alunos

19º CLE - 51 alunos

20º CLE - 45 alunos

21º CLE - 60 alunos

Total: 214 alunos inscritos

Com os melhores cumprimentos

Paulo Almeida, Assistente Técnico

Serviços Académicos da ESSV