



Cristiana Isabel de Almeida Gomes

Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses

dezembro/2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS
FORENSES

Cristiana Isabel de Almeida Gomes

**Preservação dos vestígios forenses: conhecimentos e
práticas dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou
Emergência**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre
em Medicina Legal e Ciências Forenses à Faculdade
de Medicina da Universidade de Coimbra

**Orientador: Professor Mestre Manuel Chaves
Co-Orientador: Professor Doutor Francisco Corte-Real**

dezembro de 2016

A vós, que sempre do meu lado estiveram,
Que sempre me ampararam nas quedas,
Que sempre me embalaram nas noites escuras,
Que sempre confiaram em mim,
A vós, dedico este árduo trabalho, que em muito simboliza os valores que me
transmitiram.
Obrigada, meus PAIS!

Fontes das imagens da capa:
Técnicas de Investigação Criminal
(Disponível em <http://tecnicasdeinvestigacriminal.blogspot.pt/>)
[consultado a 12 de novembro de 2016]
e
Deteção de vestígios de Sangue.
(Disponível em <https://sites.google.com/site/espinhoquimica/home/quimica-forense/deteccao-de-vestigios-de-sangue>)
[consultado a 12 de novembro de 2016]

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço de forma global a todos os que me acompanharam e desempenharam um papel fundamental na concretização deste trabalho e que de algum modo contribuíram para as minhas escolhas.

Agradeço ao Professor Manuel Chaves. Pela sua ajuda e apoio sempre disponível. Pela sua eterna paciência e dedicação a esta causa. Pela sua motivação nos momentos mais difíceis e duvidosos. Pela sua vontade de nunca desistir e de garantir que eu sempre mantivesse em vista a luz ao fundo túnel. Obrigada pela sua orientação Professor.

Agradeço ao Professor Corte Real. Pela sua disponibilidade, pelo incentivo, ajuda e conselhos que em muito contribuíram para a realização deste trabalho. Obrigada pela sua orientação Professor.

Agradeço à minha família. Pelo seu apoio e abrigo. Pelo eterno amor incondicional e pelas maravilhas que fazem na minha vida. Um obrigado muito especial à minha mana que mesmo distante sempre esteve presente. Obrigada a todos.

Agradeço ao Marco. Pelo amor e apoio constante. Pela imensa motivação, símbolo de força e coragem. Por sempre acreditar que eu sou capaz, sem nunca vacilar. Por ver sempre o lado positivo e me fazer sonhar com os pés bem assentes na terra. Obrigada.

Agradeço aos meus amigos por estarem sempre presentes. Por darem sentido à minha vida e por me darem muitas alegrias que aquecem o meu coração. Obrigada.

Muito obrigada!

Conteúdo

Conteúdo	i
Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vii
Lista de Siglas e Acrónimos	xi
Resumo	xiii
Abstract	xv
1 Justificação do Tema	1
2 Finalidade e Objetivos	3
3 Introdução	5
PARTE I - Fase Conceptual	9
3.1 A Enfermagem em Portugal	9
3.2 As Ciências Forenses	14
3.2.1 Enquadramento Histórico Das Ciências Forenses	14
3.2.2 Exame ao Local do Crime	17
3.2.3 Lesão Corporal	22
3.2.4 Vestígios Forenses de uma Investigação Criminal	31
3.3 A Enfermagem Forense	37
3.3.1 Fundações Para a Enfermagem Forense	37
3.3.2 Enfermagem Forense nos Serviços de Urgência e/ou Emergência . . .	42
3.3.3 Aspetos Éticos e Legais da Prática da Enfermagem Forense	45
3.4 Realidade Epidemiológica dos Crimes em Portugal	48
PARTE II - FASE METODOLÓGICA	55
4 Metodologia	57
4.1 Questões de Investigação	58

4.2	Tipo de Estudo	59
4.3	População e Amostra	59
4.4	Instrumento de Colheita de Dados	61
4.5	Procedimentos Formais e Éticos	63
PARTE III - Fase Empírica		65
5	Apresentação e Análise Dos Dados	67
5.1	Procedimento de Análise de Dados	67
5.2	Caracterização Da Amostra	68
5.3	Perceção do Conhecimento dos Procedimentos	70
5.4	Executabilidade dos Procedimentos	77
5.5	Relação Entre Executabilidade e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos	82
5.6	Relação Entre Habilitações Académicas e Executibilidade dos Procedimentos	88
5.7	Relação Entre Categoria Profissional e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos	93
5.8	Relação Entre Categoria Profissional e Executibilidade dos Procedimentos	100
5.9	Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos.	110
5.10	Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem e Executibilidade dos Procedimentos.	115
5.11	Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos.	125
5.12	Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e Executibilidade dos Procedimentos.	133
5.13	Relação Entre Frequência de Assistência a Vítimas de Agressão Voluntária ou Involuntária e Executibilidade dos Procedimentos	143
5.14	Relação Entre a Existência de um Protocolo que Delineia a Atuação do Enfermeiro na Assistência à Vítima e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos	146
5.15	Relação Entre a Existência de um Protocolo que Delineia a Atuação do Enfermeiro na Assistência à Vítima e Executibilidade dos Procedimentos. .	150
5.16	Perceção Do Conhecimento dos Procedimentos por Instituição Hospitalar .	156
5.17	Executabilidade dos Procedimentos por Instituição Hospitalar	158
6	Análise e Interpretação dos Dados	159
7	Considerações Finais	199
	Bibliografia	203

Apêndices e Anexos	213
Apêndice I	215
Apêndice II	217
Apêndice III	219
Anexo I	231

Lista de Figuras

6.1 Percentagem de procedimentos estatisticamente significativos por categorias.171

Lista de Tabelas

5.1	Dados sociodemográficos	69
5.2	Conhecimentos dos procedimentos de gestão de vestígios.	70
5.3	Conhecimentos dos procedimentos de agressão sexual.	71
5.4	Conhecimentos dos procedimentos de lesões.	72
5.5	Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de arma branca.	73
5.6	Conhecimentos dos procedimentos de armas de fogo.	74
5.7	Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação. . . .	75
5.8	Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de intoxicação.	75
5.9	Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de asfixia.	76
5.10	Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios.	77
5.11	Executabilidade dos procedimentos de agressão sexual.	78
5.12	Executabilidade dos procedimentos de lesões.	79
5.13	Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca.	79
5.14	Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo.	80
5.15	Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação. . .	81
5.16	Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação.	82
5.17	Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia.	83
5.18	Corr. de Spearman entre a exec. e o conhecimento de gestão de vestígios.	85
5.19	Corr. de Spearman entre a exec. e o conhecimento de agressão sexual. . .	85
5.20	Spearman entre a exec. e o conhecimento de lesões.	85
5.21	Spearman entre a exec. e o conhecimento de vítimas de arma branca. . .	86
5.22	Spearman entre a exec. e o conhecimento de vítimas de armas de fogo. . .	86
5.23	Spearman entre a exec.e o conhecimento de vítimas de acid. de viação. . .	87
5.24	Spearman entre a exec.e o conhecimento de vítimas de intoxicação. . . .	87
5.25	Spearman entre a exec. e o conhecimento de vítimas de asfixia.	88
5.26	Exec. de vítimas de arma branca segundo as habilitações académicas. . .	89
5.27	Exec. de vítimas de acid. de viação segundo as habilitações académicas. .	90
5.28	Exec. de vítimas de intoxicação segundo as habilitações académicas. . . .	91
5.29	Exec. de vítimas de asfixia segundo as habilitações académicas.	92
5.30	Conhe. de gestão de vestígios segundo a categoria profissional.	94
5.31	Conhe. de agressão sexual segundo a categoria profissional.	95
5.32	Conhe. de lesões segundo a categoria profissional.	96
5.33	Conhe. de vítimas de armas de fogo segundo a categoria profissional. . . .	97

5.34	Conhe. de vítimas de intoxicação segundo a categoria profissional.	98
5.35	Exec. de vítimas de Asfixia segundo a categoria profissional.	100
5.36	Exec. de gestão de vestígios segundo a categoria profissional.	102
5.37	Exec. de agressão sexual segundo a categoria profissional.	103
5.38	Exec.de vítimas de arma branca segundo a categoria profissional.	104
5.39	Exec. de vítimas de armas de fogo segundo a categoria profissional.	105
5.40	Exec. de vítimas de acidentes de viação segundo a categoria profissional. .	107
5.41	Exec. de vítimas de intoxicação segundo a categoria profissional.	108
5.42	Exec. de vítimas de asfixia segundo a categoria profissional.	109
5.43	Conhe. de agressão sexual segundo o exercício da profissão.	111
5.44	Conhe.de vítimas de arma branca segundo o exercício da profissão.	112
5.45	Conhe. de vítimas de asfixia segundo o exercício da profissão.	114
5.46	Exec. de gestão de vestígios segundo o exercício da profissão.	116
5.47	Exec. de agressão sexual segundo o exercício da profissão.	118
5.48	Exec. de vítimas de arma branca segundo o exercício da profissão.	119
5.49	Exec. de vítimas de armas de fogo segundo o exercício da profissão.	120
5.50	Exec. de vítimas de acid. de viação segundo o exercício da profissão. . . .	121
5.51	Exec. de vítimas de intoxicação segundo o exercício da profissão.	122
5.52	Exec. de vítimas de asfixia segundo o exercício da profissão.	124
5.53	Conhe. de gestão de vestígios segundo o exercício da profissão urgência. .	127
5.54	Conhe. de agressão sexual segundo o exercício da profissão urgência. . . .	129
5.55	Conhe. de vít. de acid. de viação segundo o exercício da profissão urgência.	130
5.56	Conhe. de vítimas de asfixia segundo o exercício da profissão urgências. .	132
5.57	Exec. de gestão de vestígios segundo o exercício da profissão urgências. . .	134
5.58	Exec. de agressão sexual segundo o exercício da profissão urgência.	136
5.59	Exec. de lesões segundo o exercício da profissão urgência.	137
5.60	Exec. de arma branca segundo o exercício da profissão urgência.	138
5.61	Exec. de armas de fogo segundo o .exercício da profissão urgência.	139
5.62	Exec. acidentes de viação segundo o exercício da profissão urgência. . . .	140
5.63	Exec. intoxicação segundo o exercício da profissão urgência.	141
5.64	Exec. asfixia segundo o exercício da profissão urgência.	143
5.65	Frequência de assistência a vítimas de agressão.	145
5.66	Agressão sexual segundo a existência de protocolo.	147
5.67	Arma branca segundo a existência de protocolo.	148
5.68	Vítimas de acidentes de viação segundo a existência de protocolo.	149
5.69	Vítimas de intoxicação segundo a existência de protocolo.	150
5.70	Gestão de vestígios segundo a existência de protocolo.	152
5.71	Vítimas de armas de fogo segundo a existência de protocolo.	154
5.72	Vítimas de asfixia segundo a existência de protocolo.	155
5.73	Score de conhecimento de lesão segundo o a Inst. Hosp.	156
5.74	Score de executabilidade de lesão segundo a Inst. Hosp.	158
6.1	Executabilidade e conhecimento nas diferentes categorias.	169

6.2	Habilitações académicas e exec. em vítimas de arma branca.	172
6.3	Habilitações académicas e exec. em acidentes de viação.	173
6.4	Habilitações académicas e exec. em vítimas de intoxicação.	174
6.5	Habilitações académicas e exec. em vítimas de asfixia.	174
6.6	Cat. Profissional e Exec. em gestão de vestígios.	176
6.7	Cat. Profissional e Exec. em agressões sexuais.	177
6.8	Cat. Profissional e Exec. em lesões.	177
6.9	Cat. Profissional e Exec. em vítimas de arma branca.	178
6.10	Cat. Profissional e Exec. em vítimas de arma de fogo.	179
6.11	Cat. Profissional e Exec. em acidentes de viação.	179
6.12	Cat. Profissional e Exec. em vítimas de intoxicações.	180
6.13	Cat. Profissional e Exec. em vítimas de asfixias.	180
6.14	Resumo da Cat. Profissional, o Conhe., a exec. para os proce.	181
6.15	Tempo da prof. conhe. e Exec. na gestão de vestígios.	182
6.16	Tempo da prof. conhe. e Exec. na agressão sexual.	183
6.17	Tempo da prof. conhe. e Exec. em vítimas por arma branca.	183
6.18	Tempo da prof. conhe. e Exec. em vítimas por arma de fogo.	184
6.19	Tempo da prof. conhe. e Exec. por acidentes de viação.	184
6.20	Tempo da prof. conhe. e Exec. em vítimas por intoxicações.	185
6.21	Tempo da prof. conhe. e Exec. em vítimas por asfixias.	185
6.22	Resumo do tempo, o Conhe., a exec. nos procedimentos.	186
6.23	Tempo em urgência, conhe. e exec. em gestão de vestígios.	187
6.24	Tempo em urgência, conhe. e exec. em agressão sexual.	187
6.25	Tempo em urgência, conhe. e exec. para lesões.	188
6.26	Tempo em urgência, conhe. e exec. em arma branca.	188
6.27	Tempo em urgência, conhe. e exec. em arma de fogo.	189
6.28	Tempo em urgência, conhe. e exec. em acidentes de viação.	189
6.29	Tempo em urgência, conhe. e exec. em vítima de intoxicações.	190
6.30	Tempo em urgência, conhe. e exec. em vítima de asfixias	190
6.31	Resumo tempo em urgência, conhe., exec. nos proced.	191
6.32	Freq. de assistência a vítimas para gestão de vestígios.	192
6.33	Freq. de assistência a vítimas para gestão de vestígios.	193
6.34	Freq. de assistência a vítimas para agressão sexual.	193
6.35	Protocolo na assistência a vítimas de arma branca.	194
6.36	Protocolo na assistência a vítimas de arma de fogo.	194
6.37	Protocolo na assistência a vítimas de acidentes de viação.	195
6.38	Protocolo na assistência a vítimas de intoxicações.. . . .	195
6.39	Protocolo na assistência a vítimas de asfixias.	196
6.40	Resumo dos <i>scores</i> do conhe. e da exec. por Hospital.	198

Lista de Siglas e Acrónimos

3D	3 Dimensões
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AAFS	American Academy of Forensic Sciences
ANA	American Nurses Association
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
APEFORENSE	Associação Portuguesa de Enfermagem Forense
CCP	Código Civil Português
CDOE	Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros
CPP	Código de Processo Penal
CVG	Criminalidade Violenta e Grave
DP	Desvio Padrão
EPE	Entidades Públicas Empresariais
EEAE	Escola de Ensino e Administração em Enfermagem
ERC	European Resuscitation Council
EUA	Estados Unidos da América
GNR	Guarda Nacional Republicana
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IAFN	International Association of Forensic Nurses
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission International of Healthcare Organizations
M	Média Aritmética

MO	<i>modus oprerandi</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPC	Órgãos de Policia Criminal
PJ	Polícia Judiciária
PSP	Polícia de Segurança Publica
QPVAVE	Questionário, o Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros
RASI	Relatório Anual de Segurança Interna
REPE	Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNS	Serviço Nacional Saúde
SSI	Sistema de Segurança Interna
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULS	Unidade de Saúde Local
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

Resumo

O crime violento e os traumas associados são entidades que envolvem a atuação de vários profissionais, incluindo os profissionais de saúde. O Enfermeiro tem como principal objetivo a assistência à vítima promovendo cuidados de saúde. Apesar desta vital prioridade, é também importante que estes procedam à preservação dos vestígios (biológicos e não biológicos) encontrados no corpo da vítima/agressor ou no local do crime, que mais tarde poderão ser alvo de prova pericial em Tribunal com relevância Médico-Legal. Este estudo, teve como base o Princípio de Locard, que refere que “Todo o contacto deixa um traço” e na premissa de que os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis podendo ser alterados ou perdidos durante a intervenção médica/enfermagem.

Este trabalho tem como objetivos: conhecer a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência; verificar se existe relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência e a sua executabilidade; e verificar se alguns fatores académicos/profissionais dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência estão associados à perceção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses.

É um tipo de estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Na sua génese, encontra-se o desenvolvimento e aplicação do Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros, o QPVAVE (Gomes, Chaves, & Corte-Real, 2014) a uma amostra de Enfermeiros a exercer nos Serviços de Urgência e/ou Emergência em hospitais da Região Centro de Portugal.

Foi possível verificar que existe um elevado desconhecimento e não executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses nas diferentes categorias analisadas (Gestão de vestígios, Agressão sexual, Lesões, Arma branca, Arma de fogo, Acidentes de viação, Intoxicações e Asfixias). Verificou-se uma correlação positiva entre o nível de conhecimento e a executabilidade destes procedimentos. Existem fatores académico/profissionais dos Enfermeiros que podem contribuir para modelar os níveis de conhecimento e executabilidade. Os Enfermeiros referem, maioritariamente, a não existência de um protocolo sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima. Como desafio futuro podemos afirmar que se justifica a aposta na formação e na investigação dos Enfermeiros na área das Ciências Forenses, nomeadamente na preservação dos vestígios forenses, assim como no desenvolvimento de protocolos multidisciplinares com este intuito.

Palavras-chave: Conhecimentos, práticas, vestígios forenses, Enfermeiros, Urgência, Emergência.

Abstract

The violent crime and the associated traumas are entities that involve the performance of several professionals, including health professionals. The main objective of a nurse is to assist people through promotion of health care. Despite this vital priority, it is also important that they preserve the biological and non-biological traces found in the body of the victim /offender or in the crime scene, which may later be identified as important evidence in a Medical-Legal relevance Court. This study was based on the Locard Principle, which states that "all contact leaves a trace"and on the premise that the evidence are fragile and easily perishable and may be compromised or lost during the medical / nursing intervention.

The objectives of this study are: grade the knowledge perception and executability of procedures regarding the preservation of the forensic evidence by Nurses from the Emergency/Urgency Department; to verify if there is a relation between the perception of the knowledge in the procedures regarding the preservation of the forensic evidence of the Nurses of the Emergency/Urgency Department and its executability; and to verify if some academic/professional factors of Nurses in the Emergency/Urgency Department are associated to the knowledge perception and the executability of procedures regarding the preservation of forensic evidence.

This is a quantitative descriptive and correlational study. In its genesis, are the development and application of the “Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros”, o QPVAVE (Gomes, Chaves, & Corte-Real, 2014) in a sample of Nurses that practice in the Emergency and/or Urgency Department in hospitals of the Central Region of Portugal.

It was possible to verify that there is a high level of lack of knowledge and non-executability of procedures for the preservation of forensic evidence in the different categories analyzed (Evidence Management, Sexual Assault, Injuries, White Weapon, Firearms, Car Accidents, Poisoning and Asphyxiation). There was a positive correlation between the level of knowledge and the executability of these procedures. The academic/professional factors of the Nurses can contribute to change the level of knowledge and to the implementation. Mainly, the nurses reported the non existence of a protocol for the preservation of evidence in the assistance of the victim.

As future implications and challenges, we can affirm that it is justified to focus on the training of nurses and in the research of the Forensic Sciences, particularly on the preservation of forensic evidence, as well as in the development of multidisciplinary protocols aimed at this preservation.

Keywords: Knowledge, practices, forensic evidence, Nurses, Urgency, Emergency.

Capítulo 1

Justificação do Tema

O crime violento e os traumas associados são entidades que envolvem a atuação de vários profissionais. Os Enfermeiros como profissionais de saúde têm como principal objetivo a assistência à vítima promovendo cuidados de saúde. Apesar desta vital prioridade, é também importante que estes procedam à identificação apropriada, segurança e preservação dos vestígios (biológicos e não biológicos) encontrados no corpo da vítima/agressor ou no local, que mais tarde poderão vir a ser alvo de prova pericial em Tribunal com relevância Médico-Legal.

Esta problemática tem por base o Princípio de Locard (1877-1966) que refere que *“Todo o contacto deixa um traço”* ([Hammer et al., 2006]) e na premissa de que os vestígios são frágeis e facilmente deterioráveis podendo ser alterados ou perdidos durante a intervenção médica/enfermagem.

Deste modo, a problemática em estudo, teve a sua génese nas inquietudes percebidas e vividas ou testemunhadas na sociedade atual que evolui a uma impetuosa velocidade, impondo novos desafios aos Enfermeiros de modo a poderem dar respostas às necessidades prementes e inerentes ao cuidar holístico. Pensar não só no presente, mas também no futuro no que concerne à investigação criminal, isto é, garantir que o que se faz no presente irá ser sempre focado na melhoria contínua e no interesse da Pessoa que cuidamos para obter melhores resultados, sejam estes no processo saúde/doença ou no processo legal. Para tal, como ponto de partida, surge a necessidade de melhor compreender qual o estado atual do conhecimento dos Enfermeiros e a subsequente execução de procedimentos de cariz forense referentes à preservação dos vestígios forenses, realizando uma avaliação inicial da perceção do seu conhecimento e sua executabilidade. Ao percebermos também como estas variáveis variam de acordo com a formação académica, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão, e a existência de um protocolo no serviço, podemos identificar fatores que podem predispor para melhores níveis de conhecimento e executabilidade.

Neste sentido, este estudo, foca-se na identificação da necessidade de evolução e da

aquisição de conhecimento científico por parte dos Enfermeiros, provando que existe uma falha que pode ser colmatada, o que poderá contribuir como um importante passo para obter melhores resultados, melhores Enfermeiros e um cuidar com qualidade.

Capítulo 2

Finalidade e Objetivos

Este estudo tem como principal finalidade a necessidade de explorar as Ciências Forenses cruzando-as com a Enfermagem nomeadamente em contexto de Serviço de Urgência e/ou Emergência. Com isto, pretendemos colaborar para a melhoria contínua do conhecimento dos Enfermeiros acerca das Ciências Forenses e ainda sensibilizar estes profissionais para a importância e repercussões que os seus procedimentos têm perante os casos de interesse forense. Este estudo tem também como finalidade contribuir para a mudança e melhoria dos cuidados prestados pelos Enfermeiros perante vítimas de crime para que estes possam desenvolver competências que lhes permitam preservar vestígios de interesse forense.

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

Assim sendo, os objetivos desta investigação relativamente à amostra em estudo, são:

- Conhecer a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência;
- Verificar se existe relação entre a perceção do conhecimento de procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência e a sua executabilidade;
- Verificar se alguns fatores académicos/profissionais dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência estão associados à perceção do conhecimento e à executabilidade de procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses.

Capítulo 3

Introdução

As vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária são uma das preocupações da sociedade global que requerem um complemento de sistemas sociais que se relacionem tanto com os cuidados de saúde como com a lei, de modo a proporcionar o melhor resultado possível para o bem-estar com qualidade da Pessoa, da família e da sociedade ([Lynch, 2006]). Por conseguinte, os Serviços de Urgência e/ou Emergência, sendo considerados como porta de entrada para os Serviços de Saúde, devem ser capazes de providenciar assistência a estas vítimas cujo número de ocorrências tem vindo a aumentar ao longo dos anos ([Lynch, 2006]; [Eldredge, 2008]; [Abdool e Brysiewicz, 2009]). Como elementos ativos desta equipa multidisciplinar, os Enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro profissional com quem as vítimas e os perpetradores se deparam quando se dirigem aos Serviços de Saúde ([Silva, 2010]). A American Nurses Association ([ANA, 2015]) e [Eisert et al., 2015] afirmam que, por vezes, na prática clínica todo o Enfermeiro se pode deparar com questões relacionadas com as Ciências Forenses. Por conseguinte, o conhecimento de como cuidar destas vítimas e perpetradores de violência é considerado um novo padrão de assistência ao utente ([Sekula, 2005]).

Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência e/ou Emergência, incluindo os Enfermeiros, têm como principal objetivo a assistência à pessoa prestando cuidados que visam a manutenção da vida e promoção da saúde. No entanto, por vezes, as condições para a recolha de vestígios forenses nem sempre são as ideais, e muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência ([Gonçalves, 2011]). Neste sentido, apesar do seu principal objetivo, é também importante que estes procedam à identificação apropriada e correta preservação dos vestígios (biológicos e não biológicos) encontrados no corpo da vítima/agressor ou no local do crime, que mais tarde poderão vir a ser alvo de prova pericial em Tribunal ([McGillivray, 2005]; [Lynch, 2006]; [Eisert et al., 2015]; [Foresman-Capuzzi, 2014]). Os vestígios são elementos essenciais para o sucesso de uma investigação criminal. Esta, visa descobrir a verdade, e o papel dos vestígios é decisivo para provar a culpa ou a inocência ([Silva, 2010]). No entanto, a integridade destes vestígios poderá ficar comprometida se a sua recolha e preservação não for devidamente

efetuada, podendo levar à sua destruição ou contaminação. Mas para que tal não ocorra, é importante que todos os Enfermeiros (e outros profissionais de saúde) sejam formados sobre a colheita e preservação de vestígios forenses ([McGillivray, 2005]). Torna-se, portanto, imperativo que os enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência tenham conhecimentos na identificação e preservação de vestígios forenses.

A Enfermagem Forense surge como uma necessidade natural neste contexto. Em países como os Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra, Austrália e alguns países do Norte da Europa, a atuação do Enfermeiro Forense, de uma forma geral, inclui: o reconhecimento de utentes de risco para situações que envolvem a Justiça; a identificação das necessidades bio-psico-sociais das vítimas, das suas famílias, da comunidade onde se inserem e ainda dos perpetradores; a recolha de vestígios; a planificação e o estabelecimento de objetivos neste campo de ação; a implementação de intervenções de Enfermagem e ainda a avaliação constante dos resultados obtidos ([Silva, 2010]). Apesar da premente necessidade de expandir o papel dos Enfermeiros de Urgência e Emergência ao incluir o crescente conhecimento forense, a recolha e preservação de vestígios permanece ainda como um desafio ([Foresman-Capuzzi, 2014]).

Contrariamente ao que acontece em países como os supracitados, a Enfermagem Forense em Portugal é ainda pouco explorada, pois embora muitos Enfermeiros assistam vítimas de violência, estes podem não possuir os conhecimentos mais adequados às necessidades reais destas ([Gonçalves, 2011]).

Concomitantemente a esta problemática, pouco tem sido feito relativamente à standardização de procedimentos, verificando-se uma quase inexistência de protocolos nos Serviços de Urgência e/ou Emergência, destinados ao tratamento de vestígios forenses inerentes à assistência a vítimas de violência ([Gonçalves, 2011]).

Relativamente a estudos portugueses sobre a recolha e preservação de vestígios por Enfermeiros na assistência à vítima verificamos que são ainda escassos revelando uma lacuna nesta área do conhecimento e prática clínica.

Neste sentido, este estudo quantitativo descritivo correlacional tem como questões de investigação: **Questão 1** Qual a perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência e/ou Emergência? **Questão 2** A perceção do conhecimento dos Enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência e/ou Emergência dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses está associada à sua executabilidade? e **Questão 3** As habilitações académicas, a formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão em Enfermagem, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e/ou Emergência, a frequência de assistência à vítima, a existência de um protocolo no serviço e o local de trabalho estão associados à perceção de co-

nhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Na base deste estudo, encontra-se o desenvolvimento e aplicação de um instrumento de investigação, o Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros, o QPVAVE, (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014), a uma amostra de Enfermeiros a exercer em Serviços de Urgência e/ou Emergência em Hospitais da Região Centro.

Esta dissertação é composta por três partes: a fase conceptual; a fase metodológica; e a fase empírica e finalizada com algumas considerações finais.

A primeira parte, a fase conceptual, refere-se ao enquadramento conceptual do estudo, procurando resumir o estado da arte, abordando-se temas como a evolução da Enfermagem como Disciplina, Profissão, e Ciência, seguida por um enquadramento das Ciências forenses, incluindo uma abordagem ao exame do local do crime, das lesões e dos vestígios forenses numa investigação criminal, contando também com um enquadramento da Enfermagem Forense, as suas fundações e aplicabilidade no Serviço de Urgência e/ou Emergência, fazendo uma ressalva para os aspetos éticos e legais intrínsecos a esta prática. Ainda nesta fase, uma abordagem aos crimes mais frequentes em Portugal foi incluída, no intuito de se perceber o contexto atual da criminalidade e aferir quanto às necessidades do cidadão Português.

Na segunda parte, a fase metodológica, expõe-se a problemática em estudo, a finalidade e objetivos deste trabalho, descrever o tipo de estudo, as características da população e a amostra selecionada, assim como se explica quais os procedimentos efetuados no desenvolvimento e aplicação do questionário, o QPVAVE, garantindo sempre a cumprimento dos procedimentos éticos.

Na terceira fase e última parte deste estudo, a fase empírica, procedemos à apresentação dos dados obtidos, e a sua subsequente análise e interpretação.

Terminamos este estudo com considerações finais acerca do estudo, abordando uma visão geral e impacto deste estudo.

PARTE I - Fase Conceptual

3.1 A Enfermagem em Portugal

Segundo [Amendoeira, 2004] a Enfermagem é nos dias de hoje uma área do saber com utilidade para a sociedade, manifestada por um conjunto de atividades que são essenciais à vida dos elementos desta, no entanto estas ainda não são reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção.

No processo de profissionalização da Enfermagem, desde o início que se objetivou construir um campo de conhecimento específico tendo como pilares os sistemas de valores que caracterizavam o “feminino” e em extensão o “cuidar”, e em simultâneo adquirir o estatuto de Ciência ([Barra et al., 2006]).

O saber que fundamenta este “*cuidar*” tem raízes ancestrais baseado no senso comum, que ao longo de gerações tem vindo a ser (re)construído em diversos contextos e por atores distintos, encontrando-se atualmente mais próximo de um cuidar de características técnico intelectuais, essencialmente porque os atores desse mesmo cuidar transferem do conhecimento científico para a ação quotidiana os saberes que os definem como profissionais competentes em ação ([Amendoeira, 2004]).

Neste sentido, [Figueiredo, 2004] refere cinco fases históricas distintas no processo de profissionalização da Enfermagem.

Segundo este, a Enfermagem como profissão tem nas suas origens um período pré-profissional marcado por um “modelo religioso”, sendo este caracterizado pelo sentido de vocação e por um carácter altruísta. Nesta primeira fase, a assistência à Pessoa era realizada por pessoas ligadas à Igreja, baseada nos ideais pregados pelo Cristianismo, como a fraternidade e caridade. O período referente ao final do século XVI até meados do século XIX foi denominado por diversos autores como o “período negro” para a Enfermagem, uma vez que, associado aos adventos do renascimento, reforma protestante e do capitalismo, surgiu a corrente da laicização da prestação de cuidados pelas mulheres [Figueiredo, 2004].

A segunda fase corresponde à fase pós-nightingaleana, responsável pela renovação da

Enfermagem. Ainda no século XIX, as Enfermeiras eram de vocação e não de profissão, pois não possuíam nenhuma autonomia ([Figueiredo, 2004]), no entanto, o processo de construção da disciplina Enfermagem nasce com a necessidade social de qualificar o cuidado de Enfermagem para amplos grupos populacionais, o que motivou os estudos de *Florence Nightingale*¹, em Inglaterra no século XIX ([Pires, 2009]). Este período marca o início da Enfermagem moderna. Esta implementa um modelo “vocacional e disciplinar” ([Figueiredo, 2014]). Por conseguinte, a formação dos enfermeiros teve início neste século, a partir do empenho e intervenção de *Florence Nightingale*, ao assumir ser possível ensinar Enfermagem de forma distinta da Medicina. Esta criou a primeira Escola de Enfermagem em Inglaterra em junho de 1860 no Hospital St. Thomas em Londres, sendo o ensino ministrado fundamentalmente por enfermeiras ([Chaves, 2012]). Nesta época, as questões da paridade das enfermeiras com os médicos foram também discutidas e devido à sua formação técnica, a sua interdependência foi diminuída. Também o nascimento de hospitais públicos contribuiu para o aumento da oferta de cuidados de Enfermagem como um serviço de mercado levando também ao aumento da sua procura. Assim, a enfermagem sofre uma mutação na medida em que o que no passado era reconhecido como os ideais da Enfermagem, como a caridade e a moral, foi substituído pela vertente técnica, devoção, obediência e carácter. Neste sentido, as raízes que levaram aos ideais que regem a Enfermagem para a promoção do bem-estar e conforto do doente e a gestão de serviços hospitalares foram criadas ([Figueiredo, 2014]).

No século XX, na década de 40, nos Estados Unidos da América, surge a terceira fase, que segundo [Figueiredo, 2014] é caracterizada pela “Enfermagem funcional”. Nesta fase o número de escolas aumenta sempre em sintonia com o desenvolvimento dos hospitais ao qual estavam agregadas. [Collière, 1999] refere que a prática dos cuidados de Enfermagem era definida como “auxiliar do médico”. Nesta fase, o saber dos enfermeiros é técnico e instrumental, o que mais tarde se veio a revelar como um obstáculo ao desenvolvimento da autonomia da Enfermagem e à sua identidade profissional. Pois, segundo ([Amendoeira, 2008]), o desenvolvimento profissional baseia-se nas técnicas desempenhadas pelas mulheres e não no desenvolvimento científico.

Entre as décadas de 40 e 60 do século XX, surge a fase da “Enfermagem científica”, uma vez que começa a dar-se destaque à dimensão intelectual dos cuidados de Enfermagem. A cientificidade e o profissionalismo começam a substituir os ideais até agora defendidos. Tendo por base as Ciências Sociais e as Ciências Naturais, a Enfermagem mais do que realizar a prática de técnicas preocupa-se com a sua própria fundamenta-

¹ Florence Nightingale, por ter nascido no seio de uma família rica e educada, viveu a sua adolescência inserida numa sociedade aristocrática, tendo tido a oportunidade de estudar diversos idiomas, matemática, religião e filosofia. Extremamente religiosa, desejava fazer o “trabalho de Deus” - ajudar os pobres, os doentes e os menos dotados, amenizando-lhes o sofrimento e a degradação. É considerada a fundadora da Enfermagem moderna em todo o mundo, obtendo maior projeção a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, quando com 38 mulheres (irmãs anglicanas e católicas) organizou um hospital de 4000 soldados internos, baixando a mortalidade local de 40% para 2% ([Padilha e Mancia, 2005]).

ção, aproximando-se a teoria à técnica. Depois da década de 60, estas novas correntes de pensamento colocam em causa a vocação e o moral para dar mais destaque aos atores coletivos que conseguiram conquistar o controlo das suas próprias atividades de trabalho ([Figueiredo, 2014]). Nesta fase, o método da organização dos cuidados de Enfermagem por equipa ganha força.

A quinta e última fase surge no final da década de 60 até aos dias de hoje. Nesta fase consagram-se as “teorias de Enfermagem”. A Enfermagem encontra-se focada em atingir autonomia e adquirir um corpo de conhecimentos específicos no intuito de consagrar a Enfermagem como uma Ciência ([Figueiredo, 2004]). Os Enfermeiros procuram assim uma nova visão do Homem preocupando-se com as necessidades deste enquanto Pessoa, criando um distanciamento do pensamento médico. No entanto, denota-se que na Enfermagem existe uma apropriação de conhecimento de outras áreas para auxiliar na construção de um pensamento sistemático e organizado construindo um conhecimento próprio ([Mendes, 2000]).

Em Portugal, comparativamente ao que ocorreu a nível internacional, também a evolução do Enfermagem ocorreu aos sobressaltos ([Amendoeira, 2004]).

Segundo [Chaves, 2012] a Enfermagem, em Portugal, teve o seu início na dependência e subordinação médica, tendo sido criados no final do século XIX três cursos para enfermeiros sob a responsabilidade médica, primeiro em Coimbra (em 1881 no Hospital da Universidade de Coimbra sob a administração do Doutor Costa Simões), seguido por Lisboa (em 1886 no Hospital Real de S. José), e depois no Porto (em 1896 no Hospital Geral de Santo António), não obstante, por falta de apoio oficial junto do Governo, experienciaram curta duração.

Foi em 1901 que Curry Cabral, médico e administrador do Hospital Real de S. José, criou a Escola Profissional de Enfermeiros, no entanto até ao ano de 1947 o ensino encontrava-se muito desorganizado, ano em que surgiu uma “*reforma*” que teve como objetivo organizar este ensino, regulado pelo [Decreto-Lei, 1947] n^o 36.219.

Todavia a “*aprendizagem de Enfermagem era realizada por imitação e repetição de tarefas quotidianas sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos*” (Garcia, 2000 cit. por [Chaves, 2012], p.120).

Os estudantes de Enfermagem eram colocados nos serviços dos hospitais de acordo com as necessidades reais em recursos humanos, sendo considerados “*uma força de trabalho importante*” e os cuidados eram centrados no corpo portador de doença e não no doente. O ensino tinha como foco o doente em contexto hospitalar, no que concerne à patologia, sendo a prática orientada para a doença ([Garcia, 2000]). Contudo o Estado Português não regulava a coordenação central deste ensino e os hospitais estavam encarregues desta tarefa, sendo que o Diretor da Escola era também o Diretor do Hospital

([Amendoeira, 2006]).

Em 1952 as Escolas de Enfermagem passaram a ter autonomia técnica e administrativa, no entanto a dependência hospitalar permaneceu. A 28 de Agosto desse mesmo ano, foram publicados os Decretos-Lei n.º38.884 e 38.885 que regularam a criação de três cursos distintos² ([Araújo, 2005]).

Nesta época o ensino de Enfermagem decorria em regime de internato, sendo que nas décadas de 50 e 60, “*era explícita a recomendação para que nos cursos de Enfermagem fosse dada preferência às candidatas do sexo feminino. . .*” tendo tido também um forte poder de socialização, aquisição de hábitos e rotinas, normas de vida individual e social, sob a supervisão de “*monitoras*” num regime rígido fomentado em regras quase militaristas, quesitos esperados da Enfermagem, à época. Este regime de grande orientação instituiu-se um marco histórico, uma vez que permitiu cultivar as raízes que viriam a atribuir maior autonomia à Enfermagem ([Chaves, 2012], p.122).

Uma rutura entre os ideais das Escolas e dos hospitais parece ter distanciado estas duas Instituições. Enquanto as primeiras tinham como objetivo formar Enfermeiros aptos para prestar cuidados independentemente do local onde o faziam, os segundos pretendiam que os Enfermeiros apenas estivessem aptos para determinados contextos (tendo em conta as necessidades do Hospital). Assim, “*as Escolas começam a deixar de ser Escolas para enfermeiros, para começarem a ser Escolas de Enfermagem*” ([Amendoeira, 2004] p. 83).

Em 1967 foi criada a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (EEAE), cujo objetivo consistia na formação de enfermeiros para cargos de chefia de serviços de saúde e do ensino da Enfermagem que fossem capazes de agir em múltiplos cenários ([Amendoeira, 2006]), sendo enfermeiros a preparar os seus pares embora numa colaboração interdisciplinar. [Amendoeira, 2004] refere que a criação desta Escola foi considerada, com alguma unanimidade, a propulsora da sistematização do conhecimento em Enfermagem, com o contributo ainda que ténue do desenvolvimento de uma postura de investigação, promotor do desenvolvimento da Enfermagem em termos de disciplina científica. Este autor, referencia que neste mesmo ano, o Decreto-Lei 48.116 de 27 de dezembro vem regulamentar a criação da carreira de ensino de Enfermagem.

As Escolas oficiais passam a ser tuteladas pelo Ministério da Saúde e Assistência com autonomia técnica e administrativa, sendo a orientação e fiscalização do ensino exercida

²**Curso de enfermagem geral** - com a duração de três anos, cujas habilitações mínimas exigidas era o 1.º ciclo do liceu;

Curso de auxiliares de enfermagem - com a duração de um ano de ensino técnico e seis meses de estágio, sendo exigida a instrução primária como habilitação mínima;

Curso complementar de enfermagem - com a duração de um ano, para o qual eram exigidas como habilitação mínima o 2.º ciclo do liceu, para além do curso de enfermagem geral e também prática profissional.

pela Direção Geral dos Hospitais, integrando o ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional em 1988, e reconhecida a capacidade a todas as Escolas para lecionar o Curso Superior de Enfermagem ([Chaves, 2012]). Sendo que o seu objetivo era *“proporcionar aos estudantes uma formação polivalente que lhes permita atuar junto do indivíduo, família e comunidade aos três níveis de prevenção, no sentido de participar no diagnóstico e na solução de alguns problemas de saúde, preparando o futuro enfermeiro para ser um agente de mudança numa perspetiva de um Serviço Nacional de Saúde”* ([Chaves, 2012], p.122). O ensino em Enfermagem deixou de ser centrado na doença passando a focar-se na saúde, no indivíduo, na família e na comunidade ([Garcia, 2000]).

Em 1981 foi publicado o [Decreto-Lei, 1981] 305/81 de 12 de Novembro com a finalidade de aprovação da carreira de Enfermagem, com a subsequente definição das três áreas de atuação do Enfermeiro, a saber: prestação de cuidados, administração e docência, assim como os cinco graus da carreira de Enfermagem, a saber: Grau I - Enfermeiro; Grau II - Enfermeiro graduado e enfermeiro monitor; Grau III - Enfermeiro especialista, Enfermeiro-chefe e Enfermeiro assistente; Grau IV: Enfermeiro-supervisor e Enfermeiro-professor; Grau V: Técnico de enfermagem. Este Decreto-lei define também quais as competências inerentes às funções em cada grau.

Em setembro de 1996, foi criado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que regulamenta a profissão de Enfermagem, pelo [Decreto-Lei, 1996] n.º 161/96 de 4 de setembro. Este define as funções autónomas e interdependentes, *“caracterizando-as essencialmente a partir do processo de cuidados em que o cuidado à pessoa é tido como centro de interesse, sendo promotor de uma identidade socioprofissional dos enfermeiros”* ([Amendoeira, 2006], p.124). Dois anos depois, em Abril de 1998, é criada a Ordem dos Enfermeiros (OE), regulada pelo [Decreto-lei, 1998] n.º 104/98 de 21 de Abril que promove a *“regulamentação e disciplina da prática de Enfermagem”*. Mais tarde foram publicados os Estatutos da OE que consagram o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (CDOE)([Ordem dos Enfermeiros, 2012],[Amendoeira, 2006]).

Em 2002, foi publicado o documento Nursing’s Agenda for the Future pela American Nurses Association (ANA), que estabelecia como prioridade o reconhecimento e a valorização dos cuidados de Enfermagem dentro do Sistema de Saúde ([Amaral, 2012]).

Em 2009 foram efetuadas novas alterações à carreira de Enfermagem especificadas no [Decreto-Lei, 2009] n.º 248/2009 de 22 de setembro, onde é definido o regime da carreira especial de Enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. A principal alteração foca-se na extinção da ramificação da carreira para passar a ser pluricategorial, composta apenas por Enfermeiro e Enfermeiro principal.

[Amendoeira, 2006] refere que a Enfermagem é hoje uma disciplina com conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados. Os progressos tecnológicos no campo

da saúde têm sido grandes. A complexidade dos cuidados de Enfermagem aumenta, a sociedade modifica-se, a saúde é percebida de uma forma holística. O grupo socioprofissional dos enfermeiros portugueses tem acompanhado esta evolução pelo que se instituiu um grupo de elevado nível de competência, quer no domínio técnico, científico, quer relacional e ético. Após um longo percurso, a Enfermagem é hoje indiscutivelmente um corpo de saberes com uma autonomia e um método de ensino-aprendizagem predisposto naturalmente a responder com elevada eficácia aos novos desafios da atualidade ([Chaves, 2012]).

[Pires, 2009] menciona que a Enfermagem enquanto disciplina do âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado culturalmente congruentes, tecnicamente competentes, moralmente aceitáveis e que contribuam para preservação da vida em sua plenitude nas diversas situações do processo de viver humano. No entanto, essa produção tem desafios científicos e políticos, destacando-se os limites disciplinares para dar conta da complexidade da vida em sociedade. [Barreira e Baptista, 2003] defendem que uma das maiores contribuições da História da Enfermagem é a formação crítico-reflexiva destes profissionais, capazes de pensar na Enfermagem inserida num campo de forças dinâmicas e contraditórias, que é passado, é presente e é também futuro.

Assim, a diferente caracterização dos estudantes de Enfermagem que recorrem ao Ensino Superior levou a que as instituições diversificassem as suas ofertas de formação: novos cursos de mestrado, doutoramento, de especialização de curta duração. Estes devem ser instigados para serem mais autónomos no seu processo de aprendizagem ao longo da vida, tendo em conta os aspetos de continuidade, transversalidade e transferibilidade de competências ([Chaves, 2007], [Santos, 2008]).

3.2 As Ciências Forenses

3.2.1 Enquadramento Histórico Das Ciências Forenses

As raízes das Ciências Forenses remontam na história até ao Antigo Egipto, que desenvolveu um sistema legal e judicial sendo depois adaptado pelos Gregos e pelos Romanos. Este sistema tinha, por base, leis que decretavam o “certo” e o “errado”, estando todos sob a alçada deste sistema, em igual por direito. Os alegados atos criminosos eram investigados antes de ser lida a sentença final ([Bader e Gabriel, 2010]).

Por sua vez, o povo Grego, seguindo também os ensinamentos de Aristóteles, resolvia os casos criminais com a aplicação de Leis, por Juízes, num Tribunal ([Bader e Gabriel, 2010]).

Durante a Época dos Romanos, uma acusação criminal significava apresentar o caso publicamente a um grupo de indivíduos no fórum (tribunal), a fim de alcançar a Justiça Social. O debate público era erigido entre a acusação e a defesa do arguido, representação

legal ainda em vigor nos dias de hoje ([Lynch, 2006]). A palavra forense vem do Latim *forum* que significa “mercado, local aberto, área pública”, aparentemente relacionada a *foris* que significa “fora” porque muitas vezes se situava no exterior do recinto de uma cidade. Ali, eram feitos julgamentos, de onde vem a aplicação de foro como “relativo aos tribunais e à Justiça”. Um dos exemplos mais clássicos nesta época pode-se encontrar numa das primeiras menções em relação à aplicação de conhecimentos médicos às questões legais. Na época da “res-pública” ou República Romana, anterior ao Império, o médico *Antistius*, por volta do ano 44 a.C., realizou o que se considera uma das primeiras autópsias com fins forenses: visava determinar qual das 23 facadas, de que padeceu Júlio César em pleno Senado, foi a que lhe provocou derradeiramente a morte [Silva, 2010]).

No ano de 1248, o advogado Chinês Sung Tz’u escreveu, provavelmente, o primeiro livro forense publicado, intitulado: “*The Washing Away Of Wrongs*” proporcionando alguns conselhos que ainda hoje são úteis, incluindo aspetos sobre a identificação de estrangulamento por danos na cartilagem do pescoço, permitindo distingui-lo do afogamento, morte acidental ou não [Silva, 2010].

Um pouco por toda a Europa, os médicos-cirurgiões dos exércitos iniciaram a recolha de dados importantes sobre a morte violenta provocada pelos ferimentos sofridos na guerra. Um destes exemplos é Ambroise Paré, Cirurgião do exército Francês, que estudou e publicou em 1575 uma obra que relatava de forma sistemática os efeitos da morte violenta nos órgãos internos, e Juan Frago, Médico Espanhol, que publicou uma obra, em 1581, onde comentava de forma ampla e cuidadosa a relação entre determinados tipos de lesões e a morte [Silva, 2010].

No Século XVIII, o Médico Francês Antoine Louis, dedicou-se à identificação da causa da morte e como distinguir o homicídio do suicídio.

No ano de 1813 Orfila publicou o “*Traite de Poisons or Toxicologie Generale*” e os seus ensinamentos não tardaram a ser utilizados para a deteção de venenos em casos criminais.

No ano de 1892, Francis Galton publicou “*Fingerprints*” tendo sido a primeira evidência estatística que revelou a individualidade das impressões digitais humanas.

No início do Século XX, *Edmund Locard*, Médico e Jurista Francês, estabeleceu um laboratório forense em *Lyon*. Locard era fascinado com o que ele denominava de “*problem of dust*” em como usar os vestígios para resolver crimes. Ele propõe um conceito conhecido como “*Locard’s Theory*” ou “*Locard Exchange principle*” em Português o “Princípio de Locard” ou o “*princípio das trocas*” que afirma que “*todo o contacto deixa vestígios*” e sempre que um alegado autor de um crime entra em contacto com uma vítima, um objeto ou a cena de crime, ele vai deixar para trás vestígios, assim como também irá levar consigo vestígios ([Oliveira, 2010]).

Apenas no século XX é que emergiram oficialmente as Ciências Forenses [Gomes, 2014]). O termo forense passou a referir-se especificamente à profissão e ao estudo dos debates públicos, sendo agora, largamente associado ao campo científico que muitos dicionários passaram a equacionar a palavra forense como Ciências Forenses ([Lynch, 2006]). Esta nova definição evolui a partir da aplicação de duas vertentes - como elemento de prova legal e como uma categoria de apresentação pública, referindo-se a aplicação de um amplo espectro da Ciência no intuito de esclarecer questões de interesse para os Tribunais. Neste século, as Ciências Forenses cresceram exponencialmente com o progresso científico e tecnológico nas áreas da Microscopia, Radiologia e pelas técnicas avançadas de análise.

Estas proporcionaram o desenvolvimento de vários instrumentos e técnicas como a análise de Ácido Desoxirribonucleico ADN, de impressões de pegadas, de impressões digitais, e interpretação geométrica dos padrões de manchas de sangue, *modus operandi* (MO³), e preservação de vestígios biológicos ([Lynch, 2006]).

Vários foram os que moldaram e deram corpo aos estudos cujos contributos são inestimáveis nas áreas relacionadas com a Dactiloscopia, Biologia Celular, técnicas laboratoriais, Balística, Toxicologia, identificação forense, Antropologia Física, entre outras ([Silva, 2010]) e que por isso contribuíram muito para a evolução das Ciências Forenses até aos dias de hoje.

Deste modo, as Ciências Forenses dedicam-se tanto à criminalidade como à segurança da Saúde Pública regidas dentro da sua multidisciplinariedade científica e *praxis*.

Esta multidisciplinariedade assenta na aplicabilidade do conhecimento científico de múltiplas Ciências como a Antropologia, a Odontologia, a Entomologia, a Patologia, a Toxicologia, a Genética, a Balística, a Criminalística, entre outras, às Ciências Forenses para responder aos quesitos do sistema legal vigente, respondendo aos 5 W's, questões base do processo de investigação criminal “*who?, what?, where?, when? and how?*”, em Português, “Quem?”, “O quê?”, “Onde?”, “Quando?” e “Como?” ([Okoye, 2010]). [Viegas, 2014] acrescenta as questões “Porquê?” – Qual o motivo, e “Com o quê?” – meios e objetos utilizados no crime.

³*Modus operandi* (MO) – Os criminosos tendem a repetir o seu comportamento e certos comportamentos tornam-se na sua “assinatura”, ou seja no seu método de actuar. ([Okoye, 2010]). Um criminoso desenvolve um *Modus Operandi* (MO) a partir de tentativa erro e passa a usar este MO quando este permite atingir os seus objetivos. Mas o MO pode mudar à medida que o criminoso ganha mais experiência e confiança ([Safarik e Ressler, 2006]).

3.2.2 Exame ao Local do Crime

[Okoye, 2010] refere que o exame do local do crime é normalmente o ponto de partida para o tratamento eficaz dos vestígios físicos tanto por cientistas ou especialistas forenses, assim como posteriormente em laboratório forense.

Segundo [Viegas, 2014] o exame ao local do crime é uma das áreas das Ciências Forenses que assenta essencialmente num ato contínuo de interpretação da natureza técnico-científico dos vestígios.

É a partir da identificação e posterior leitura da localização, formato e enquadramento dos vestígios que se efetuam as interpretações que permitem explicar os acontecimentos ocorridos e recolher os vestígios com potencial valor probatório.

Cada local do crime é único e por isso um correto exame a este não significa recolher todos os possíveis vestígios existentes no mesmo, mas sim apenas os que possam ter real valor probatório. [Okoye, 2010] acrescenta que um exame do local do crime bem-sucedido e de alta qualidade é um processo simples, metódico e sistemático, pois segue um conjunto de princípios e de procedimentos que inclui identificação de vestígios físicos, documentação, recolha adequada, armazenamento, preservação e reconstrução da cena do crime. Assim, os objetivos de qualquer exame do local do crime são identificar, preservar, recolher, interpretar e reconstruir todos os vestígios obtidos no local que são relevantes para a investigação criminal.

O local do crime pode ser classificado de acordo com: a sua localização; o seu tamanho; o tipo de crime; e o tipo de comportamento criminal. O local do crime deve ser constantemente avaliado e a sua área definida. Este exame pode proporcionar informação sobre o *corpus delicti*⁴ do crime, sobre o *modus operandi*, estabelecer uma ligação entre pessoas, locais ou objetos, corroborar testemunhos, identificação de suspeitos, identificar substâncias desconhecidas e reconstituir o crime.

Em Portugal, segundo [Viegas, 2014] o exame ao local do crime é efetuado no âmbito da inspeção Judiciária, através de uma abordagem ao mesmo por intervenientes com tarefas diversas para a sua execução. Assim, cabe ao elemento da investigação criminal, os Órgãos de Polícia Criminal (OPC) competentes para a investigação em causa designado por gestor do local do crime, dirigir a equipa no terreno, definindo quais os objetivos do trabalho e quais as tarefas a realizar por cada um dos intervenientes, sempre de acordo com a especialização dos mesmos e a sua independência técnico-científica.

Apesar das particularidades de cada local do crime a abordagem a adotar durante o seu exame deve seguir algumas diretrizes gerais. Segundo [Okoye, 2010] a primeira

⁴*Corpus delicti* – Todos os fatos essenciais da investigação, como vestígios físicos, padrão dos vestígios, e exame laboratorial destes.

etapa consiste na gestão do local do crime no que concerne à equipa multidisciplinar de investigadores combinados com técnicas e procedimentos para reconhecer vestígios físicos, registar e testemunhar.

Os principais componentes interrelacionais desta etapa, que nunca devem ser negligenciados, são a gestão da informação, a gestão da equipa multidisciplinar, a gestão da tecnologia e por último a gestão logística.

Segundo [Bear, 2006] esta etapa inclui uma preparação eficiente dos seus intervenientes mesmo antes da notificação do crime, porque a rapidez de resposta é fundamental para a descoberta, segurança, recolha e preservação dos vestígios e a manutenção do material e equipamento essencial à investigação. Devem ser priorizados os esforços para explorar tecnologia emergente na área da fotografia, métodos de proteção/segurança do local do crime, fontes de luz alternativas, métodos de investigação e colheita de vestígios, *software* computadorizados de reconstrução do local do crime, métodos avançados de medição e de armazenamento e métodos e equipamentos de documentação.

A etapa seguinte refere-se à comunicação inicial e deslocação para o local do crime. Os primeiros elementos a abordar uma cena de crime são normalmente os OPC's, Bombeiros ou equipas de Emergência. São estes elementos que se deparam pela primeira vez com o local do crime e por isso as suas ações são determinantes para o sucesso da investigação criminal. Estes devem exercer o seu dever profissional sem nunca esquecer que são eles que iniciam o processo que estabelece a ligação entre a tríade vítima, suspeito do crime e local do crime, sem nunca a quebrarem ([Okoye, 2010]).

Esta etapa deve ocorrer em um período muito curto de tempo, numa viatura antecipadamente bem equipada. Segundo [Viegas, 2014], atualmente em Portugal, estas viaturas devem encontrar-se equipadas com material similar em qualquer tipo de crime. À chegada ao local a segurança deve ser de imediato estabelecida.

Para tal, o princípio de *Locard*, institui-se a base para correlacionar os vestígios físicos encontrados na vítima, no suspeito e no local do crime, uma vez que este preconiza que qualquer presença no local do crime pode alterar ou mudar o local e os seus vestígios, por isso o acesso ao local do crime deve ser restrito ([Okoye, 2010]). Segundo [Bear, 2006] deve-se adotar medidas de segurança no que concerne às influências do meio ambiente, às condições climáticas ou à presença de animais. Também a presença de equipas de Emergência deve ser analisada na medida em que estas podem utilizar material que coloque em risco a viabilidade dos vestígios, devendo por isso trabalhar-se em coordenação e cooperação com equipas de investigação criminal para minimizar a destruição dos vestígios.

Nesta etapa do exame ao local do crime, deverá proceder-se a uma abordagem preliminar de avaliação do local, balizando o local do crime, isto é, com o estabe-

lecimento de múltiplos níveis de segurança. Nível ou zona 1, a branco, delimita a aproximação máxima dos meios de comunicação social e cidadão comum (do público em geral) ao local do crime; Nível ou zona 2, a amarelo, zona intermédia, que se institui como uma base logística para a movimentação de meios materiais de maiores dimensões, normalmente para locais de crime de complexidade elevada (como atentado de natureza terrorista); Nível ou zona 3, a vermelho, é a zona central ou principal do local do crime, designada por zona primária, quase sempre correspondente ao local onde ocorreu o crime, zona onde se encontram os vestígios de maior valor probatório ([Okoye, 2010]; [Viegas, 2014]). Quando existe um cadáver no local do crime, o mesmo deve ser delimitado como zona 4, para uma correta interpretação dos acontecimentos ocorridos e adequada valoração dos vestígios a recolher ([Viegas, 2014]).

Após estabelecida a segurança do local do crime preconiza-se que se deva proceder à procura do alegado suspeito do crime, ou outros indivíduos que possam ser potencialmente perigosos colocando em risco o local do crime. Estes devem também por isso ser alvo de busca e detenção. Também a segurança da vítima e/ou testemunhas oculares devem ser estabelecidas, procedendo-se à sua identificação apropriada, e obtenção de informação pertinente sobre o alegado crime. Esta informação poderá guiar a investigação criminal direcionando-a para a análise dos elementos que carecem de atenção prioritária e particularizada ainda no local do crime ([Bear, 2006]. [Viegas, 2014] refere que logo que possível, nesta primeira abordagem, o Órgãos de Policia Criminal (OPC) deve recolher o máximo de informação possível para obter uma noção mínima dos fatos ocorridos e das necessidades desse OPC para um equipamento forense mais adequado. Após esta abordagem preliminar deverá proceder-se à pesquisa, identificação, referenciação, interpretação e recolha de vestígios no interior do local do crime, já visualizados e que estejam em risco de serem perdidos.

Para tal deverá adotar o método de pesquisa do local mais adequado segundo [James et al., 2014] descrito no livro *“Forensic Science: An Introduction to Scientific and Investigative Techniques”*⁵.

Segundo [Okoye, 2010] esta pesquisa deverá ser sempre acompanhada pela sua documentação adequada. A documentação é considerada um dos passos mais importantes

⁵**Método em Linha reta** – Em locais de grande dimensão e ao ar livre; requer um coordenador de pesquisa e pode usar voluntários que requerem instruções preliminares.

Método em grelha – Método da linha reta modificado, muito eficaz, mas consome muito tempo.

Método em espiral – Usado em locais de crime com barreiras físicas (por exemplo, percursos naturais de água); requer a definição de um padrão regular de busca com diâmetros fixos; aplicações limitadas.

Método por zonas – Usado em locais com zonas ou áreas bem definidas; eficaz no interior de edifícios; cada equipa tem uma pequena área de busca; pode ser combinado com outros métodos; útil em mandatos de busca.

Método de ligação – É o mais comum e produtivo; um determinado vestígio leva a outro; lógico, experimental e sistemático; usado em locais interiores e exteriores, de grandes ou pequenas dimensões.

Método em roda ou raio – Usado em ocasiões especiais como adjuvantes a outros métodos em locais exteriores; aplicações limitadas; usado em locais pequenos ou circulares.

no processamento do local do crime. O seu objetivo consiste no registo permanente das condições do local do crime e dos vestígios físicos. Deve por isso ser realizada de forma sistemática, organizada e objetiva.

As quatro tarefas principais da documentação consistem em: (i) aquisição de notas, efetuadas durante a investigação do local do crime e a considerar para responder aos 5 W's/ 7 Questões (referidas anteriormente), assim como informação específica como data, hora, métodos utilizados, informação recebida, descrição da cena, descrição da vítima e da equipa de investigação do local; (ii) videografia, devido à sua imagem 3 Dimensões 3D consiste num método vantajoso de colheita e armazenamento de informação visual, esta não pode incluir a equipa da investigação, narrações ou discussões relativas ao local do crime; (iii) fotografia, providencia um verdadeiro e preciso registo em imagens do local e dos vestígios, devendo estar sempre presente uma escala e ser contextualizadas no tempo e no espaço (hora, data, incluindo número da fotografia, e breve descrição); (iv) desenho do local do crime, o seu principal objetivo é localizar e documentar a localização dos vestígios no local do crime, e não registar *per si* o vestígio, sendo realizado após a identificação de todos os vestígios.

Segundo [Viegas, 2014], se no local do crime estiver presente um cadáver (zona 4), deverá iniciar-se pelo exame do seu hábito externo⁶ uma vez que este fornecerá informações essenciais para o exame do local do crime.

Os vestígios existentes no cadáver e que estão em risco de serem perdidos ou danificados deverão de imediato ser recolhidos de forma adequada, acautelando-se os que possam existir na zona subungueal dos dedos, através da colocação de sacos de papel a proteger as mãos do mesmo.

O cadáver deve ser minuciosamente fotografado, efetuando-se fotografias de índole geral, enquadramento e pormenor, quer dos vestígios a recolher, das lesões, livores cadavéricos⁷, tatuagens, sinais particulares, entre outros ([Viegas, 2014]).

Depois poderá proceder-se à pesquisa dos vestígios com potencial interesse forense em toda a extensão do local do crime e segundo [Bear, 2006] a localização exata do

⁶**Exame do hábito externo** – Identificação das lesões existentes no cadáver e dos locais onde as mesmas se situam para que a partir delas se possa concluir sobre o tipo de arma utilizado para o cometimento das mesmas e se efetue uma correlação entre os vestígios e as lesões existentes no cadáver. Isto é, por exemplo, se os padrões e a quantidade de sangue existentes no local estão em consonância com as lesões existentes no cadáver[Viegas, 2014].

⁷**Livor cadavérico** – É um fenómeno que ocorre após a morte, em que o sangue se mobiliza no interior do corpo por ação da gravidade. O sangue pode assumir uma posição fixa em cerca de 8-10 horas em determinadas zonas do corpo. Antes da fixação, o sangue vai redistribuir-se para um novo local se o corpo é movido. A cor natural dos livores é roxa. No entanto a cor vermelha pode surgir e esta pode ser causada pelo frio, cianeto, e monóxido de carbono ([Dix, 2000]). Segundo [Wyatt et al., 2011] após o estabelecimento dos livores (18-24 horas) podemos equacionar a possibilidade de o corpo ter sido movido após a morte e aí inferir quanto ao local do crime.

vestígio deve ser devidamente identificada para que os restantes elementos da equipa tomem conhecimento deste adotando as devidas precauções de proteção, colocando por exemplo bandeiras vermelhas.

Assim, deverá adotar-se uma abordagem metódica onde serão referenciados numericamente todos os vestígios que sejam visíveis a olho nu, luz natural ou artificial, fonte de luz forense com uma forte luz branca, que irá ser refletida em determinados ângulos dos objetos, facilitando a sua visualização ([Bear, 2006]). Segundo [Viegas, 2014] deverão também ser efetuados ensaios indicadores de confirmação (por exemplo, nas manchas que se suspeita serem de natureza hemática deve ser sempre efetuado um ensaio indicador da presença de sangue como o Teste de Kastle-Meyer⁸ para sangue seco).

Seguidamente deverá proceder-se à pesquisa de vestígios que não são visíveis a olho nu. Para tal, os princípios/procedimentos referidos anteriormente deverão ser mantidos/efetuados, com a particularidade do uso de comprimentos de onda na fonte de luz (fontes alternativas de luz), que irão permitir luminescência e contraste, podendo assim visualizá-los e referenciá-los. Esta pesquisa exaustiva deve ser realizada antes da recolha e armazenamento.

[Viegas, 2014] refere que após a referenciação e identificação dos vestígios, pela posição no local do crime e do seu formato, deverá proceder-se a uma interpretação dos acontecimentos ocorridos dando depois início à sua recolha. Os procedimentos a adotar para a recolha e armazenamento dos vestígios depende em grande parte da natureza/características dos mesmos e da necessidade de preservar eventuais contaminações e degradação. De notar que os vestígios de natureza lofoscópica devem ser os últimos a ser pesquisados, identificados, referenciados e recolhidos, já depois dos restantes terem sido armazenados, uma vez que por não serem visíveis a olhos nu, é necessário utilizar pós de aderência para o seu contraste dependendo do tipo de material de suporte, que devido às suas características físico-químicas podem contaminar, degradar ou inviabilizar futuras perícias laboratoriais.

Esta pesquisa deve ser realizada nos locais suscetíveis de terem sido tocados por todos os intervenientes no ato criminal (vítima, criminoso, entre outros). Este é um trabalho laborioso e exaustivo que deve sempre estar sob a alçada de uma coordenação especializada e experiente, dotada de conhecimento científico na área das Ciências Forenses, pelo que os elementos que executam o exame do local do crime devem manter contacto permanente com o gestor do local do crime, para otimizar esforços, mantendo uma abordagem sistematizada e organizada ([Viegas, 2014]).

⁸**Teste Kastle-Meyer** – Permite estabelecer uma relação positiva entre as manchas vermelhas encontradas na cena do crime identificando-as como sangue. Este teste tem a sensibilidade de 1/1 000 000, é recorrentemente usado porque é de baixo custo económico, de fácil execução e fornece resultados rápidos ([Chemello, 2007]).

Por último, segundo [Okoye, 2010], precede-se à reconstituição do local do crime, que consiste no processo de determinação ou eliminação dos eventos que ocorreram no local do crime ao analisar os dados recolhidos durante o seu exame (visão global do local do crime, localização e posição dos vestígios físicos encontrados e análise laboratorial dos mesmos). Esta etapa requer uma investigação científica do local do crime, interpretação do padrão dos vestígios no local, testes laboratoriais, análise de testemunhos, declarações e estudo sistemático de informação de casos relacionados, sendo por último elaborada uma teoria lógica explicativa dos eventos ocorridos no local do crime.

A pesquisa de vestígios relacionados com o local do crime não se restringe apenas a este, pelo que será necessária a articulação com outros intervenientes não presentes no exame do local do crime, tais como bombeiros, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), hospitais, etc., pois como referido por [Viegas, 2014], estes podem e devem adotar medidas procedimentais no intuito de preservar possíveis vestígios com potencial valor probatório.

Em Portugal, segundo o mesmo autor:

“julga-se ser de importância acrescida o melhoramento da articulação entre os diversos intervenientes no referido exame, com uma clara definição das competências de cada um e a implementação de mecanismos que permitam o crescimento e a adequada implementação de outras especializações, atualmente quase inexistente, sendo a Enfermagem Forense uma das mais importantes a cimentar, para que a qualidade da inspeção Judiciária atinja patamares superiores aos atualmente existentes e a qualidade da justiça criminal se efetue cada vez mais suportadas na prova material dos fatos.” (p.168).

De notar que, segundo [Darnell, 2011] em contexto clínico é importante reconhecer que o utente pode vir a ser considerado como local do crime e que os vestígios encontrados neste, devem ser colhidos de um modo abrangente e sistemático sem comprometer os cuidados imediatos à sua saúde.

3.2.3 Lesão Corporal

A compreensão das múltiplas características das lesões corporais deve ser meticolosamente estudada para poder ser possível prever o tipo do mecanismo de força que as causou. Em alguns casos, no âmbito forense, isto inclui um instrumento ou arma específica ([Besant-Matthews, 2006]). Quando equacionamos as lesões corporais em âmbito forense, estas são definidas por [França, 2008], p.1 como *“vestígios deixados pela ação da energia externa ou agente vulnerante, que podem ser fugazes, temporárias ou permanentes, podendo ser superficiais ou profundas”*.

Numa perspetiva médica, a habilidade para distinguir os vários tipos de lesões é extremamente importante porque providencia importante informação sobre o nexo de

causalidade⁹ e em alguns casos poderá determinar o tratamento. Para tal a distinção entre lesões contundentes e cortantes é perentória.

As lesões contundentes podem subdividir-se em lesões do tipo abrasões, contusões, lacerações e fraturas, e as cortantes em lesões incisivas e lesões perfurantes ([Besant-Matthews, 2006]; [Bader e Gabriel, 2010]). Uma terceira classificação, as lesões perfuro-contundentes (características das armas de fogo), destaca-se das anteriores por apresentar em simultâneo, características contundentes (abrasão, laceração e contusão) e perfurantes ([Bader e Gabriel, 2010]).

De notar que, segundo [Besant-Matthews, 2006], o padrão das lesões reveste-se também de extrema importância, e este é definido como “*a combinação entre a distribuição externa e interna das lesões que sugere a etiologia do mecanismo ou sequência dos eventos, distinguindo lesões provocadas que ocorreram num período de tempo daquelas provocadas em simultâneo*” (p.292).

Um padrão de lesões pode indicar abuso perpetuado no tempo enquanto um único incidente é geralmente associado a lesões não intencionais. Estas poderão indicar características ou a configuração do objeto ou superfície que as produziu. [McDonough, 2006] acrescenta que o padrão das lesões representa a forma do objeto que as causou sendo importante a sua documentação seja por fotografia, imagem digital, desenho, e/ou efetuar um traçado/demarcção sobre uma película de plástico, que poderá ser útil mesmo anos após a ocorrência do evento traumático.

Segundo [Pollak e Saukko, 2000] o termo “*lesão contundente*” pode ser definido como lesão ou dano corporal provocado por uma força mecânica aplicada pelo impacto de um objeto em movimento ou pelo movimento do corpo contra uma superfície dura. Em ambos os mecanismos ocorre transferência de energia cinética suficiente para provocar lesão (principalmente por compressão, torção ou forças de cisalhamento).

[McDonough, 2006] refere que a aplicação da mesma força com a mesma direção e magnitude pode não provocar o mesmo tipo de lesão em pessoas diferentes. Fatores como a idade e funcionalidade do sistema imunitário, doenças da pele, infeções ou cancro podem modificar a capacidade dos tecidos para reter as forças do impacto.

As abrasões, segundo [Pollak e Saukko, 2000], são lesões superficiais do tecido cutâneo caracterizadas por perda traumática ou destruição da epiderme, maioritariamente

⁹**Nexo de causalidade** – [Ferreira, 2000] refere Vaz Serra, que em 1959, define nexo de causalidade como “*imputação do dano ao fato*”. Pelo princípio da causalidade, a toda causa corresponde um efeito, isto conforme as leis naturais, na sua infalibilidade. Já para o universo jurídico, este “*nexo de causalidade*” permite que de uma causa determinada não corresponda um efeito determinado, salvo se através do nexo de causalidade resultar provada a relação de causa e efeito. Acrescenta também que com o nexo de causalidade se pode estabelecer um elo entre o evento danoso e o autor. Em termos científicos este designa-se por meio de conhecimento “*in casu*”, meio para conhecer o autor do dano, a culpa, o dano, a ilicitude, o prejuízo causado a outrem ([Ferreira, 2000]).

causadas por forças de fricção. Existem dois tipos de abrasões, as abrasões tangenciais¹⁰ e as abrasões de pressão¹¹. De notar que as abrasões podem surgir em simultâneo com contusões e lacerações, porque as forças que as provocam podem também distorcer os tecidos subjacentes levando à rutura de vasos sanguíneos ([Besant-Matthews, 2006]).

[Pollak e Saukko, 2000] (p.316) definem as contusões como “*extravasamento de sangue em tecidos moles, originado pela rutura de vasos sanguíneos como resultado de uma força contundente*”. [Besant-Matthews, 2006] refere ainda que a força de impacto pode provocar a distorção dos tecidos levando a hemorragia pela rutura de um ou mais vasos sanguíneos, provocando hematoma¹² que pode ser visível como contusão em qualquer tecido, incluindo a pele, cérebro, pulmões ou fígado. Estas lesões podem ser divididas em contusões intradérmicas¹³ e contusões subcutâneas¹⁴.

Geralmente as contusões impõem-se como sinal de vitalidade indicando que a lesão foi provocada *antemortem*. Numa pessoa viva, estas lesões ao longo do processo de cura passam por uma evolução cromática temporal, explicada por fenómenos de degradação química da hemoglobina de hemácias, em outros pigmentos como hemossiderina, biliverdina e bilirrubina. Esta evolução cromática normalmente ocorrerá num intervalo de dias (fator dependente da idade, localização no corpo, extensão da contusão, etc.), sendo que inicialmente podem apresentar uma cor azul-arroxeadas, seguida pelas cores verde-amarelado até desaparecer ([Pollak e Saukko, 2000]).

No entanto [Besant-Matthews, 2006] refere que a estimativa da idade das contusões persiste como uma temática controversa entre diversos autores. A estimativa pela cor ou aparência é um processo difícil tanto ante como postmortem, tanto macro como microscopicamente, pelo que na documentação destas lesões é essencial manter uma

¹⁰**Abrasões tangenciais** - Referem-se às lesões provocadas por forças de fricção laterais destacando camadas superficiais da pele (por exemplo, escorregar por uma superfície rugosa e dura). A direção do impacto de uma abrasão recente, por vezes, pode ser determinada pela presença de vestígios epidérmicos numa das extremidades desta. Mais tarde, nesta lesão o fluido dos tecidos seca formando uma crosta acastanhada. As abrasões provocadas em cadáveres recentes assumirão uma aparência do tipo couro (tipo “*pergaminho*”) com coloração amarela-acastanhada ([Pollak e Saukko, 2000]). Estas lesões não evidenciarão sinais de vitalidade, isto é, eritema ou edema ([McDonough, 2006]).

¹¹**Abrasões por pressão** – Referem-se às lesões provocadas por forças laterais de impacto no tecido cutâneo. Nestes casos o objeto que provocou a lesão pode ser determinado pela forma da lesão, assim o padrão da lesão pode ser considerado como uma impressão do objeto em causa ([Pollak e Saukko, 2000]).

¹²**Hematoma** - Coleção de sangue (do sufixo grego “*oma*” que significa edema ou tumor). A importância de um verdadeiro hematoma reside no fato de que este irá ser absorvido num período mais longo, pelo que poderá ser usado como amostra toxicológica *postmortem*, pois poderá ser colhido como uma unidade ([McDonough, 2006]).

¹³**Contusões intradérmicas** – Neste tipo de lesões a hemorragia está localizada diretamente por baixo da epiderme. Este tipo de contusão normalmente surge como uma lesão bem definida e de cor vermelha. Esta lesão pode refletir a superfície do objeto de impacto (assumindo um padrão de lesões), isto é, o tecido cutâneo que é “*esmagado*” nos sulcos, irá evidenciar hemorragia intradérmica, enquanto o tecido cutâneo exposto a áreas de relevo permanecerá pálido ([Pollak e Saukko, 2000]).

¹⁴**Contusões subcutâneas** – Neste tipo de lesões normalmente não ocorre a formação de padrões. No entanto, se o objeto que as provocou for cilíndrico e longo, por exemplo cabo de vassoura, hastes ou bastões, cada golpe deixará uma “*marca*” do tipo hematoma de dupla linha paralela linear, com uma zona intermédia sem lesão ([Pollak e Saukko, 2000]).

atitude prudente e séptica, registrando o tamanho, a sua aparência e cor, em vez de se proceder à estimativa da idade da contusão. A localização destas lesões reveste-se de extrema importância, devendo também ser documentada.

Por vezes, pequenas lesões localizadas no pescoço ou nos membros poderão ser o único indício de violência. De facto, é possível estarmos perante uma lesão interna massiva com apenas lesões vestigiais ou mesmo sem nenhuma lesão externa. Assim, [McDonough, 2006] refere que este tipo de lesões pode não indicar diretamente o local exato do impacto, pois se os vasos sanguíneos sofrerem rutura, o sangue extravasado pode dispersar-se pelos tecidos adjacentes e ser afetado pela gravidade.

De notar que, por vezes, as vítimas de violência podem ser examinadas numa fase muito precoce logo após o evento traumático, e estas lesões poderão ainda não ser visíveis pelo que é indicado o uso de fontes de luz alternativa que auxiliam a identificação de tecidos lesionados mesmo antes de surgirem alterações cutâneas cromáticas.

É pertinente efetuar uma reavaliação passado um período de tempo pois é possível que as lesões sejam reveladas, sendo possível documentá-las posteriormente.

Um outro tipo de lesões contundentes é a laceração. Esta é definida por [Pollak e Saukko, 2000] e por [McDonough, 2006] como laceração de tecido cutâneo, de um órgão interno, ou outro tecido (exceto tecido ósseo). Estas lesões surgem com maior frequência em zonas do corpo com tecidos moles sobre uma base óssea (por exemplo, crânio, face, região dorsal das mãos, e joelhos), que atua como base de suporte para o impacto das forças que quando são exercidas sobre a pele, comprimem o tecido subcutâneo, entre o objeto contundente e o osso, provocando a fragmentação do tecido. [Besant-Matthews, 2006] define-as como “*lesões que ocorrem em tecidos moles, resultantes de forças de estiramento, de cisalhamento ou de compressão*” provocados por objetos com superfícies não cortantes, como por exemplo, martelos, bastões, pontapés ou muros. Ocasionalmente este tipo de lesões é confundido com lesões incisivas ou cortantes, pelo que é importante que o investigador criminal seja capaz de efetuar esta distinção pelas suas características, uma vez que poderá aproximar ou afastar a investigação do objeto específico que causou a lesão. Segundo este mesmo autor as típicas lacerações da pele apresentam margens irregulares que podem conter zonas de abrasão ou de contusão, sendo frequente surgir uma incompleta separação das margens do tecido lesionado pela presença de, por exemplo, pequenos vasos sanguíneos, nervos, ligamentos ou fibras, “*pontes de tecido*” (o que normalmente não ocorre em lesões incisivas). [Pollak e Saukko, 2000] acrescentam que as fissuras destas lesões podem ser lineares (se provocados por objetos com extremidades estreitas), podem ser em forma de Y ou tipo “estrela”. Também uma inspeção criteriosa das lesões poderá fornecer indícios sobre o mecanismo que produziu a lesão, por exemplo, se o objeto de impacto atingir o tecido num ângulo oblíquo, numa das extremidades da lesão o tecido será destacado completamente levando a uma avulsão unilateral sugerindo a direção do impacto,

devendo por isso ser bem documentada. [McDonough, 2006] acrescenta ainda que como verificado nas abrasões também em lacerações é possível determinar o local exato de impacto da força contundente, pela presença de elementos vestigiais pertencentes ao objeto de impacto nos tecidos como vidro, tinta ou fibras, vestígios que devem ser documentados e preservados. Por esta razão, o risco de infecção dos tecidos lesionados é elevado se a vítima sobreviver ao impacto, no entanto a perda sanguínea poderá ser mínima.

Por sua vez, as lacerações em órgãos internos são relativamente comuns podendo resultar de uma força contundente ou impacto aplicado pelo exterior do corpo. Tipicamente estas lesões ocorrem em órgãos como o fígado, baço e rins (órgãos que dilaceram com facilidade se a força for suficiente). Os pulmões podem ser lacerados internamente por fragmentos de costelas após o impacto da força contundente. A ausência de lesões contundentes ou outro tipo de lesão externa não exclui a possibilidade da presença de lesões contundentes internas severas após o impacto, uma vez que segundo a força poderá ser transmitida pelo tecido elástico como a pele e/ou tecido subcutâneo atingindo tecidos parenquimatosos menos resilientes.

A quarta categoria das lesões contundentes mais comuns é a fratura. Esta é definida como *“qualquer rutura da normal anatomia de um tecido ósseo em particular, variando desde uma rutura menor do córtex até à rutura completa do osso com laceração da pele (denominada de fratura exposta)”* ([McDonough, 2006] p.448). Assim, o osso pode fraturar segundo diversas formas de acordo com a qualidade, quantidade e circunstâncias da força de impacto, por exemplo, a fratura transversa clássica ou tipo V dos ossos da perna resultante do impacto de um veículo motorizado em movimento irá diferir da fratura em torção espiral resultante da queda um esquiador ([Besant-Matthews, 2006]). A força necessária para provocar fratura é muito superior às das lesões contundentes referidas anteriormente, no entanto existem ossos que pelo seu reduzido tamanho e espessura e localização são facilmente fraturados, o teto da cavidade orbital, a porção escamosa do osso temporal. Assim, segundo [McDonough, 2006] a resiliência à fratura óssea depende em grande parte da resistência e estado de saúde individual de cada osso, e do movimento, direção e magnitude da força contundente.

Estas lesões com etiologia traumática devem ser distinguidas das fraturas patológicas, pois estas últimas ocorrem espontaneamente sem aplicação direta de uma força, devido à extensa perda de cálcio como no caso da osteoporose ou doenças ósseas de etiologia tumoral.

Frequentemente a cabeça é alvo de lesões em eventos traumáticos que envolvem forças contundentes, como agressões físicas, acidentes de viação ou quedas. As fraturas cranianas são comuns e poderão envolver a abóbada craniana, a base do crânio e ossos faciais. As fraturas lineares, particularmente as do crânio, recorrentemente podem fornecer indícios sobre o local original de impacto da força, pela irradiação das fraturas

lineares do centro para a periferia. De referir ainda que quando uma fratura linear termina abruptamente em outra fratura linear, significará que ocorreu depois desta. Fraturas com depressão craniana podem refletir a forma do objeto que as causou, e ainda conter elementos vestigiais deste objeto em particular nas margens da lesão.

O exame à lesão óssea poderá também dar indícios sobre a direccionalidade da força de impacto. Explorando o exemplo referido anteriormente da fratura transversa clássica ou tipo V dos ossos da perna, particularmente a tíbia, de um pedestre, resultante do impacto de um veículo motorizado em movimento, deve sempre examinar-se, uma vez que lesões cutâneas, subcutâneas ou mesmo musculares poderão estar ausentes no ponto original de impacto (local da extremidade distal do veículo que atinge o pedestre). Uma fratura óssea em forma triangular poderá ser observada ao longo do eixo do osso, sendo que o ápex do triângulo apontará para a direção da força de impacto, contrariamente às abrasões e lacerações, onde o ápex do tecido dissecado apontará na direção oposta da força. Mais uma vez, a direccionalidade da força de impacto poderá auxiliar a confirmação ou a rejeição de uma informação em particular relacionada com o evento traumático ([McDonough, 2006]).

A segunda categoria *major* do tipo de lesões corporais refere-se às lesões cortantes. Segundo [Pounder, 2000], estas lesões resultam do contacto direto entre o corpo e um objeto com arestas afiadas ou extremidades pontiagudas, e as lesões resultantes subdividem-se assim em lesões incisivas (cortes) e em lesões perfurantes (punções). As lesões cortantes podem resultar de uma agressão intencional por outrem, autoinfligida ou acidental. Estas lesões podem resultar de objetos definidos pela Lei n.º 5/2006 de 23 de fevereiro, artigo 2, alínea 1 ([Lei, 2006]) como armas brancas “*Todo o objeto ou instrumento portátil dotado de uma lâmina ou outra superfície cortante ou perfurante de comprimento igual ou superior a 10 cm ou com parte corto-contundente, bem como destinado a lançar lâminas, flechas ou virotões, independentemente das suas dimensões*”. Normalmente este tipo de lesões pode revelar pouco sobre o tipo de arma não deixando vestígios lesionais de valor probatório, no entanto podem estar associadas a manchas de sangue, roupa e local do crime, abrindo a possibilidade para a reconstituição do local do crime através da interpretação do padrão das manchas de sangue. Questões que envolvam a determinação do grau de força utilizada para provocar a lesão, a ordem temporal das diversas lesões, e período de consciência bem como possíveis atividades após a lesão, são comuns, mas difíceis de responder.

As lesões incisivas são caracterizadas por [McDonough, 2006] como sendo mais longas do que profundas, com margens bem definidas e regulares sem abrasão ou contusão, podendo ser provocadas por qualquer objeto que tenha uma extremidade afiada como papel, faca, vidro, lâmina, ou tampa de uma lata, quando é aplicada uma determinada força. Estas lesões podem envolver o tecido cutâneo, subcutâneo ou mesmo o muscular, ocorrendo a dissecação total das margens sem “*pontes de tecido*” comum nas lacerações. De referir que segundo este mesmo autor numa lesão incisiva epitelial numa das extremidades

do corte ocorrerá uma “*cauda*” mais superficial sugerindo o local onde terá terminado o evento, no entanto é muito difícil sugerir a direccionalidade da lesão incisa porque a força poderá ter vindo da esquerda para a direita, ou o perpetrador ser canhoto ou destro, ou a lesão ser infligida pela frente ou por trás da vítima, sendo por isso difícil especular o valor forense destes indícios. Também [Pounder, 2000] refere que pelo exame exclusivo da lesão incisa dificilmente se obterá conclusões de interesse probatório, apenas que esta lesão foi provocada por um objeto com arestas afiadas (de tamanho e comprimento desconhecido) pois normalmente estes não deixam elementos vestigiais nas lesões. No entanto, este objeto irá conter vestígios de sangue e de outros tecidos que poderão ser usados para estabelecer a ligação entre a vítima e a arma, através de ADN *fingerprinting*.

As lesões perfurantes constituem o outro tipo de lesão cortante. De acordo com [McDonough, 2006], estas são caracterizadas por serem produzidas por objetos longos, finos, e tipicamente pontiagudos, como facas, vidros, barras de metal, fragmentos de madeira ou agulhas hipodérmicas. De referir que mesmo objetos com extremidade não pontiaguda com a aplicação de uma força suficientemente intensa poderão provocar lesões perfurantes. Assim, a aparência e dimensão da lesão resultante poderá fornecer informação pertinente sobre o objeto que a provocou. As lesões perfurantes, provocadas por um objeto com lâmina, caracterizam-se por serem mais profundas do que longas. Assim, perante um exame criterioso deverá ser descrito o local de entrada do objeto, referindo um corte com uma extremidade em forma de V e outra extremidade contundente ou em forma quadrada. Estes aspetos refletem a extremidade cortante e a não cortante de um objeto com lâmina única, pelo que a orientação das extremidades das lesões deve sempre ser documentada. A verdadeira natureza das dimensões de lesões perfurantes poderá não ser evidente sem a reaproximação da posição anatómica antes da lesão. Segundo [Besant-Matthews, 2006] este fato é explicado pela presença de fibras elásticas que irão afastar as margens dos tecidos seccionados na lesão, se os cortes forem realizados perpendicularmente às linhas naturais de tensão (linhas de Langer). Caso contrário, os cortes realizados paralelamente a estas linhas têm tendência a fechar e permanecerem pouco disformes.

De notar que segundo [McDonough, 2006] a presença de abrasões nas extremidades de lesões perfurantes poderá indicar a força relativa aplicada na qual o cabo da faca entra em contacto com a pele forçando a roupa contra os tecidos cutâneos ao longo da lesão. No entanto a sua análise forense deve sempre estar associada a outros elementos probatórios como verificado nas lesões incisais. Segundo este mesmo autor a documentação da presença de hemorragia deverá ser efetuada uma vez que lesões perfurantes realizadas *postmortem* não apresentarão perdas sanguíneas. Também a determinação da profundidade da lesão perfurante é importante porque poderá ajudar a determinar o comprimento do objeto perfurante, contudo esta documentação não é precisa pelo que deverá ser utilizada com precaução e apenas como valor estimado. A verdadeira natureza do exame interno dos tecidos lesados em profundidade só poderá ser realizada em autópsia, por um procedimento que envolve a dissecação

gradual camada por camada. Contudo, esta reconstrução não é um processo exato porque tecidos como parênquima pulmonar que colapsam não irão corresponder ao seu tamanho original quando insuflados com ar, para além de que órgãos como o coração e intestinos são móveis, sendo difícil prever a sua localização exata no momento do impacto com o objeto perfurante. A presença da extremidade da lâmina ou de outros elementos pertencentes ao objeto perfurante, que poderão ter-se destacado e alojado em profundidade nos tecidos, deverá ser confirmada pelo que as vítimas deste tipo de lesões deverão ser submetidas a exame de Raio-X, e se possível recuperar estes artefactos, preservando-os e analisando-os como vestígios com potencial valor probatório.

Por último, as lesões perfuro-contundentes são as típicas lesões provocadas por armas de fogo. Segundo a Lei n.º 5/2006 de 23 de fevereiro, artigo 2, alínea o ([Lei, 2006]) entende-se por arma de fogo “*todo o engenho ou mecanismo portátil destinado a provocar a deflagração de uma carga propulsora geradora de uma massa de gases cuja expansão impele um ou mais projéteis*”.

Segundo [Smock, 2000] como consequência do tratamento de lesões provocadas por armas de fogo pela equipa de Emergência, sem a implicação forense inerente a esta categoria de mecanismo de lesão, estas lesões têm sido mal-interpretadas, alterando inadvertidamente as suas características físicas destruindo vestígios críticos a nível forense, no processo de prestação de cuidados de saúde à vítima. Estes problemas podem ser evitados e, para tal, a equipa de Emergência deve possuir as ferramentas e conhecimentos necessários para determinar os seguintes aspetos forenses: distinção entre lesão de entrada versus de saída e distância do disparo (distância entre a extremidade distal do cano arma de fogo e a vítima).

Quando um projétil se desloca a uma velocidade de centenas de metros por segundo possui energia suficientemente elevada para causar mais danos no tecido do que qualquer outro objeto propulsor. Segundo [McDonough, 2006] a chave para provocar dano nos tecidos reside na transferência de energia cinética providenciada pelo movimento de um objeto (o projétil) representada segundo a fórmula $EC = \frac{1}{2}MV^2$ em que EC corresponde a Energia Cinética, M à massa do projétil e V a sua Velocidade. Denoto que se a massa do projétil duplicar, a energia cinética também duplicará, no entanto se a velocidade do projétil duplicar a energia cinética irá quadruplicar e esta velocidade está fortemente relacionada com a quantidade de pólvora disponível e deflagrada para propulsionar o projétil para fora do cano da arma de fogo. Este autor explica resumidamente o mecanismo de lesão provocado por armas de fogo. Após a deflagração de um projétil, este realizará dois tipos de movimento, o de rotação e o de translação. Quando o projétil entra em contacto com o tecido cutâneo ou outro tipo de tecido (passando a designar-se por bala) irá comprimir este, forçando a sua entrada criando um trajeto após superar a elasticidade ou resistência tecidual. Este fenómeno irá provocar uma lesão do tipo abrasão que circunda o local deprimido pela bala na pele (uma laceração). Esta “*abrasão marginal*” é um sinal típico de uma lesão de entrada

da bala. Dependendo da energia cinética, a bala irá progredir pelo corpo provocando lacerações e/ou contusões de tecidos ou mesmo fraturas do osso, transferindo energia cinética aos tecidos adjacentes até parar no interior do corpo (alojando-se nos tecidos) ou mesmo estirando a pele do interior para o exterior do corpo exteriorizar-se (lesão de saída) continuando a sua progressão até parar. Esta lesão de saída é caracterizada por possuir margens irregulares, do tipo “*estrela*” ou lineares, *geralmente* maiores do que as de entrada, e sem a abrasão marginal como verificado na lesão de entrada. No entanto, por vezes as lesões de entrada e de saída podem parecer muito similares dificultando a sua distinção. Segundo [Smock, 2000] o principal motivo pelo qual este tipo de lesões é confundido deve-se ao fato de se partir do princípio de que a lesão de saída é *sempre* maior do que a de entrada. O tamanho de qualquer lesão provocada por uma arma de fogo, seja de entrada ou de saída, é primariamente determinado por cinco variáveis: o tamanho, a forma, a configuração e velocidade da bala no momento do impacto com o tecido, e as características físicas específicas do referido tecido. Se a bala possuir energia cinética suficiente ou estiver fragmentada ou alterada a sua configuração, a lesão de saída que esta gera poderá ser de fato maior do que a de entrada, no entanto se a velocidade de saída da bala for reduzida, a lesão que provocará ao sair poderá apresentar um tamanho igual ou inferior ao de entrada. De referir que se a bala, no seu trajeto no interior do corpo, entrar em contacto com tecido ósseo poderá transportar consigo fragmentos ósseos que irão alterar a configuração (em tamanho e forma) da lesão de saída.

Analisando em pormenor as lesões de entrada, estas podem ser divididas em quatro categorias tendo em conta a distância do disparo: longa distância ou indeterminada; distância intermédia; curta distância; e distância de contacto. Nas lesões de entrada a longa distância, a arma é deflagrada de uma distância suficientemente grande provocando apenas o contacto da bala com a pele. Quando a bala penetra no tecido epitelial irá ocorrer fricção entre estes dois intervenientes, provocando uma abrasão marginal que dependerá do calibre da arma de fogo, do ângulo de impacto da bala e da anatomia do local de impacto. Por sua vez, a presença de uma “*tatuagem*” é um sinal patognomónico de lesão provocada a uma distância intermédia, isto é, a presença de abrasões puntiformes observadas quando o tecido epitelial entra em contacto com partículas de pólvora combusta e incombusta. Esta não pode ser removida e permanecerá visível na pele durante alguns dias. A roupa, cabelo ou outras barreiras intermédias podem prevenir o contacto entre estas partículas de pólvora e a pele. Denotar que este tipo de lesões é raro surgir nas palmas das mãos ou nas solas dos pés devido à sua forte espessura epitelial. A densidade desta tatuagem será diretamente ditada pelo comprimento do cano da arma de fogo, pela distância do disparo, pelo tipo e quantidade de pólvora usado, e pela presença de objetos/barreiras intermediárias entre o projétil e o corpo da vítima. A tatuagem tem sido descrita em casos de distância de disparo variando entre 1 cm a 100 cm. As lesões de entrada de curta distância são normalmente caracterizadas pela presença de uma fuligem à superfície da entrada. Esta fuligem é composta por subprodutos carbonados resultantes da combustão da pólvora e metais vaporizados. Esta surge, normalmente, em distâncias de disparo

inferiores a 10 cm, mas já têm sido reportadas em distâncias variando entre os 20 e 30 cm. A densidade da fuligem irá diminuir à medida que a distância do disparo diminui, sendo que irá depender do tipo de pólvora utilizado, do comprimento do cano da arma de fogo, do calibre da munição e do tipo de arma de fogo utilizado. Nestas lesões, quando observadas em maior pormenor, poderá ser visível a presença de uma tatuagem difundida na fuligem, assim como a presença de pólvora incombusta no local da lesão de entrada. Por último, as lesões de entrada provocadas a uma distância de contacto ocorrem quando a extremidade distal do cano da arma de fogo se encontra em contacto com a roupa ou pele da vítima. Existem dois tipos de lesões por contacto: contacto completo ou incompleto com a pele. Nas lesões em contacto completo com a pele, todo o material expelido pelo cano, incluindo fuligem, gases, pólvora incombusta, fragmentos metálicos, e o projétil são injetados diretamente para o interior da lesão de entrada. Quando estas lesões ocorrem em locais com tecido epitelial fino ou em tecido diretamente sobreponível ao tecido ósseo, os gases quentes da combustão irão provocar a queimadura da pele, que irá estirar e dilacerar. Esta pele lesada poderá adotar uma configuração triangular ou estrelar. Denotar que estas lesões estelares são frequentemente confundidas com lesões de saída (devido ao seu tamanho) no entanto a sua distinção poderá ser facilitada se se tiver presente de que as lesões de saída não possuem a fuligem que as lesões de entrada possuem. A injeção de gases resultantes da combustão de pólvora poderá forçar a compressão da extremidade distal do cano da arma de fogo na pele deixando uma contusão ou abrasão circundando a lesão. Nas lesões de contacto incompleto a fuligem e outros resíduos serão distribuídos pela superfície da epiderme. O tamanho das lesões de entrada provocadas por armas de fogo não tem qualquer relação reprodutível com o calibre do projétil ([Smock, 2000]).

Analisando em pormenor as lesões de saída provocadas por armas de fogo verificamos que estas podem assumir uma grande variedade de formas e configurações, não sendo consistentemente maiores do que as lesões de entrada correspondentes. O tamanho de uma lesão de saída é primariamente definido segundo três variáveis: a quantidade de energia cinética que a bala possui no momento de saída, o tamanho e configuração da bala, e a quantidade de energia transferida para os tecidos adjacentes. As lesões de saída normalmente possuem margens irregulares e as marcas típicas da lesão de entrada estão ausentes (como abrasão marginal, fuligem e tatuagem). No entanto se a pele da vítima for comprimida contra uma superfície dura no momento de saída da bala, a lesão de saída poderá apresentar uma área assimétrica abrasiva ([Smock, 2000]).

3.2.4 Vestígios Forenses de uma Investigação Criminal

“quaisquer que sejam os passos, quaisquer objetos tocados por ele, o que quer que seja que ele deixe, mesmo que inconscientemente, servirá como uma testemunha silenciosa contra ele. Não apenas as suas pegadas ou dedadas, mas o seu cabelo, as fibras das suas calças, os vidros que ele porventura parta, a marca da ferramenta que ele deixe, a tinta que ele arranhe, o sangue ou

sémen que deixe. Tudo isto, e muito mais, carrega um testemunho contra ele. Esta prova não se esquece. É distinta da excitação do momento. Não é ausente como as testemunhas humanas são. Constituem, per si, numa evidência fatural. A evidência física não pode estar errada, não pode cometer perjúrio por si própria, não se pode tornar ausente. Cabe aos humanos, procurá-la, estudá-la e compreendê-la, apenas os humanos podem diminuir o seu valor.” Edmond Locard (cit. por [Couto, 2010], p.14).

Segundo o “princípio de Locard”, sempre que houver contacto entre dois objetos existe uma mútua troca de materiais entre as duas superfícies. Esta teoria providencia as bases para estabelecer uma ligação entre a vítima, o perpetrado e o local do crime. Esta troca pode ser útil durante a investigação das circunstâncias que envolveram o crime ou acidente. Por esta razão os vestígios são designados, por Dr. Edmond Locard, Patologista e criminologista Francês (Lyon, 1877-1966), como “*as testemunhas mudas do crime*” sendo por isso fundamentais e deles poderá depender o sucesso da investigação criminal¹⁵ [Cabelus e Spangler, 2006]

De acordo com [Cristal, 2009] os conceitos de evidência, vestígio, indícios e prova não têm necessariamente o mesmo significado. Este autor sustenta as definições apostoladas por [Espíndula, 2006], assim sendo:

- a Vestígio é todo objeto ou material bruto detetado e/ou recolhido no local do crime para análise posterior;
- b Evidência é o vestígio depois de feitas as análises, onde se constata técnica e cientificamente a sua relação com o crime;
- c Indício é uma expressão, utilizada no meio jurídico, que significa cada uma das informações (periciais ou não) relacionadas com o crime.

Conforme [Ferrari, 2012] refere nos seus textos, a palavra “Indício” tem origem latina: *indicium*, cujo significado é “indicação, revelação, descoberta, sinal, prova”. A palavra “vestígio”, também de origem latina, *vestigium*, significa: rastro, pista, pegada, sinal. No entanto este autor define conceptualmente “vestígio” como “*Qualquer produto de agente ou evento provocador*”. Esta definição torna-se mais abrangente e mais adequada às Ciências Forenses. Desta forma conclui-se que o vestígio é tudo o que está presente no local do crime. Em consonância [Silva, 2006] referem que os vestígios podem ser definidos como material útil para relacionar um determinado crime com

¹⁵**Investigação criminal** - Investigação, do latim “investigationis”, é “Indagação ou pesquisa que se faz buscando, examinando e interrogando; Inquirição de testemunhas”. E investigar, do latim “investigare”, significa “Proceder à investigação de.” ([Dicionário, 2016]). Segundo a Lei da Organização da Investigação criminal ([Lei, 2008]) no artigo I, a investigação criminal compreende “o conjunto de diligências que, nos termos da lei processual penal, se destinam a averiguar a existência de um crime, determinar os seus agentes e a sua responsabilidade e descobrir e recolher as provas, no âmbito do processo”.

um presumível suspeito da prática do mesmo, com uma arma ou um lugar com um crime. O mesmo autor estabelece uma ligação entre o vestígio, a evidência e a prova, descrevendo que uma evidência decorre de um vestígio que após diversas avaliações objetivas mostrou vinculação direta com o evento que é objeto de investigação criminal. A evidência também pode ser chamada de “prova material”. Segundo [Cristal, 2009] a “*prova é o objeto principal da recolha de vestígios*”.

No [Decreto-Lei, 1966] n.º 47344/66, de 25 de Novembro referente ao Código Civil Português (CCP), no Capítulo II secção I artigo 341º, a função da prova é descrita como a “*demonstração da realidade dos factos*”. Também o Decreto-lei nº78/87, de 17 de novembro, aprovando o Código do Processo Penal (CPP) no artigo 124.º referente ao objeto da prova, alínea 1) define o que poderá ser constituído em termos processuais como prova “*Constituem objeto da prova todos os factos juridicamente relevantes para a existência ou inexistência do crime, a punibilidade ou não punibilidade do arguido e a determinação da pena ou da medida de segurança aplicáveis*”. Assim, [Cristal, 2009] afirma que o objetivo da prova é o de clarificar e mostrar, se existe, qual o relacionamento entre o local do crime, com o seu autor e o objeto utilizado, com o propósito de mostrar a verdade do sucedido.

Os vestígios podem ser classificados sob diferentes categorias variando de autor para autor, mas parece haver maior consenso para determinadas classificações. Segundo [Bader e Gabriel, 2010] esta classificação recai sobre os vestígios físicos e os vestígios biológicos. Os vestígios são descritos como qualquer matéria ou material, em qualquer estado físico (sólido, líquido ou gasoso) e que podem ser usados numa determinada situação para determinar os factos reais. Os vestígios físicos são definidos como “*substância não viva de origem inorgânica*”, por exemplo explosivos, impressões digitais, projéteis, cartuchos e balas, fibras de tecido e fotografias. Estes vestígios têm como objetivos: identificar a localização do crime ou da agressão; identificar o instrumento que causou a agressão; confirmar ou refutar o *alibi*¹⁶ ou declaração; correlacionar a presença de um suspeito com o tempo ou data do evento.

Os biológicos são definidos como “*matéria viva de origem orgânica*”, por exemplo sangue e/ou manchas de sangue, ossadas ou fragmentos de ossos, dentes ou marcas de dentadas, plantas ou materiais de origem vegetal, saliva, sémen, urina, fezes, cabelo, insetos. Estes têm como objetivos: identificação de marcadores biológicos específicos para uma particular característica como o sexo, a idade, condição física); identificação de substâncias ingeridas (como drogas e venenos) uma vez que qualquer substância de origem orgânica ou inorgânica tem marcadores químicos que podem ser utilizados para a identificar; estabelecer uma correlação com uma pessoa, lugar ou elemento do crime.

¹⁶ **Alibi** - Do latim que significa “*noutro lugar*” e pode ser definido como “*defesa para uma acusação criminal alegando que o réu não estava no lugar em que a crime foi cometido e por isso não poderia ter sido responsável por isso*” ([Law, 2015]).

Já [Darnell, 2011] classifica os vestígios em duas categorias: *evidência direta e evidência indireta*. Evidência direta é aquela que consegue provar o evento sem deduções ou suposições. Estas são também conhecidas como evidências positivas porque permitem estabelecer uma sólida conexão vinculando os elementos intervenientes uns aos outros. Evidência indireta ou geralmente designada como evidência circunstancial pode permitir estabelecer as circunstâncias dos factos ocorridos, isto é, apenas evidência que algo ocorreu mas não o consegue provar diretamente, derivando apenas de deduções. A conexão entre a dedução e o facto tem de ser muito forte para poder ser usada como prova. No entanto este autor refere que estas categorias podem ser subdivididas em vários tipos de vestígios: físico, verbal, demonstrativa, testemunhal, digital ou eletrónica, e por último comportamental.

Segundo [Magalhães et al., 2013] as evidências forenses podem ser divididas em duas categorias:

- a Evidências diretas: são aquelas que podem estabelecer um facto sem necessidade de recurso a outras investigações; as mais importantes são as declarações de testemunhas ou da vítima, ainda que os depoimentos de ambas possam ser refutados por outro tipo de evidências eventualmente encontradas (e.g. vestígios biológicos associados a estudos de ADN);
- b Evidências circunstanciais: são evidências indiretas, necessitando de ser identificadas e comparadas com uma amostra controlo ou de referência, colhida a partir da vítima, do(a) suspeito(a), da cena do crime e/ou de uma base de dados, o que permitirá encontrar (ou não) uma correspondência entre estas; constituem a maioria das evidências analisadas nos laboratórios forenses, colocando particulares dificuldades em termos de gestão, dada a sua fragilidade e (frequentemente) ínfima quantidade, existindo risco substancial de destruição/perda ou contaminação. Estas podem subdividir-se em duas classes de vestígios: (1) Físicos, que incluem itens de origem não biológica, como impressões digitais, palmares, plantares, labiais, de solas de calçado ou de pneus, entre outras, bem como fibras, tintas, terra, areia, vidro, resíduos de metais, de explosivos ou de disparo de armas de fogo, para além de outros materiais estranhos, e, ainda, lesões figuradas (e.g., marca de mordida); são muito úteis para identificar o local onde o evento se verificou e, por isso, devem ser colhidas quando encontradas; as impressões digitais são provavelmente as de maior valor dentro deste grupo, pela sua capacidade para identificar ou excluir um(a) alegado(a) perpetrador(a); (2) Biológicos, os quais incluem itens de origem biológica, normalmente da vítima ou do(a) perpetrador(a) (e.g. esperma, fluído vaginal, saliva, cabelos ou pelos, pele, sangue, suor, fezes, urina); também itens de origem animal ou botânica, como plantas, pólenes ou madeira, podem ser incluídos neste grupo de vestígios; são geralmente considerados os vestígios mais importantes.

Segundo [Silva, 2006] os vestígios biológicos são de grande importância para a descoberta do autor de um crime, através da sua relação com o local, com a vítima e

em simultâneo entre todos os intervenientes.

A Cadeia de Custódia é uma das condições inerentes à recolha dos vestígios no local do crime, inserida dentro do método científico, sendo fundamental para que a prova pericial satisfaça as necessidades do processo de investigação. Exige, igualmente, uma metodologia que permita efetuar o controlo da confidencialidade e segurança do vestígio, o qual confere uma certificação de qualidade e idoneidade ao processo, sendo fundamental o rigor nas suas diversas etapas. A Cadeia de Custódia apresenta uma relevância extrema nos casos forenses, pois se for quebrada pode pôr em causa toda a prova material, uma vez que uma correta cadeia de custódia preserva os objetos da prova, garantindo a transparência de todo o seu percurso, desde a obtenção e recolha dos vestígios, até os mesmos produzirem prova ([Silva, 2006]). Também a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, [UNODC, 2009]) afirma que a cadeia de custódia é muitas vezes referida como o elo mais fraco da investigação criminal. Refere-se à documentação cronológica e cuidadosa dos vestígios necessária para estabelecer uma conexão no alegado crime. Desde o início até ao fim do processo forense, é crucial poder demonstrar como ocorreu cada passo deste processo para assegurar a rastreabilidade e continuidade dos vestígios desde o local do crime até ao tribunal.

A cadeia de custódia, para [Lynch, 2006] e [Romano, 2011], permite registar e estabelecer uma ligação entre cada pessoa que manuseou o vestígio, desde o momento em que foi colhido até ao momento em que é apresentado em tribunal. No entanto, por vezes, as condições em que a colheita dos vestígios forenses ocorre podem não ser as ideais, e pode acontecer que a primeira oportunidade para os colher ocorra no hospital ([Lynch, 2006]) ou em circunstâncias de urgência ou Emergência. É por esta razão que é imperativo que os profissionais de saúde nestes contextos tenham conhecimento sobre como identificar, colher e preservar estes vestígios para que não sejam perdidos, destruídos ou contaminados durante a prestação dos cuidados de saúde imediatos. Também a Joint Commission International (JCI) das Organizações de Saúde (em inglês Joint Commission International of Healthcare Organizations (JCAHO)), citada por [Darnell, 2011], enfatiza o facto de que os profissionais de saúde devem saber como preservar um vestígio e assim ter um papel mais ativo para denunciar as suas suspeitas ou descobertas. Para facilitar estes procedimentos todas as instituições deveriam desenvolver protocolos para a colheita de vestígios tendo em conta as especificidades e necessidades únicas de cada contexto intra ou extra-hospitalar, e [Hammer et al., 2006] acrescenta que os profissionais de saúde deveriam ter treino específico sobre medicina forense para que possam estar preparados para receber alegadas vítimas com potencial interesse forense.

Na prática clínica, [Hammer et al., 2006] referem que a cadeia de custódia pode começar quando um profissional de saúde localiza ou obtém um vestígio. A colheita, o armazenamento e o transporte dos vestígios têm de ser devidamente documentados. Existem formulários que devem ser rigorosamente preenchidos e testemunhados

durante o tratamento dos vestígios. Estes formulários devem incluir a descrição e identificação de cada vestígio, o nome ou iniciais de quem efetuou a colheita, a data e a hora da colheita, e do local onde foi colhida. Quando transportada, deve se registar a pessoa que a entrega e a pessoa que a recebe, e a data e a hora da transferência.

A preservação da vida constitui o principal objetivo nos cuidados de saúde imediatos ao utente/vítima/autor. [Cabelus e Spangler, 2006] referem que num ambiente stressante como este, pode ser relativamente fácil negligenciar vestígios com interesse forense que podem ser inadvertidamente destruídos ou ignorados.

Segundo [Lynch, 2006] os vestígios colhidos pelos primeiros profissionais a entrar em contacto com a vítima ou com o local do crime podem ser os vestígios diretos ou os vestígios circunstâncias e [Cristal, 2009] reforça a premissa de que a colheita é um dos momentos mais importantes de uma investigação, pois um vestígio pode relacionar locais, pessoas e objetos. Devido à sua importância, os vestígios devem ser tratados de forma competente e cuidada.

É importante compreender qual o papel do Enfermeiro em Portugal perante os vestígios que mais tarde poderão ser constituídos como provas em tribunal. E para tal, torna-se evidente que as circunstâncias da colheita destes vestígios cumpram determinados critérios legais para poderem enquadrar-se na cadeia de custódia e regular-se segundo os trâmites legais vigentes. No artigo 126, do Código do Processo Penal (CPP) os métodos proibidos de prova são descritos e caracterizados por:

“1 - São nulas, não podendo ser utilizadas, as provas obtidas mediante tortura, coação ou, em geral, ofensa da integridade física ou moral das pessoas.

2 - São ofensivas da integridade física ou moral das pessoas as provas obtidas, mesmo que com consentimento delas, mediante:

a) Perturbação da liberdade de vontade ou de decisão através de maus tratos, ofensas corporais, administração de meios de qualquer natureza, hipnose ou utilização de meios cruéis ou enganosos;

b) Perturbação, por qualquer meio, da capacidade de memória ou de avaliação;

c) Utilização da força, fora dos casos e dos limites permitidos pela lei;

d) Ameaça com medida legalmente inadmissível e, bem assim, com denegação ou condicionamento da obtenção de benefício legalmente previsto;

e) Promessa de vantagem legalmente inadmissível.

3 - Ressalvados os casos previstos na lei, são igualmente nulas, não podendo ser utilizadas, as provas obtidas mediante intromissão na vida privada, no domicílio, na correspondência ou nas telecomunicações sem o consentimento do respetivo titular.” [CPP, 2016]

No artigo 171º do [CPP, 2016] dos meios de obtenção de prova tem como pressu-

posto que “*por meio de exames das pessoas, dos lugares e das coisas, inspecionam-se os vestígios que possa ter deixado o crime e todos os indícios relativos ao modo como e ao lugar onde foi praticado, às pessoas que o cometeram ou sobre as quais foi cometido*” (p.75). O ponto 2 denota que “*providencia-se para evitar, quando possível, que os seus vestígios se apaguem ou alterem antes de serem examinados, proibindo-se, se necessário, a entrada ou o trânsito de pessoas estranhas no local do crime ou quaisquer outros atos que possam prejudicar a descoberta da verdade*” (p.75).

3.3 A Enfermagem Forense

3.3.1 Fundações Para a Enfermagem Forense

A Enfermagem Forense surge como uma ciência capaz de associar um vasto leque de conhecimentos, reforçando a capacidade de pensamento crítico e da tomada de decisão desta classe profissional para a prática da Ciência Forense, nos demais variados ambientes como na assistência à vítima prestando cuidados de saúde, no tribunal como testemunha, na comunidade e na investigação criminal. Cabe ao Enfermeiro com competências Pós-graduadas em Ciências Forenses a adaptação e execução de planos de cuidados de Enfermagem baseados nas condições definidas pelo sistema judicial, nomeadamente no que constitui um crime; na intenção para cometer o crime; no efeito do crime na vítima, no agressor, na família e nos membros da comunidade; na doença mental relacionada com as vítimas e para os delinquentes ([Gomes, 2014]).

Situações sociais problemáticas, como o aumento da violência, impreterivelmente desencadearam uma reação na classe de Enfermagem que instigando a procura de novas interpretações e novas linhas de pensamento e ação. Por lidarem todos os dias com a mudança, o princípio da interação social recíproca representa uma relação multifacetada entre a pessoa, a classe Médica, e todos os outros elementos da equipa multidisciplinar (como agentes da justiça, serviços sociais, autoridades legislativas, sistema judicial e prestadores de cuidados) ([Gomes, 2014]). Assim, a ciência da Enfermagem Forense e a sua perspetiva humanitária específica podem oferecer novas soluções para problemas que exigem uma abordagem multidisciplinar única.

Um dos objetivos da Enfermagem Forense e cerne de toda a investigação criminal é a verdade, pois é com esta que se justifica a própria metodologia objetiva das Ciências Forenses facilitando a pesquisa coletiva por todos os intervenientes motivados pelo mesmo propósito. Está então inerente ao papel do enfermeiro que assume as suas competências como enfermeiro forense uma compreensão incisiva das questões Médico-Legais, bem como a capacidade de testemunhar em tribunal. A verdade assume uma relevância extrema durante toda a investigação, pois esta fornecerá os meios e as ferramentas necessárias para esclarecer ou desvendar o que até aqui permanecia incógnito para agora ser alvo de perícia legal para responder aos quesitos da Justiça ajudando a compreender aspetos relativos às lesões e a compreender o impacto que

estas terão na vítima, nos familiares, no meio ambiente e na saúde. Sem conhecermos as verdadeiras linhas da realidade e dos fatos reais, a assistência à vítima (quer seja no diagnóstico, no tratamento, na avaliação, na reabilitação, na recuperação ou mesmo na prevenção) poderá ser impossibilitada ([Lynch, 2006]).

A apresentação oficial da Enfermagem Forense ocorreu em 1986, por Virgínia Lynch na American Academy of Forensic Sciences (AAFS). Só em 1991, é que Enfermagem Forense foi reconhecida como uma Ciência Forense pela AAFS ([Gomes, 2014]).

A teoria da Enfermagem Forense enquadra-se nas múltiplas dimensões do ser humano no que concerne aos cuidados da Enfermagem. Esta teoria destaca os aspetos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (dinâmica bio-psico-Social) do Ser humano, associando-os às dimensões jurídicas, que são componentes essenciais na investigação forense do trauma ([Gomes, 2014]). A Enfermagem Forense é a única disciplina que integra a Ciência de Enfermagem com os princípios da Ciência Forense e Saúde Pública.

Para melhor entendermos o processo de Enfermagem aplicado às Ciências Forenses, Virgínia Lynch em 2006 descreve um modelo da prática tendo como pilares, componentes tipicamente associados a qualquer conceptualização teórica de Enfermagem sendo eles i) o papel comportamental, ii) o papel das expectativas e iii) a clarificação de papéis. A clarificação de papéis identifica o conhecimento partilhado e as capacidades para estabelecer as expectativas explícitas e limites entre o próprio papel e os outros. O papel comportamental consiste no desempenho ou na promulgação de comportamento diferenciado relevante para uma determinada posição. O papel das expectativas consiste na obrigação ou na exigência requerida a cada indivíduo quando assume um determinado papel ou posição. Inclui normas específicas associadas com atitudes, comportamentos e cognição, requeridas para quem desempenha um determinado papel ([Lynch, 2006]). Neste modelo, o interacionismo assume um papel fulcral e consiste especificamente na ligação, associação e interação entre as pessoas em um contexto de interação social, desenvolvendo significados e processos de ocupação ([Gomes, 2014]). A compreensão e a explicação do comportamento criminal e da violência humana são um dos objetivos das Ciências Sociais e este remete-nos para um envolvimento individual de reciprocidade e interação social na construção e criação do ambiente numa relação simbiótica. Esta perspetiva reforça a necessidade para uma ordem social e interdisciplinaridade nos cuidados de saúde e nas ciências sociais e jurídicas ([Lynch, 2006]).

Os aspetos de uma teoria multidimensional como esta são ativados na investigação das lesões decorrentes da agressão, de doenças, da morte ou de um crime social, fortalecendo a relevância para um modelo de prática integrada nas Ciências da Saúde e nas Ciências Forenses. Assim, segundo este modelo, a Enfermagem Forense não está limitada a um único contexto dentro da definição de um novo papel. Os novos conceitos estão integrados no modelo da prática integrada como a sociologia (impacto

sociopolítico), a criminalidade (violência, crime, justiça criminal, sanções sociais e direitos/comportamento humano), a investigação clínica e criminal (forense e da ciência de Enfermagem) e a educação (de Enfermagem, Médico-Legal, e especialização em Médico-Legal) ([Lynch, 2006]).

Os quatro constructos dominantes neste modelo foram selecionados para representar uma estrutura primordial no que diz respeito ao papel do enfermeiro forense. Estes são encarados como metaparadigmas aplicados no âmbito da Enfermagem Forense.

O constructo *pessoa* refere-se ao doente, à vítima, ao alegado suspeito, ao perpetrador e ao comportamento humano. Ele representa o núcleo da teoria humanista da Enfermagem. Por se tratar de um constructo referente à Enfermagem Forense a *pessoa* assume um duplo sentido, isto é, pode assumir-se como a vítima de um crime e a membros sobreviventes da família (identificadas como vítimas por extensão) e como o suspeito ou perpetrador (qualquer indivíduo acusado ou condenado de um ato criminal ou comportamento social inadequado. É o comportamento humano que guia a atividade social humana ao determinar as características que distinguem os papéis associados à vítima e ao ofensor da justiça ([Lynch, 2006]).

O constructo *saúde*, segundo [Lynch, 2006], refere-se também às instituições de saúde, à ciência de Enfermagem e a indivíduos ou grupos.

A Saúde é uma representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto psicológico, emocional e espiritual. Tratando-se de um estado subjetivo não pode ser tido como um conceito oposto ao conceito de doença. A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) é muito mais do que a mera ausência de doença. A saúde deve ser entendida como o sentido positivo de Bem-Estar que envolve todos os aspetos da vida – físico, emocional e social, sendo o processo saúde-doença uma entidade dinâmica que se encontra em constante oscilação num continuum entre os dois polos (Saúde-Doença). A saúde e o Bem-Estar dependem dos estilos de vida, que por sua vez são determinados por fatores individuais, sociais e de outras áreas exteriores à saúde como é exemplo o ambiente. A consciencialização e a participação do cidadão, a chamada capacitação do cidadão na promoção da saúde e prevenção da doença é a única forma eficaz de obter ganhos em saúde ([Machado, 2007]). No entanto, esta definição de saúde é influenciada por múltiplas variáveis relacionadas com as teorias da Enfermagem Forense dentro das Ciências de Enfermagem. A perda de vida ou de determinada função numa pessoa desencadeada por um ato criminal e/ou violento pode levar a deficiências sendo necessário, por conseguinte, identificar as condições para a intervenção forense. A preocupação dos cuidados de saúde no âmbito forense não está apenas limitada a questões de sobrevivência ou funcionamento, assumindo responsabilidade para além do tratamento imediato, uma vez que inclui também o apoio legal que pode ditar o futuro do bem-estar da vítima ([Lynch, 2006]).

Um outro constructo é a *Enfermagem*, incluindo as Ciências de Enfermagem, a

Enfermagem Forense e a sua prática. Tem por base o conceito de que como ciência terá que continuamente evoluir desafiando os profissionais para alcançar, reinterpretar, e redefinir os seus papéis no quotidiano perante a assistência a vítima. O Enfermeiro forense é visto como um membro integrante de uma equipa de investigação multidisciplinar composta por profissionais de saúde, agentes da lei, advogados e cientistas forenses. A eficiência de um enfermeiro forense é baseada, em parte, pela sua habilidade para interagir com os outros profissionais desta equipa e para assistir à vítima ou o ofensor na perspetiva única e humanitária característica da Enfermagem. Na saúde, por se tratar de um *continuum*, é necessário recorrer a intervenções e recursos que irão auxiliar a pessoa a reestabelecer o seu próprio equilíbrio no processo saúde-doença. Assim, o Enfermeiro Forense ambiciona o Bem-estar da pessoa e o funcionamento ótimo, começando pela identificação do problema, passando pela aplicação do processo de Enfermagem para atingir objetivos comuns, providenciando um cuidado humano e interativo.

Por último, o constructo *ambiente*, refere-se à experiência humana, impacto social, sistemas de cuidados de saúde, instalações de correção e/ou prisionais e tribunais. O ambiente instiga o desenvolvimento de características relevantes que determinam quais os comportamentos apropriados para o tratamento e prevenção do trauma físico e emocional, psicopatologia, e quais os comportamentos sociais inaceitáveis, a contaminação e violação do mundo físico, assim como a degradação espiritual da existência humana.

A Enfermagem Forense combina a teoria e os conceitos das Ciências Forenses com as teorias biológicas, psicológicas, sociais e conceitos da Enfermagem (Bader, 2010). Assim, o papel dinâmico do enfermeiro forense permite auxiliar os sistemas de saúde, sociais e legais clarificando algumas questões problemáticas, como o homicídio, suicídio, agressão sexual, abuso, negligência, agressão intencional e atos criminosos violentos que poderão levar ou não à morte da vítima. O Enfermeiro Forense poderá atuar em determinados campos de ação desempenhando papéis específicos da Enfermagem Forense, por exemplo: examinar a vítima de abuso sexual; ser enfermeiro forense investigador; associar-se e assistir os médicos forenses no departamento legal; ser enfermeiro nos estabelecimentos prisionais; ser consultor nos aspetos forenses e legais; ser consultor como enfermeiro forense psiquiátrico ([Gomes, 2014]).

Um dos grandes objetivos da ação do enfermeiro forense é identificar e recolher vestígios que tenham sido transferidos do agressor ou do local para a vítima. A Polícia Judiciária (PJ) efetua a recolha de vestígios do local, enquanto os Enfermeiros forenses, podem, em determinadas circunstâncias, efetuar a recolha de vestígios da vítima ([Gomes, 2014]).

O Enfermeiro tem como principal responsabilidade garantir a segurança da vítima quer esta se encontre com ou sem vida, e como tal a colheita e preservação dos vestígios da vítima nunca deverá comprometer a segurança e integridade do

corpo ([Bader e Gabriel, 2010]). Estes vestígios devem, por isso, ser recolhidos de forma adequada e organizada, sem induzir danos físicos ou psicológicos na vítima. Esta recolha requer uma pesquisa minuciosa de todos os procedimentos realizados ([Gomes, 2014]), incluindo um exame físico exaustivo e extensivo, mantendo sempre a cadeia de custódia intacta ([Bader e Gabriel, 2010]). O enfermeiro forense deve também desenvolver técnicas de entrevista, para entrevistar nomeadamente a vítima, o alegado suspeito da agressão, a família, os amigos e todos os que estão envolvidos na investigação.

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

Segundo [Gomes, 2014] na última década as mudanças que ocorreram nos cuidados de saúde levaram também a mudanças na profissão de Enfermagem. Por todo o mundo estas mudanças têm-se verificado e instigando a evolução e melhoria contínua dos cuidados. Hoje em dia a prática de Enfermagem inclui muitas competências que anteriormente eram do âmbito exclusivo de outras áreas como as ciências forenses, incluindo a violência, o crime e a vitimização.

Na criação das competências do Enfermeiro forense é necessário ter em conta a melhoria da qualidade de prestação de cuidados de Enfermagem às vítimas de violência e trauma, que podem ter implicações legais. Estas competências visam a promoção da aquisição de conhecimentos necessários para a assistência da vítima de violência, assim como também o reconhecimento das habilitações técnico-profissionais para o exercício da Enfermagem Forense. A jurisdição destas competências nasce do estabelecimento de critérios científicos (exigindo uma formação padronizada) definidos pela IAFN (International Association of Forensic Nurses), pela Associação Portuguesa de Enfermagem Forense APEFORENSE([APEFORENSE, 2015])no documento “Regulamento das competências do Enfermeiro Forense” e pela Ordem dos Enfermeiros levando a uma melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados à vítima. Esta atribuição requer qualificação, por parte dos enfermeiros, na assistência à vítima no âmbito forense, a nível hospitalar, pré-hospitalar e centros de saúde ([Gomes, 2014]).

Segundo [Gomes, 2014] as seguintes competências são alguns exemplos que podem fazer parte da prática do Enfermeiro em contexto forense:

- Avaliar, diagnosticar, planear as respostas, implementar e avaliar as intervenções após ocorrer uma lesão;
- Investigar com base na evidência e intervenção forense;
- Identificar a lesão intencional ou não intencional;
- Preservar e recolher os vestígios forenses;

- Efetuar a entrevista forense à vítima e intervenientes ao ato criminal;
- Avaliar o local do crime e trauma;
- Identificar, recolher, organizar, analisar e divulgar dados forenses relevantes, objetivos e resultados;
- Prestar testemunho, na qualidade de perito, quando solicitado pelo sistema judicial;
- Providenciar segurança à vítima, nos casos relacionados com violência, crime, vitimização, abuso e exploração;
- Providenciar segurança às vítimas, que requerem cuidados de Enfermagem Psiquiátrica;
- Desenvolver e implementar programas profissionais de educação na comunidade que confira interesse para os Enfermeiros Forenses, que abordam a prevenção e as intervenções em cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

O Enfermeiro pode e deve assumir um conjunto de estratégias como: contribuir para o desenvolvimento profissional através da formação contínua e revisão da literatura profissional, a fim de aplicar práticas baseadas em evidências, e manter um conhecimento atualizado sobre as tendências de pesquisa, demonstrando o valor da enfermagem e do contributo das intervenções de Enfermagem para melhorar os resultados nos utentes e possibilitar um atendimento seguro ([Amaral, 2012]).

Segundo [Okoye, 2010] a Enfermagem Forense é atualmente uma especialidade das Ciências Forenses bem desenvolvida. Um Enfermeiro forense bem treinado deve ser capaz de compreender os princípios e procedimentos do processo da investigação criminal, e para tal deve interagir com outros especialistas da área das Ciências Forenses, assim como, os OPC's (como G.N.R., P.S.P. e P.J.), Procuradores do Ministério Público e Advogados.

3.3.2 Enfermagem Forense nos Serviços de Urgência e/ou Emergência

Frequentemente são os Enfermeiros os primeiros profissionais a contactar com os utentes que se dirigem aos mais variados serviços de saúde ([Pyrek, 2006]), tendo muitas vezes como porta de entrada os Serviços de Urgência ([Silva, 2010]). Neste sentido, também [Lynch, 2006] refere que o contexto de colheita dos vestígios forenses nem sempre é o ideal, e que muitas vezes a primeira oportunidade para a sua colheita ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência. Acrescenta ainda que os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada que facilita e promove a identificação e recolha dos vestígios. É verdade que muitas vezes um OPC pode encontrar-se presente no momento da recolha dos vestígios mas outras vezes tal não acontece e caberá ao profissional de saúde proceder à sua preservação.

É por estas situações que os Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência devem possuir conhecimentos sobre como preservar os vestígios com potencial cariz forense. Como a intervenção forense tem início no local do crime, se um vestígio não for preservado, pouco pode ser feito no laboratório forense para o recuperar ([Lynch, 2006]).

Os casos médico-legais têm custos elevados na saúde, sendo uma carga enorme no sistema judicial de qualquer país ([Lynch, 2006]). Neste sentido, se na prestação dos cuidados de Enfermagem estiver presente uma formação contínua em ciências médico-legais e/ou forenses, este será um passo estratégico a adotar para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou sociedade ([Silva, 2010]).

Toda a lesão, agressão, doença ou morte pode ter implicações forenses. Por conseguinte uma sólida formação na educação dos Enfermeiros irá providenciar um forte impacto no desenvolvimento das práticas clínicas de resposta num contexto forense. Os Enfermeiros forenses representam um componente importante numa equipa multidisciplinar na investigação criminal. Estes não substituem ou se sobrepõem a qualquer outra disciplina, mas sim preenchem um vazio com as suas capacidades únicas de Enfermagem ([Lynch, 2006]).

Na sua prática clínica, todos os enfermeiros encontram oportunidades para aplicar princípios próprios das Ciências Forenses ([Pyrek, 2006]) aliados às suas capacidades únicas de Enfermagem. Para tal, Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência e/ou Emergência devem apostar numa formação nesta área para poderem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam diariamente, visando também a identificação, recolha e preservação dos vestígios forenses ([Hammer et al., 2006]; [Lynch, 2006]).

[Gabriel, 2010] propõe uma série de procedimentos que devem ser privilegiados e outros que devem ser evitados, quando num Serviço de Urgência e/ou Emergência o profissional de saúde se encontra perante um caso com potencial interesse Médico-legal. Estas indicações são partilhadas e espelhadas pela literatura sobre a preservação de vestígios no Serviço de Urgência e/ou Emergência([Green, 1993]; [Johnson, 1997]; [Pashley et al., 2000]; [McGillivray, 2005]; [Lynch, 2006]; [Bader e Gabriel, 2010]; [Hammer et al., 2006]; [UNODC, 2009]; [Eisert et al., 2015]; [Ballou et al., 2013]; [Gomes, 2014]; [Grubbs, 2014]); [OSPFSD, 2015] Oregon State Police Forensic Services Division, 2015. Nunca esquecer que se deve documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima durante o transporte até ao Serviço de Urgência e/ou Emergência e documentar sempre o tipo de tratamento realizado. Aconselha também a observar tudo como se de um potencial vestígio se tratasse. Nunca desperdiçar nenhum objeto ou elemento que se encontre presente na vítima ou no perpetrador, mesmo que pareça insignificante. Apela ainda para o uso da objetividade na documentação ao invés da subjetividade, o que significa documentar apenas o que vê ou ouve, sem interpretações pessoais, usando a narrativa. Pode ainda usar-se diagramas e desenhos para localizar as lesões. Medir o tamanho e descrever a

forma e a coloração das lesões, o que pode auxiliar a inferir acerca do tipo de arma utilizada. Se possível pode fotografar-se com escalas métricas e cromáticas incluídas na fotografia. Para documentar a localização das lesões deve usar-se um ponto de referência.

Aconselha também para a pesquisa de um padrão de lesões, sejam de mordeduras humanas, ou animais, ou que indiciam o uso de um objeto para provocar a lesão. Estes padrões devem ser medidos, descritos/fotografados, localizadas e documentados. De notar que existe a possibilidade de nas mordeduras haver ADN do ofensor pelo que este deve ser colhido com uma zaragatoa. Este autor alerta também para a documentação de odores sentidos perto da vítima e/ou local do crime. A roupa que contenha algum indivíduo de lesão nunca deve se cortar pelos locais de penetração ou rasgões, mas antes pela zona circundante.

Quando se procede à limpeza de uma vítima que pode vir a ser considerada como um caso Médico-legal existem alguns procedimentos que se deve ter em conta. Se possível deve obter-se fotografias antes de proceder à limpeza. Se não for possível tirar fotografias pode usar-se um diagrama e a narrativa para descrever a lesão e aspeto da vítima. Para colher vestígios deve usar-se material esterilizado, se necessário a zaragatoa pode ser humedecida com água esterilizada ou soro fisiológico. Aconselha também ao uso de um movimento rolante com a zaragatoa ao invés de a esfregar. No caso de se encontrar presente conteúdo emético, este deve ser colhido para um recipiente esterilizado. Estes contentores podem ser também utilizados para recolher outros fluidos. Este autor relembra que todos os vestígios colhidos devem ser devidamente identificados com data, hora e descrição do seu conteúdo [Gabriel, 2010].

Caso seja removida roupa, [Gabriel, 2010] aconselha o uso de sacos de papel para armazenar individualmente cada peça. Na ausência de sacos de papel deve usar-se lençóis para envolver a roupa que deve dobrar-se cuidadosamente. Considera também como vestígio o lençol onde a vítima esteve deitada. Nunca se deve armazenar em sacos de plástico, pois estes permitem a passagem da luz e criar um ambiente humedecido que instiga a multiplicação bacteriana, destruindo os vestígios.

Se um laço estiver presente no pescoço, primeiro deve tirar-se uma foto ou desenhar as características deste e documentar o lado onde o nó se encontra. Nunca desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó. Se o examinado estiver morto não se deve retirar o laço. Se estiver vivo e a necessidade de remover o laço for premente pode cortar-se desde que seja a cerca de 15 cm de distância do nó. Na sua base encontra-se o facto de que nós específicos podem dar informação pertinente para a investigação criminal. Após retirar o laço este deve ser armazenado num saco de papel e identificada.

Deve também registar-se a coloração do sulco deixado pelo laço. Se a vítima recebeu tratamento médico no Serviço de Emergência e/ou Urgência devem ser documentados os nomes das pessoas que entraram em contacto com a vítima, indicar o tipo de trata-

mento, e quais os profissionais de saúde presentes. Se a presença de insetos for evidente, estes devem ser recolhidos e colocados numa solução alcoólica num contentor estéril. Este deve ser datado e identificado. Se a vítima já se encontrar morta as mãos e pés devem ser envolvidos em sacos de papel para evitar a perda de vestígios ([Gabriel, 2010]).

Por último este autor resume as suas orientações forenses que o Enfermeiro na sua prática clínica pode e deve ter sempre presente, sendo as seguintes:

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

Estas indicações são complementadas com as de [Green, 1993]:

- Obter a história completa do Utente, hora de admissão e avaliação inicial ao Serviço de Urgência e/ou Emergência;
- Garantir que todos os objetos pertencentes ao Utente sejam cuidadosamente removidos, e que cada item seja mantido separadamente;
- Colher o maior número possível de amostras;
- Se tiver que dar um testemunho, escreva-o você mesmo;
- Registrar sempre que entrega um vestígio a data e o nome para quem o entregou.

3.3.3 Aspectos Éticos e Legais da Prática da Enfermagem Forense

Todo ser humano é dotado de uma consciência moral, que o faz distinguir entre certo ou errado, justo ou injusto, bom ou ruim, com isso é capaz de avaliar as suas ações, sendo, portanto, capaz de Ética. Esta pode ser entendida como os valores que se tornam os deveres, incorporados por cada cultura e que são expressos em ações. A Ética, portanto, é a ciência do dever, da obrigatoriedade, a qual rege a conduta humana. Isso implica dizer que Ética pode ser conceituada como o estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto ([Campos et al., 2002]). A Ética dedica-se ao Ser Humano no intuito de atingir a perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, que se refletem sobre

o agir humano e a sua finalidade ([Koerich et al., 2005]). [Olsen, 2006] refere-se à Ética como o “*estudo de como o cidadão deve agir*”, fundamentando um conjunto de ações tidas como certas ou erradas.

No entanto [Badeia, 1999] refere que “poderá haver direito e leis, mas a justiça só será construída praticando-se atos justos”. Pelo que temos sempre que equacionar o papel da lei no enquadramento ético dos aspetos referentes ao “foro”. Assim, a lei pode ser definida como o estabelecimento do valor da justiça que muitas vezes é miscível com o que pensamos ser o mais ético ([Olsen, 2006]). [Gomes, 2014] refere que a lei consiste em regras obrigatórias de conduta que são executadas pela autoridade. Sendo um padrão mínimo de moralidade, o comportamento mínimo exigido por lei não é o mesmo que o máximo de comportamento ético.

A prática de Enfermagem forense coloca o enfermeiro em situações em que se pode confrontar com atividades criminais e vítimas lesionadas ou mortas por ações criminais ([Gomes, 2014]). Assim, segundo [Chasson, 2006], um dos maiores desafios para a Enfermagem forense é estabelecer uma ponte entre o sistema de saúde e o sistema judicial e a componente ética da sua *praxis*.

Refere [Olsen, 2006] no livro “*Forensic Nursing: A handbook for practice*” que o estudo ético da prática clínica pode ser abordado segundo dois componentes; (i) ética como provedora de ferramentas para a resolução de dilemas que envolvem os valores pessoais e sociais, por exemplo: a denúncia ou não da intenção de um crime revelado em contexto clínico reveste-se de um dilema ético pois envolve um conflito entre o valor ético de confidencialidade da relação enfermeiro-doente e o valor do doente como cidadão com direito social à segurança. Segundo [Chasson, 2006] o dever de confidencialidade deve ser balanceado entre a segurança pública e privada; (ii) ética como guia para a prática clínica moldando “eticamente” o comportamento. Esta característica da ética intrinca-se com a moral contínua entre as relações e o comportamento. Por exemplo, na prática forense o desenvolvimento de uma relação terapêutica com um alegado utente violento implica um comportamento ético. Assim, estas duas vertentes da ética devem ser consideradas para antecipar e contextualizar problemas atuando com prudência e pertinência justificada.

Os autores [Olsen, 2006] e [Bader e Gabriel, 2010] enfatizam que a prática do enfermeiro no âmbito forense deve ser regida segundo cinco princípios base (o princípio do respeito pela pessoa, o princípio da beneficência, o princípio da justiça, o princípio do respeito pela comunidade, e o princípio dos cuidados de saúde) que poderão explicar três áreas conceptuais que normalmente incitam discussão ética: distinguir o que é normal do patológico ou desviante; a relação enfermeiro-doente e a atribuição de responsabilidade; e a análise de específicos pontos de tensão ética na prática forense pelos enfermeiros.

Segundo [Gomes, 2014] com base na crença de que o valor humano compreende o fundamento filosófico, a prática da Enfermagem forense é consistente com o Código

de Ética para os Enfermeiros Forenses (IAFN), o Código Internacional de Ética para Enfermeiros (*International Council of Nurses*), o CDOE e o Código de Conduta do Enfermeiro Forense (da Associação Portuguesa de Enfermagem Forense - APEFORENSE). A tomada de decisão ética é essencial para a prática de Enfermagem Forense, sendo que a base para determinar como e quando agir deve ser baseada num suporte ético e legal, o que é pensado para ser digno.

Assim, de acordo com [Bader e Gabriel, 2010] os dilemas morais e éticos inerentes à prática de Enfermagem no âmbito forense recaem sobre o princípio da beneficência, da não-maleficência, da autonomia, da justiça, e da fidelidade. Pelo que, o enfermeiro deve tomar decisões práticas contemplando sempre em primeiro lugar a melhor ação possível baseada nas necessidades imediatas do doente. [Gomes, 2014] refere que quando se cuida da vítima, deve aceitar-se o conceito de responsabilidade e a consequência de ser vítima, para recomendar os cuidados e *follow-up* para o tribunal e, se possível, para a sociedade. As decisões na prática da Enfermagem Forense necessitam ser baseadas nas necessidades imediatas do utente porque, só assim, o enfermeiro poderá executar a ação mais adequada.

A ANA republicou em 2015, o “*Forensic nursing: Scope and Standards of Practice*” ([ANA, 2015]) que contempla a responsabilidade do enfermeiro perante uma vítima e autor de um alegado ato criminal assim como com a família, e a comunidade em 15 *Standards*. Identifica a necessidade pelo respeito, integridade e justiça da vítima mesmo a montante da investigação criminal. Segundo [Bader e Gabriel, 2010] o código de ética da IAFN identifica cinco conceitos éticos básicos para a prática da Enfermagem em contexto forense: responsabilidade perante o público e o ambiente, obrigação pelo rigor científico, cuidado profissional, dedicação à profissão e fidelidade à pessoa alvo dos seus cuidados.

O CDOE refere no artigo 78º os princípios gerais para a prática de Enfermagem, isto é, “*as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” (alínea 1), acrescenta em alínea 2 que “*são valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional*”, e em alínea 3 “*são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais*”. Comtemplando assim o já previsto para a prática de Enfermagem no âmbito forense defendido pela ANA estando também em consonância com os objetivos do enfermeiro forense e suas competências (referidas no subcapítulo 3.3.1).

Quando o enfermeiro realiza a sua *praxis* dentro do contexto Forense, observa os

valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (CDOE, artigo 81º, alínea e)), pelo que proporciona cuidados de Enfermagem no âmbito forense tanto a vítimas como alegados agressores.

3.4 Realidade Epidemiológica dos Crimes em Portugal

Segundo [Vaz, 2011], a criminalidade é um conceito que tem sido mutável ao longo da história. Esta definição tem de ser analisada no cerne de uma Sociedade estruturada, num período concreto no tempo, caracterizada por ideais, atitudes, comportamentos constantes e em equilíbrio entre os seus elementos, no intuito de compreender as perceções quanto ao seu bem-estar, à sua tranquilidade e segurança, tendo em conta a lei criminal em vigor. Assim, para esta autora, o crime é entendido como “uma construção social, erigida de acordo com os pressupostos, interesses e objetivos que uma sociedade elege para orientar a sua ação” ([Vaz, 2011], p.129) pois a *“forma como o crime vai sendo definido no plano teórico, condiciona as perceções que a sociedade sobre ele elabora. A evolução do conceito de crime foi um processo complexo, refletindo alterações epistemológicas e transformações sociais globais”* ([Vaz, 2011], p.134-135).

Acrescenta ainda que a lei criminal é seletiva por ser redigida segundo interesses e ideais defendidos por elementos da sociedade que detêm o poder e são socialmente dominantes. À medida que a Sociedade evolui, o conceito de crime terá que irremediavelmente se adaptar, uma vez que a este dinamismo está associada uma reflexão das exigências de novas formas de disciplina entre os seus elementos. Tem sido outorgada ao Estado a função de zelar pela ordem, tranquilidade e segurança dos cidadãos. Este detém em exclusivo o poder de exercer Justiça impondo meios de prevenção e punição segundo o princípio da igualdade e imparcialidade.

Um destes meios é o Código Penal Português que sofreu inúmeras alterações desde a sua primeira publicação em 1836, sendo a atual versão do Código Penal Português aprovada pela [Lei, 2015] nº 400/82, de 23 de Setembro.

A análise da violência e da criminalidade *“refere-se a um campo social regido por valores e regras coletivas cuja transgressão, considerada como podendo pôr em causa o equilíbrio precário da estrutura social, é suscetível de ser punida com maior ou menor severidade”* ([Lourenço e Lisboa, 1996], p.45). Remete-nos para a análise dos fundamentos da organização estrutural da Sociedade, incluindo valores, normas e regras, e subsequentes mudanças. A definição de violência, a descrição deste ato como criminoso e a sua respetiva punição variam no tempo e no espaço ([Lourenço e Lisboa, 1996]).

A criminalidade pode ser interpretada segundo duas vertentes: como causa e/ou como reflexo dos *“medos sociais”* pois *“ela centra em si parte das inquietações e temores que a mudança social desperta na sociedade considerando-se os indivíduos acusados da*

prática de crimes como arquétipos sociais que refletem o estado de saúde coletivo da nação” ([Vaz, 2011], p.134).

Segundo [Lourenço e Lisboa, 1996] as estatísticas da criminalidade podem refletir a capacidade do Estado para repreender os atos tidos como transgressores ao sistema jurídico-legal e seus aos respetivos Códigos. No entanto, estas estatísticas poderão não reproduzir a criminalidade real. Por criminalidade real entende-se um conjunto de comportamentos tidos como infratores à lei vigente, sejam ou não denunciados, investigados ou julgados. Tendencialmente, o que se conhece é a criminalidade aparente ou participada, que consiste apenas nos crimes que são participados às autoridades policiais ou são do seu conhecimento.

O Sistema de Segurança Interna ([SSI, 2014]) elaborou o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) de 2013, onde se verifica que os OPC de competência genérica (GNR, PSP e PJ) registaram 368.452 participações de natureza criminal, menos 27.375 casos quando comparados com 2012 (menos 6.9%).

Os crimes podem ser organizados em cinco grandes categorias, sendo elas: crimes contra as pessoas, crimes contra o património, crimes contra a identidade cultural e integridade pessoal, crimes contra a vida em sociedade, crimes contra o estado e crimes previstos em legislação avulsa ([SSI, 2014]).

Segundo o SSI, em 2013, a tipologia da criminalidade em Portugal foi diversificada, no entanto o crime que mais se verificou foi o furto nas suas diversas formas. É pertinente salientar os crimes de ofensa à integridade física voluntária simples com 25.048 participações, os crimes de Violência Doméstica contra cônjuge ou análogo com 22.928 participações (mais 681 participações, o que corresponde a um aumento de 3,1% face a 2012) e outros danos com 18.150 participações.

O Código Penal Português, no Título I dos crimes contra as pessoas, capítulo III dos crimes contra a integridade física refere-se aos crimes de ofensa à integridade física voluntária simples no artigo 143º: *“Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa”*. O artigo 142º do mesmo Código e do mesmo título e capítulo descreve o crime de Violência Doméstica como um crime de maus tratos e infração das regras de segurança, especificado no ponto 2 *“A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus tratos físicos ou psíquicos. O procedimento criminal depende de queixa, (...)”*.

Quanto à distribuição espacial das participações, estas distribuem-se por todos os Distritos e Regiões Autónomas, tendo sido Lisboa, o distrito com maior número de participações (90.740), seguido do distrito do Porto com 60.889 participações e o distrito de Setúbal com 34.487 participações.

Os distritos da Região Centro registaram na sua totalidade 69.053 participações o que corresponde a cerca de 18,74% das participações totais a nível Nacional. Especificando a Região Centro, o distrito de Aveiro encontra-se em 6º lugar (a nível nacional, incluindo as Regiões Autónomas) com 21.778 participações, o distrito de Leiria em 8º lugar com 15.283 participações, o distrito de Coimbra em 9º lugar com 12.799 participações, o distrito de Viseu em 11º lugar com 9.474 participações, o distrito de Castelo Branco em 15º lugar com 5.230 participações e o distrito da Guarda em 19º lugar com 4.489 participações (mais 185 do que em 2012).

Quanto à criminalidade violenta e grave (CVG), em 2013, foram registadas 20.147 participações a nível nacional (menos 9,5% face a 2012, posicionando-se mesmo abaixo da média dos últimos 11 anos), sendo esta assim nomeada pela sua violência física e/ou psicológica causando maior sofrimento de insegurança. Nesta enquadra-se o homicídio voluntário consumado (116 participações, menos 22,1% face a 2012), ofensa à integridade física voluntária grave (579 participações, menos 17,4% face a 2012) e violação (344 participações, menos 8,3% face a 2012).

Na região Centro, a CVG no geral diminuiu (variação média de 11,33%) excetuando o Distrito de Coimbra (com um aumento de 2,5%) e o Distrito de Viseu (com um aumento de 15,2%).

O tipo de crime homicídio voluntário consumado é tendencialmente cometido por um ou mais elementos do sexo masculino (90,4% dos arguidos) sendo as vítimas também maioritariamente do sexo masculino (64,5%). Estes crimes ocorreram, na sua maioria, no contexto de uma relação intersocial (conjugal/passional com 26,7%, vizinho/conhecido com 25,3% e parental/familiar com 12,0%). O Código Penal Português, no capítulo I, dos artigos 131º ao 139º, pune o crime de homicídio sob qualquer forma (homicídio qualificado, homicídio privilegiado, homicídio a pedido da vítima, infanticídio e homicídio por negligência) com uma pena máxima até 25 anos de prisão. O principal instrumento utilizado na perpetração deste crime foi a arma de fogo (24,0%), seguindo-se a arma branca (20,7%). Foi também utilizado neste contexto criminal a força física com 4,7%, um instrumento de trabalho com 4%, e veneno ou outro produto químico com 2%.

O Código Penal Português refere-se aos crimes de ofensa à integridade física voluntária grave, no título I dos crimes contra as pessoas, no capítulo III dos crimes contra a integridade física, homologando que *“Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa (...) é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.”*

Quanto aos crimes sexuais (detidos e arguidos), verificou-se maioritariamente o abuso sexual de menores com 1.227 inquéritos (iniciados em 2013), a violação com 473 inquéritos, os atos sexuais com adolescentes com 161 inquéritos, a pornografia de menores com 94 inquéritos e o abuso sexual de pessoa incapaz de resistência com 88

inquéritos. Estes crimes sexuais são punidos no Código Penal Português, no Título I, Capítulo V dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual, dos artigos 163º até ao artigo 179º com pena de prisão até 10 anos.

No abuso sexual de menores, a vítima é maioritariamente do sexo feminino (1.026 vítimas) e o arguido do sexo masculino (330 arguidos) e esta ocorre num contexto relacional familiar (598 casos).

Nos crimes de violação, persistem as relações de conhecimento (164 casos), seguida de desconhecidos (121 casos) e de relações familiares (108 casos), sendo a vítima maioritariamente do sexo feminino (313 vítimas) com idade compreendida entre os 18 e os 40 anos (254 vítimas) e o arguido do sexo masculino (128 arguidos) com idade compreendida entre os 21 e 40 anos (79 arguidos).

Quanto à violência doméstica, em 2013, foram registadas 27.318 participações em 2013 pela GNR e PSP, verificando-se mais 640 participações (aumento de 2,4% face ao ano de 2012). Denoto a ocorrência de 40 homicídios conjugais/passionais (30 de sexo feminino e 10 do sexo masculino). Registaram-se cerca de 3 participações (2,5) por cada 1000 habitantes em média a nível nacional, sendo a taxa mais elevada na Região Autónoma dos Açores (4,51) e na Madeira (3,80). Na Região Centro, verificou-se um total de 5.205 participações, correspondendo a cerca de 19,05% do total nacional. Neste crime, 81% das vítimas eram mulheres (destas 85% com 25 ou mais anos) e 86% dos denunciados(as) foram homens (destes 94% com 25 ou mais anos). Denoto ainda que em 58% destes casos a vítima era o cônjuge ou companheira(o). Quanto ao tipo de violência, em 80% dos casos foi denunciada violência psicológica, 71% violência física, 12% violência do tipo social (quando o principal comportamento do(a) agressor(a) tem como consequência o isolamento social da vítima), 9% do tipo económica (quando o(a) agressor(a) age no sentido de tornar ou manter a vítima dependente economicamente, controlando os recursos financeiros da vítima) e 2% do tipo sexual.

Em 2013, segundo o SSI, em Portugal, quanto aos crimes rodoviários, verificou-se a mais baixa taxa de sinistralidade rodoviária das últimas décadas, registando um decréscimo de 10,8% de participações (menos 4.635 do que em 2012). No entanto, salienta-se o aumento de 0,9% em acidentes quando comparado com 2012 (+1.091 acidentes). O número de mortes diminuiu cerca de 7,7% (menos 45 vítimas mortais) verificando-se 539 vítimas mortais, assim como também diminuiu o número de feridos graves em cerca de 0,7% (menos 256 feridos graves). Especificando os crimes rodoviários, salienta-se o homicídio por negligência em acidente de viação com 408 participações, a condução de veículos com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,2g/l com 24.607 participações e os crimes de ofensa à integridade física por negligência em acidente de viação com 909 participações.

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima ([APAV, 2014]) em 2013,

também quanto aos crimes rodoviários, verificou-se 37,5% de crimes de condução sob o efeito de álcool/droga, 25% associados a crimes de ofensa à integridade física e 7,5% homicídio por negligência.

A APAV, detentora de uma Unidade de Estatística, descreve estatisticamente o ano de 2013 num relatório anual registando um total de 37.222 atendimentos. Por atendimentos entende-se *“qualquer forma de contacto efetuado entre os Técnicos de apoio à Vítima da APAV e a própria vítima ou terceira pessoa a fim de tratar de questões respeitantes ao processo de apoio à vítima”*.

Os(as) utentes apoiados(as) pela associação relataram ter sido vítimas diretas de 20.642 crimes. Dos crimes registados pela APAV 80% referem-se a crimes de violência doméstica. Os crimes contra as pessoas, nomeadamente os crimes de ofensa à integridade física (na sua forma simples com 21,4% e na sua forma grave com 3,9%) e liberdade pessoal (incluindo o crime de coação e ameaça com 24,1%), contam com 12,3% do total dos crimes ocorridos em 2013.

Especificamente, os crimes de violência doméstica por maus tratos psíquicos são os mais frequentes com 36,8%, seguidos dos maus tratos físicos com 26,9% e da ameaça/coação com 17,9%.

Segundo a [APAV, 2014], o apoio à vítima de um crime é um trabalho multidisciplinar e requer, por isso, uma resposta integrada, complementar e de cooperação com outras entidades.

Os contactos com a APAV foram realizados pela própria vítima em 58,7% dos casos ou por familiares desta em 19,4% dos casos, recorrendo ao contacto telefónico em 57% dos casos ou ao contacto presencial em 33% dos casos.

A distribuição geográfica da vítima centra-se maioritariamente em regiões metropolitanas como Lisboa (19,7%), Porto (10,4%), Faro (8,6%), Setúbal (7,3%) e Região Autónoma dos Açores (6,1%). As regiões com menor taxa de vítimas são os distritos de Beja com 0,2%, da Guarda e de Portalegre, ambos com 0,3%. Nos distritos da Região Centro encontram-se cerca de 8,2% das vítimas atendidas por esta Associação em 2013.

Segundo a [APAV, 2014], as relações entre o autor do crime e a vítima eram, maioritariamente, relações de conjugalidade (cônjuge com 30,7%, companheiro/a com 12,3%, ex-companheiro/a com 6,9% e ex-cônjuge com 5,5%) e relações familiares (a vítima são os filhos em 12% dos casos, e os pais em 7,9%).

Quanto aos crimes sexuais, em 2013 segundo a [APAV, 2014], verificou-se a violação (criança e adulto) com maior incidência (3,3%) seguida do abuso sexual de crianças (idade inferior a 14 anos) com 2,8%, o assédio sexual com 0,9%, a pornografia de menores com 0,2%.

As vítimas referem ter sido vitimizadas entre 2 a 6 anos (14,7%) sendo a vitimização continuada a mais prevalente (74%) quando comparada com a não continuada (10%). Estas vitimizações ocorrem maioritariamente na residência comum (54,1%), na residência da vítima (13,2%) e lugar/via pública (10,2%). Apenas 39% destas vítimas refere ter efetuado queixa junto das entidades policiais.

A APAV, após a análise dos dados estatísticos referentes às vítimas e autores do crime em 2013, publicou o perfil da vítima de 2013 sendo então, mulher (82,8%), com idade compreendida entre 25 e 54 anos (35,1%), casada (34,8%), com filhos (43%), com ensino superior (6,9%) e empregada (29,1%). Publicou também um perfil do autor do crime em 2013 sendo então, homem (82,3%), com idade compreendidas entre os 25 e 54 anos (29,9%), casado (38,8%) e empregado (31,5%).

Segundo [Lourenço e Lisboa, 1996] a democracia e o direito à segurança nas sociedades atuais, consideradas modernas, foram responsáveis pelo desenvolvimento de uma cultura de não tolerância à violência ou qualquer tipo de ameaça. Por outro lado, estas sociedades são caracterizadas pelo individualismo “*indivíduo socialmente separado dos seus semelhantes*”, contribuindo para o aumento do medo à própria violência. Os indivíduos estão socialmente inadaptados para lidar com os contrastes do dia-a-dia face à violência.

É neste contexto que verificamos que a violência não é só um problema do âmbito legal/jurídico ou policial, mas sim, um problema de responsabilidade mútua entre os Sistemas de Cuidados de Saúde e os Sistemas Legais e Judiciais ([Lynch, 2006]).

Com o aumento das participações às entidades policiais, referentes à violência interpessoal, o Enfermeiro, como elemento essencial de uma equipa multidisciplinar que assiste e presta cuidados de saúde à população em geral, tem de estar cada vez mais capacitado para identificar vítimas de atos criminosos. Estas vítimas, bem como os autores dos crimes, após a alegada agressão são quase sempre assistidas em âmbito pré-hospitalar ou Hospitalar para a realização do tratamento das lesões. Como, talvez, o primeiro contacto com estes intervenientes após o período pós-trauma é realizado pelos Enfermeiros, estes ocupam uma posição privilegiada para reunir informações e preservar vestígios relacionados com o crime decorrente do ato violento ([Lynch, 2006]).

PARTE II - FASE METODOLÓGICA

Capítulo 4

Metodologia

Como explanado em capítulos anteriores a Enfermagem enquanto Profissão é recente, no entanto, segundo [Martins, 2008], apesar da origem modesta, a Enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação e na consolidação da disciplina de Enfermagem. Ao longo do tempo os Enfermeiros foram apostando numa formação mais profunda e academicamente mais elevada. Foi na década de 50 que surgiu a primeira revista científica dedicada à pesquisa em Enfermagem – *Nursing Research*. [Martins, 2008] reflete sobre a vontade que os Enfermeiros sentem para desenvolver o seu conhecimento científico, desenvolvendo a área disciplinar e a sua aplicação prática no seu dia-a-dia, desenvolvendo a área profissional. Neste processo de investigação o Enfermeiro, de um modo reflexivo, revê na análise crítica a melhor forma de a Enfermagem, como ciência, se desenvolver. Ao refletir sobre o saber-saber e saber-fazer, questionando os modelos de trabalho e as suas práticas profissionais, a Enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate.

Segundo [Fortin, 2009] a investigação científica é designada como um processo sistemático e rigoroso que permite a observação de fenómenos. Constitui um método de aprendizagem e de obtenção de novo conhecimento, sendo uma forma muito metódica para encontrar respostas a questões problema.

Neste sentido, e segundo [Hill e Hill, 2005], uma investigação empírica é uma investigação em que se fazem observações para melhor compreender o fenómeno que se pretende estudar. Todas as ciências naturais, bem como todas as ciências sociais, têm por base investigações empíricas porque as observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas. Na disciplina de Enfermagem, a investigação assume relevante papel pois é expectável que os Enfermeiros adotem uma Prática Baseada na Evidência Científica, capacitando-os para a tomada de decisão e ações fundamentadas ([Polit e Hungler, 2004])

A fase metodológica da investigação empírica refere-se ao planeamento dos meios que serão utilizados para obter as respostas às questões de investigação, isto é, o desenho da investigação. Neste, é especificado o tipo de investigação, o planeamento do controlo das variáveis, a amostra, as condições e o método de recolha dos dados e a escolha do método de análise dos dados ([Fortin, 2009]; [Hill e Hill, 2005]).

4.1 Questões de Investigação

Para melhor compreendermos o fenómeno que se pretende estudar e clarificar o caminho da investigação foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

Q.1. Qual a perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência?

Q.2. A perceção do conhecimento dos Enfermeiros em Serviço de Urgência e/ou Emergência dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses está associada à sua executabilidade?

Q.3. As habilitações académicas, a formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão em Enfermagem, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, a frequência de assistência à vítima, a existência de um protocolo no serviço e o local de trabalho estão associados à perceção de conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

A Questão 3 pode ser subdividida em várias questões mais específicas tornando a compreensão do fenómeno que se pretende estudar ainda mais claro. Assim sendo colocámos separadamente as seguintes questões?

Q.3.1 Qual a relação entre a habilitação académica e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.2 Qual a relação entre a formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.3 Qual a relação entre a categoria profissional e a perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.4 Qual a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.5 Qual a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.6 Qual a relação entre a frequência de assistência à vítima e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.7 Qual a relação entre a existência de protocolo e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.8 Qual a relação entre o local de trabalho e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

4.2 Tipo de Estudo

Consideramos que este estudo se enquadra num método de investigação quantitativo pois está orientado para que os resultados se possam generalizar, focando-se na explicação através da medida dos fenómenos e análise dos dados numéricos para obter informação, descrever e testar relações ([Fortin, 2009]).

A investigação quantitativa enquadra-se num paradigma positivista, com origem nas ciências físicas, onde os seres humanos são definidos por características biopsicossociais e fenómenos previsíveis, que podem ser medidos e controlados, procurando explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos ([Fortin, 2009]).

As funções essenciais da investigação são *“a descrição, a explicação, a predição e o controlo”* ([Fortin, 2009], p.6) que correspondem segundo [Grawtitz, 1996] aos níveis ou tipos de conhecimento que existem em relação ao tema em estudo. Neste sentido, este estudo tem um desenho de investigação quantitativo explicativo, sendo especificamente um desenho descritivo correlacional, nível II, segundo a hierarquia dos níveis de investigação descrita em [Fortin, 2009]. Por conseguinte, este tipo de estudo pretende explorar as relações entre variáveis e descrevê-las ([Fortin, 2003]), no intuito de poder explicá-las ([Gall et al., 1996]). Se se conseguir explicar um fenómeno significa que se pode descrevê-lo, prever as suas consequências e intervir a fim de modificar a situação, indo ao encontro da finalidade deste estudo.

4.3 População e Amostra

No desenho de uma investigação torna-se perentório definir a população a ser estudada, portanto a população alvo. Para [Fortin, 2003], p.202) *“a população é uma colecção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

Em concordância, ([Hill e Hill, 2005]), referem que qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados. Os dados são informações na forma de observações, ou medidas, dos valores de uma ou mais variáveis normalmente fornecidos por um conjunto de entidades. Ao conjunto total de dados sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de População, portanto, é o conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões num determinado espaço e tempo, pelo que neste estudo, a população alvo é a população de Enfermeiros a exercer Enfermagem nos Serviços de Urgência e/ou Emergência da região Centro de Portugal. Foi selecionada

a região Centro de Portugal Continental por motivos de acessibilidade, conveniência e por ter uma vasta extensão agregando elementos da população alvo com características relevantes para o estudo com grande dispersão. Os Enfermeiros são os profissionais que, na maioria das vezes, estabelecem o primeiro contacto com as pessoas que recorrem aos serviços de saúde, independentemente do motivo, sobretudo nos serviços de urgência ([Santos, 2013]). Neste sentido, o Enfermeiro no serviço de Emergência e/ou Urgência, pode estar exposto a cenários de suspeita de violência doméstica, violência sexual, crimes por objeto letal, ou intoxicações com uma maior regularidade do que Enfermeiros em outros cenários. Pelo que, pensamos que nesta fase da investigação será importante caracterizar as variáveis e perceber a relação entre elas neste contexto em particular, podendo mais tarde vir a ser alargada a amostra para Enfermeiros a exercer em outros serviços e contextos.

Pela enorme dimensão da população em estudo, só foi possível considerar uma parte dos elementos da população, pelo que se optou pela seleção de uma amostra. Uma amostra corresponde a um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população ([Fortin, 2009]).

Foram então selecionados os Serviços de Urgência dos seguintes Hospitais da Região Centro: Centro Hospitalar de Leiria - Hospital de Santo André; Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Pólo Hospital Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Hospital Infante D. Pedro, Aveiro; Centro Hospitalar de Tondela – Hospital de São Teotónio, Viseu, e Unidade de Saúde Local (ULS) da Guarda – Hospital de Sousa Martins. Foi solicitada a colaboração de todos os Enfermeiros, ao longo do período compreendido entre julho de 2014 e Junho de 2015, com base em reuniões informais efetuadas com os Enfermeiros Chefes dos Serviços. Foram concedidas entre 3 a 5 semanas para preenchimento do questionário, sendo que na segunda semana foi enviado, por correio eletrónico, ao Enfermeiro chefe de cada serviço, uma carta de agradecimento e de incentivo para colaboração neste estudo (ver APÊNDICE I). Foram selecionados estes Hospitais, pois de acordo com a ([Administração Regional de Saúde do Centro, 2014]) são Entidades Públicas Empresariais (EPE) com previsível sustentabilidade económico-financeira e por serem os Centros de referência da zona abrangente de prestação de cuidados de saúde. Sendo também localizados na capital de distrito prevendo-se um maior atendimento dos Utentes e recurso aos Serviços de Saúde, nomeadamente os Serviços de Urgência e Emergência. Tendo em conta a tipologia do hospital segundo a Entidade Reguladora de Saúde ([Entidade Reguladora de Saúde, 2012]), estes são hospitais de primeira linha (todos exceto Hospital de São Teotónio e Hospital Universitário de Coimbra) ou de referência (Hospital de São Teotónio e Hospital Universitário de Coimbra). Um hospital de primeira linha constitui a primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois constituem a primeira opção para a população residente na sua área de influência direta (e que corresponderão aos hospitais hoje designados de distritais); e de referência: são hospitais que para além de

funcionarem como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária, visam responder a situações que os hospitais de primeira linha não sejam capazes dar resposta.

O número total da amostra foi de 128 Enfermeiros de um total previsível de 350 enfermeiros a exercer nos Serviços em estudo, o que corresponde a cerca de 36,6% de adesão ao questionário. Esta amostragem enquadra-se numa amostra probabilística simples sem reposição, pois *“todos os elementos da população em questão têm uma probabilidade determinável a priori e diferente de zero de serem seleccionados”* ([Fortin, 2009], p.312) e cada elemento só entra uma vez para a amostra. Este tipo de amostras assegura a aleatoriedade, isto é, amostras representativas da população e aleatórias ([Hill e Hill, 2005]; [Fortin, 2009]). A sua característica principal é poderem ser submetidas a tratamento estatístico, que permite compensar erros amostrais e outros aspetos relevantes para a representatividade e significância da amostra ([Marconi e Lakatos, 2002]).

4.4 Instrumento de Colheita de Dados

Os dados são os elementos de informação colhidos junto dos participantes pertencentes à amostra em estudo. A escolha do método de colheita depende do nível de investigação, das questões de investigação, dos conhecimentos disponíveis sobre a problemática em estudo, e dos instrumentos disponíveis ([Fortin, 2009]). Segundo [Fortin, 2009] quando se trata de descrever as relações entre variáveis, como este estudo, geralmente recorre-se a escalas, a testes normalizados e a questionários. Foi então realizada uma pesquisa intensiva na literatura existente, no intuito de encontrar um instrumento de medida que permitisse estudar a problemática, enquadrando-se no desenho e questões de investigação do presente estudo. Finda esta etapa e identificando-se a inexistência de um instrumento, optou-se pela elaboração de um questionário autoadministrado que visasse responder às questões de investigação.

De acordo com [Fortin, 2009] a elaboração de um questionário de medida exige uma *“definição clara dos objetivos de estudo, um bom conhecimento do estado de investigação sobre o fenómeno considerado e uma ideia clara da natureza dos dados a recolher”*, (p.381), segundo uma série de etapas. Assim sendo, tendo em conta os objetivos e questões de investigação, pretendeu-se elaborar uma lista dos tipos ou das categorias de informação que permitem atingir o objetivo esperado. Nesta lista deve ser indicado o número aproximado de questões correspondentes a cada categoria, sendo que as categorias representam os temas principais sobre os quais a informação deverá incidir.

Segundo a literatura consultada, [Lynch, 2006], [Hammer et al., 2006], [Bader e Gabriel, 2010], [Gomes, 2014] e de acordo com a realidade epidemiológica dos crimes em Portugal, já desenvolvido no capítulo 3.4, definiram-se oito

categorias principais, a saber: Gestão de vestígios, Agressão sexual, Lesões, Arma branca, Arma de fogo, Acidentes de viação, Intoxicações e Asfixias. Esta categorização foi elaborada com intuito de manter a fácil leitura do questionário e a sua compreensão, assim como precisar as questões do mesmo enquadrando-as num contexto específico de assistência à vítima. De notar que as categorias “Gestão de vestígios” e “Lesões” por se referirem a questões do foro geral, que podem perfeitamente enquadrar-se a qualquer uma das outras categorias, e para evitar a repetição desnecessária de informação, merecem ser destacadas também como categorias. Preconizou-se que a leitura das questões de cada categoria deveria iniciar-se por um enunciado geral que situasse o Enfermeiro no contexto específico a analisar, sendo o enunciado o seguinte “Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Urgência e/ou Emergência devo...” seguida da leitura de cada questão. Ressalva-se que este enunciado incluiu o contato quer com a vítima quer com o agressor, alargando a possibilidade de qualquer contato com vestígios de interesse forense, visando a sua preservação.

Como não existiam questões elaboradas foi necessário proceder à sua formulação. As questões elaboradas foram do tipo fechadas. Na fundamentação e seleção destas questões encontra-se uma vasta e profunda pesquisa bibliográfica, a adequação às atuais competências do Enfermeiro Português, e aos recursos materiais disponíveis no Serviço de Urgência e/ou Emergência Portugueses. São questões claras e concisas com clarificação de termos técnicos, sem dupla negação que serão denominadas quer no questionário quer na presente dissertação daqui em diante por procedimentos, uma vez que na sua essência é disso que se trata. Para a categoria “Gestão de vestígios” foram então selecionados 20 procedimentos; para a categoria “Agressão sexual” 9 procedimentos; para a categoria “Lesões” 6 procedimentos; para a categoria “Arma branca” 8 procedimentos; para a categoria “Arma de fogo” 14 procedimentos; para a categoria “Acidentes de viação” 7 procedimentos; para a categoria “Intoxicações” 9 procedimentos; e para a categoria “Asfixias” 13 procedimentos, sendo um total de 86 procedimentos.

Quanto ao tipo de respostas pretendido, preconizou-se respostas de escolha múltipla, devendo excluir-se mutuamente e colocadas numa ordem lógica ([Fortin, 2009]). Assim sendo, para avaliar a “Executabilidade” e a “Perceção do conhecimento” de cada procedimento em cada categoria, elaborou-se uma escala nominal de fácil codificação prevendo uma rápida e pouco dispendiosa análise e o seu tratamento estatístico. Especificamente para a executabilidade, definiu-se as seguintes opções: “Já executei”, “Nunca executei” ou “Não se aplica” e para a perceção do conhecimento: “Desconhecia”, “Conhecia vagamente” ou “Conhecia com rigor”. De notar que são escalas bipolares cujos extremos são enunciados opostos. A utilização de número ímpar de opções de escolha múltipla não é unânime entre os especialistas ([Fortin, 2009]), pelo que para evitar a “escolha forçada das respostas” mantivemos uma opção neutra pela qual o Enfermeiro se poderá identificar.

Sentimos também a necessidade de elaborar uma introdução sob a forma de carta de apresentação dos investigadores, do contexto inerente ao conteúdo do questionário, a descrição da finalidade do instrumento de medida, apelando ainda para o anonimato e confidencialidade do mesmo, garantindo também a autorização ética do estudo. Concomitantemente, foi também elaborada uma secção com instruções de preenchimento do questionário para clarificar a sua compreensão e modo de leitura, interpretação e resposta.

De notar que o questionário *per si* inicia-se com a colheita de dados pessoais/académico/profissionais, precedentes à colheita de dados referentes às categorias e seus procedimentos supracitados. Nesta secção pretendemos saber o sexo, a idade, as habilitações académicas e formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, a frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária e a existência de protocolo no serviço onde exerce funções. Findas estas etapas surgiu então o esboço do “Questionário sobre a Preservação de Vestígios de Assistência à Vítima por Enfermeiros”, O QPVAVE, cujo tempo de resposta expectável deve ser de 20 minutos.

De acordo com [Fortin, 2009], submeteu-se o esboço do QPVAVE à revisão e apreciação por “pessoas peritas na matéria”, (p.386). Para tal foram selecionados peritos na área da Enfermagem e na área da Medicina Legal e Ciências Forenses, tendo sido efetuadas as alterações propostas por este painel de peritos.

Finda a primeira revisão, efetuou-se um pré-teste junto de um grupo de elementos que possui as características dos elementos da população alvo, mas que não iria fazer parte da amostragem aquando a aplicação final do QPVAVE à amostra alargada da população alvo. O pré-teste é uma prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Permite descobrir, segundo [Fortin, 2009], os “defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem e convidar o entrevistador a formular críticas e sugestões”, (p.386). Para tal redigimos um guião de avaliação disponível em APÊNDICE II. Após análise das sugestões fornecidas por este grupo e reformulação do esboço do QPVAVE foi possível então elaborar a versão final do QPVAVE, disponível em APÊNDICE III.

4.5 Procedimentos Formais e Éticos

Esta investigação foi submetida à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo tipo parecer favorável com Ref.^a 078-CE-2013 (ver ANEXO I).

Para além desta Comissão de ética, coube ao Conselho de Administração e/ou

Comissão de Ética de cada Centro Hospitalar/Unidade Local de Saúde proceder à autorização do desenvolvimento desta investigação na sua Instituição, tendo sido redigido o pedido formal da autorização por escrito, para a aplicação do QPVAVE e subsequente colheita de dados. Após uma longa espera de cerca de onze meses e com muita perseverança foi possível obter o parecer favorável nos seis Hospitais selecionados, podendo assim dar continuidade à investigação.

As entidades acima referidas foram informadas que a conclusão do trabalho será divulgada na instituição/serviço bem como em eventos científicos.

Concomitantemente, durante a realização desta investigação foram considerados todos os princípios universais da ética procurando-se assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas. Foi garantido o anonimato ao QPVAVE (solicitada a colocação do QPVAVE após preenchimento num envelope selado, fornecido pelos investigadores) e aos dados colhidos. Estes dados não trarão nenhum risco para a integridade física, mental e social ou moral dos inquiridos. Não houve nem haverá benefícios financeiros para os participantes.

PARTE III - Fase Empírica

Capítulo 5

Apresentação e Análise Dos Dados

Num estudo após a colheita de dados, procede-se à análise dos dados de modo a produzir resultados para serem interpretados pelos investigadores. Neste sentido os dados são analisados em função dos objetivos do estudo, de acordo com o nível da investigação científica, procurando responder às questões de investigação ([Fortin, 2009]). Para tal, o investigador recorre a ajudas técnicas de análise estatística. As análises de estatística descritivas “servem para descrever as características da amostra e para encontrar respostas às questões de investigação” ([Fortin, 2009], p. 410), resumindo um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Enquanto as análises estatísticas inferenciais “interessam-se pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, o comportamento ou as características da população total” ([Fortin, 2009], p. 440). Neste sentido foi criada uma base de dados no programa informático Microsoft Excel® sendo depois exportada para um programa de tratamento estatístico o Statistical Package for the Social Sciences, SPSS®, versão 22.0 (software IBM SPSS, IBM Corporation, New York, EUA).

5.1 Procedimento de Análise de Dados

Em concordância, para o tratamento de dados recorreremos a procedimentos de análise descritiva e inferencial. Para a análise descritiva recorreremos a frequências absolutas (n) e relativas (%), a medidas de tendência central: média aritmética (M) e as medidas de dispersão ou variabilidade: valor mínimo, valor máximo e o desvio padrão (DP).

Na caracterização global da amostra as variáveis numéricas são resumidas através da média (M), desvio padrão (DP), mínimo e máximo e são apresentadas no texto através da média \pm desvio padrão. Para as variáveis qualitativas recorre-se às frequências absolutas e relativas. Nos casos em que existiam dados em falta as frequências relativas foram determinadas em relação à totalidade dos elementos das amostras.

Para a análise das questões do estudo utilizamos o teste do Qui-Quadrado. Este teste “serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável qualitativa é ou não aleatória” ([Marôco, 2011], p.99).

Para analisar a relação entre a percepção do conhecimento e a executabilidade nas demais categorias procedimentais, recorreremos ao coeficiente de Correlação de *Spearman* que é definido segundo [Marôco, 2011] como “uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais”.

Para avaliar as diferenças existentes em termos da executabilidade e de conhecimento das várias categorias entre os hospitais foram calculados *scores* entre 0 e 2 correspondentes à média dos procedimentos. No caso da executabilidade um *score* de zero estava associado à não aplicabilidade e um *score* de dois à máxima executabilidade, e quanto aos conhecimentos um *score* de zero estava associado ao total desconhecimento e um *score* de dois ao conhecimento máximo. Para avaliar as diferenças entre os diferentes *scores* de executabilidade e conhecimento utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Este teste é apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes, podendo também ser utilizado como alternativa não paramétrica à ANOVA *one way* ([Marôco, 2011]).

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0.05$ com um intervalo de confiança de 95%. Definiu-se também que para um α significativo, isto é, $p \leq 0.05$ observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0.05$ não se observam diferenças/associações entre os grupos.

A apresentação dos dados é feita recorrendo a tabelas seguida de uma breve análise de acordo com os objetivos do estudo, organizadas de acordo com as categorias referidas no capítulo 4.4.

5.2 Caracterização Da Amostra

Na Tabela 5.1 são apresentados os dados sociodemográficos dos 128 enfermeiros inquiridos. Observa-se que a maioria (67,7%) era do sexo feminino, com uma média etária de $38,3 \pm 8,4$ anos, 82,0% possuía como habilitações académicas a licenciatura e 14,1% era mestre, somente 3 enfermeiros é que possuíam formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, 39,1% era enfermeiro graduado e 11,7% era especialista, maioritariamente com especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, os tempos médios de exercício da profissão de Enfermagem e de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência eram $14,9 \pm 7,5$ anos e $11,2 \pm 6,8$ anos, respetivamente, em termos de frequência com que assistem vítimas de agressão voluntária ou

		N	%
Sexo	Masculino	41	32,3%
	Feminino	86	67,7%
Idade, Média \pm DP (Mínimo - Máximo)		38,3 \pm 8,4 (26 - 59)	
Habilitação Académica	Bacharelato	4	3,1%
	Licenciatura	105	82,0%
	Mestrado	18	14,1%
	Doutoramento	1	0,8%
Formação académica em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses	Não	125	97,7%
	Sim	3	2,3%
Categoria profissional	Enfermeiro	63	49,2%
	Enfermeiro graduado	50	39,1%
	Enfermeiro especialista	15	11,7%
Especialidade*	Enfermagem Comunitária	1	6,7%
	Enfermagem Médico-cirúrgica	9	60,0%
	Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica	2	13,3%
	Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia	1	6,7%
	Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica	3	20,0%
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, Média \pm DP (Mínimo - Máximo)		14,9 \pm 7,5 (3 - 34)	
Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, Média \pm DP (Mínimo - Máximo)		11,2 \pm 6,8 (0 - 31)	
Frequência com que assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária	Nunca	3	2,3%
	Poucas vezes (1 x mês)	31	24,2%
	Algumas vezes (1 x por semana)	43	33,6%
	Muitas vezes (3 x por semana)	45	35,2%
	Sempre (diariamente)	6	4,7%
Protocolo que delinea a sua atuação	Não	115	92,0%
	Sim	10	8,0%

* A soma não dá 100% uma vez que um dos enfermeiros possuía mais de uma especialidade.

Tabela 5.1: Dados sociodemográficos

involuntária, 2,3% nunca assistiu vítimas de agressão voluntária ou involuntária, 24,2% assistiu poucas vezes, 33,6% algumas vezes, 35,2% muitas vezes e 4,7% assiste sempre e 8,0% dos enfermeiros que referem assistira a vítimas de agressão voluntária ou involuntária citam a existência de um protocolo no hospital que delinea a situação.

5.3 Perceção do Conhecimento dos Procedimentos

Na gestão dos vestígios

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	78	61,9%	44	34,9%	4	3,2%
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	15	11,9%	56	44,4%	55	43,7%
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	22	17,7%	75	60,5%	27	21,8%
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	22	17,6%	75	60,0%	28	22,4%
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	26	21,0%	81	65,3%	17	13,7%
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	42	34,4%	69	56,6%	11	9,0%
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	27	21,6%	71	56,8%	27	21,6%
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	42	34,7%	63	52,1%	16	13,2%
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	43	34,7%	63	50,8%	18	14,5%
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	26	21,0%	67	54,0%	31	25,0%
11. Informar a vítima que deve evitar tocar no local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	44	35,5%	69	55,6%	11	8,9%
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	54	43,2%	57	45,6%	14	11,2%
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	58	46,8%	55	44,4%	11	8,9%
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	37	29,8%	75	60,5%	12	9,7%
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	33	26,4%	67	53,6%	25	20,0%
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	34	27,2%	55	44,0%	36	28,8%
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	32	25,6%	60	48,0%	33	26,4%
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	62	49,6%	46	36,8%	17	13,6%
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	26	20,6%	62	49,2%	38	30,2%
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	66	52,8%	36	28,8%	23	18,4%

Tabela 5.2: Conhecimentos dos procedimentos de gestão de vestígios (N=128).

Em termos de conhecimentos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.2) os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 1 "Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência" (61,9%), procedimento

20 “Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local” (52,8%), procedimento 18 “Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo” (49,6%) e procedimento 13 “Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las” (46,8%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 5 “Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão” (65,3%), procedimento 3 “Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense” (60,5%), procedimento 14 “Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima” (60,5%) e procedimento 4 “Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas” (60,0%). Os procedimentos conhecidos com rigor mais frequentes foram: procedimento 2 “Documentar o tipo de tratamento efetuado” (43,7%), procedimento 19 “Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei” (30,2%).

Na agressão sexual

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	57	46,0%	57	46,0%	10	8,1%
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anor-retal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	53	42,7%	60	48,4%	11	8,9%
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	50	40,3%	61	49,2%	13	10,5%
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	14	11,4%	67	54,5%	42	34,1%
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	13	10,5%	58	46,8%	53	42,7%
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	12	9,7%	52	41,9%	60	48,4%
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	16	12,8%	53	42,4%	56	44,8%
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	46	37,4%	60	48,8%	17	13,8%
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	72	58,1%	47	37,9%	5	4,0%

Tabela 5.3: Conhecimentos dos procedimentos de agressão sexual (N=128).

Em termos de conhecimentos dos procedimentos de agressão sexual (Tabela 5.3), os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 29 “Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu” (58,1%) e procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual” (46,0%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 24 “Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável” (54,5%), procedimento 23 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas

após a agressão sexual” (49,2%), procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados” (48,8%) e procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual” (48,4%). Os procedimentos conhecidos com rigor mais frequentes foram: procedimento 26 “Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras” (48,4%), procedimento 27 “Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio” (44,8%) e procedimento 25 “Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras” (42,7%).

Nas lesões

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	7	5,6%	67	53,2%	52	41,3%
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	18	14,4%	66	52,8%	41	32,8%
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	36	28,8%	75	60,0%	14	11,2%
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	32	26,2%	66	54,1%	24	19,7%
35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	33	26,6%	70	56,5%	21	16,9%

Tabela 5.4: Conhecimentos dos procedimentos de lesões (N=128).

Quanto aos conhecimentos dos procedimentos de lesões (Tabela 5.4), observou-se que o procedimento mais frequentemente desconhecido foi o procedimento 33 “Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita” (28,8%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 33 “Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita” (60,0%), procedimento 35 “Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos” (56,5%) e procedimento 34 “Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias” (54,1%). O procedimento conhecido com rigor mais frequente foi o procedimento 31 “Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos” (41,3%).

Nas vítimas de arma branca

Relativamente aos conhecimentos dos procedimentos de vítimas de arma branca (Tabela 5.5), observou-se que os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 36 “Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta” (71,5%) procedimento 37 “Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão” (71,5%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 41 “Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	88	71,5%	31	25,2%	4	3,3%
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	88	71,5%	33	26,8%	2	1,6%
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	57	46,7%	57	46,7%	8	6,6%
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	24	19,5%	66	53,7%	33	26,8%
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	23	18,9%	67	54,9%	32	26,2%
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	24	19,5%	75	61,0%	24	19,5%
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	34	27,9%	67	54,9%	21	17,2%
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	33	27,0%	60	49,2%	29	23,8%

Tabela 5.5: Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de arma branca (N=128).

e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las” (61,0%), procedimento 42 “Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes” (54,9%), procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele” (54,9%) e procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão” (53,7%). Os procedimentos conhecidos com rigor mais frequentes foram: procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão” (26,8%) e procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele” (26,2%).

Nas vítimas de arma de fogo

Em relação aos conhecimentos dos procedimentos de vítimas de arma de fogo (Tabela 5.6), observou-se que os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 56 “Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal” (42,3%) e procedimento 53 “Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo” (41,9%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 45 “Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise” (63,9%), procedimento 46 “Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil” (62,6%), procedimento 52 “Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	21	17,1%	57	46,3%	45	36,6%
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	14	11,5%	78	63,9%	30	24,6%
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	19	15,4%	77	62,6%	27	22,0%
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	19	15,6%	74	60,7%	29	23,8%
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	48	38,4%	56	44,8%	21	16,8%
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	39	31,2%	69	55,2%	17	13,6%
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	20	16,0%	69	55,2%	36	28,8%
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	23	18,5%	64	51,6%	37	29,8%
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	24	19,7%	75	61,5%	23	18,9%
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	52	41,9%	61	49,2%	11	8,9%
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	39	31,7%	62	50,4%	22	17,9%
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	45	36,6%	62	50,4%	16	13,0%
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	52	42,3%	54	43,9%	17	13,8%
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	35	28,5%	61	49,6%	27	22,0%

Tabela 5.6: Conhecimentos dos procedimentos de armas de fogo (N=128).

pareçam relevantes” (61,5%) e procedimento 47 “Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel” (60,7%). Os procedimentos conhecidos com rigor mais frequentes foram: procedimento 44 “Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma” (36,6%), “Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil” (29,8%) e procedimento 50 “Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los” (28,8%).

Nas vítimas de acidentes de viação

Quanto aos conhecimentos dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.7), observou-se que o procedimento mais frequentemente desconhecido foi o procedimento 63 “Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente” (66,4%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 59 “Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto” (56,6%) e procedimento 61 “Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos” (50,8%). Os procedimentos conhecidos com rigor mais frequentes foram: procedimento 59 “Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo” (43,4%) e procedimento 60 “Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	28	23,0%	69	56,6%	25	20,5%
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	15	12,3%	54	44,3%	53	43,4%
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	17	13,9%	53	43,4%	52	42,6%
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	33	27,0%	62	50,8%	27	22,1%
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	43	35,2%	53	43,4%	26	21,3%
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	81	66,4%	32	26,2%	9	7,4%
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstrução do acidente.	43	36,4%	61	51,7%	14	11,9%

Tabela 5.7: Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (N=128).

abrasões, lacerações e contusões” (42,6%).

Nas vítimas de intoxicação

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	19	16,1%	64	54,2%	35	29,7%
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	24	20,0%	65	54,2%	31	25,8%
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	76	62,3%	41	33,6%	5	4,1%
68. Preservar os vestígios eméticos.	55	45,8%	55	45,8%	10	8,3%
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	99	81,1%	19	15,6%	4	3,3%
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	31	25,4%	65	53,3%	26	21,3%
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	35	28,5%	42	34,1%	46	37,4%
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	35	28,5%	55	44,7%	33	26,8%
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	40	32,5%	52	42,3%	31	25,2%

Tabela 5.8: Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (N=128).

Em relação aos conhecimentos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.8), observou-se que os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 69 “Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada” (81,1%) e procedimento 67 “Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso” (62,3%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 65 “Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente” (54,2%) e procedimento 66 “Usando luvas e pinças,

mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos” (54,2%). O procedimento conhecido com rigor mais frequente foi o procedimento 71 “Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar” (37,4%).

Nas vítimas de asfixia

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	54	45,0%	53	44,2%	13	10,8%
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	54	45,4%	49	41,2%	16	13,4%
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	73	60,8%	40	33,3%	7	5,8%
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	77	64,7%	31	26,1%	11	9,2%
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	79	65,3%	37	30,6%	5	4,1%
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	55	45,8%	56	46,7%	9	7,5%
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	46	38,7%	64	53,8%	9	7,6%
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	39	32,5%	69	57,5%	12	10,0%
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	55	45,8%	55	45,8%	10	8,3%
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	21	17,5%	67	55,8%	32	26,7%
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	46	38,0%	56	46,3%	19	15,7%
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	43	35,8%	59	49,2%	18	15,0%
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	28	23,1%	59	48,8%	34	28,1%

Tabela 5.9: Conhecimentos dos procedimentos de vítimas de asfixia (N=128).

Em relação aos conhecimentos dos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.9), observou-se que os procedimentos mais frequentemente desconhecidos foram: procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura” (65,3%), procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado” (64,7%) e procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima” (60,8%). Os procedimentos conhecidos vagamente com maior frequência foram: procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros” (57,5%) e procedimento 83 “Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal” (55,8%). O procedimento conhecido com rigor mais frequente foi o procedimento 86 “Antes de qualquer procedimento

médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas” (28, 1%).

5.4 Executabilidade dos Procedimentos

Na gestão de vestígios

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	17	13,5%	102	81,0%	7	5,6%
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	3	2,4%	30	24,0%	92	73,6%
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	9	7,3%	61	49,2%	54	43,5%
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	8	6,4%	72	57,6%	45	36,0%
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	8	6,5%	81	65,3%	35	28,2%
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	23	18,4%	100	80,0%	2	1,6%
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	13	10,7%	70	57,4%	39	32,0%
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	55	44,4%	65	52,4%	4	3,2%
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	12	9,6%	87	69,6%	26	20,8%
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	8	6,5%	82	66,1%	34	27,4%
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	34	27,4%	81	65,3%	9	7,3%
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	21	16,9%	98	79,0%	5	4,0%
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	21	17,1%	100	81,3%	2	1,6%
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	19	15,3%	97	78,2%	8	6,5%
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	16	12,9%	90	72,6%	18	14,5%
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	10	8,1%	78	62,9%	36	29,0%
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	9	7,3%	64	52,0%	50	40,7%
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	11	8,9%	102	82,9%	10	8,1%
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	7	5,7%	69	56,1%	47	38,2%
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	16	12,9%	82	66,1%	26	21,0%

Tabela 5.10: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios (N=128).

Em termos de executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.10), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 18 “Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo” (82,9%), procedimento 13 “Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zara-

gatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las” (81,3%), procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência” (81,0%), procedimento 6 “Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor” (80,0%), procedimento 12 “Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante” (79,0%) e procedimento 14 “Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima” (78,2%). Os procedimentos executados com maior frequência foram “Documentar o tipo de tratamento efetuado” (73,6%), procedimento 3 “Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense” (43,5%) e procedimento 17 “Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo” (40,7%).

Na agressão sexual

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	17	13,6%	108	86,4%	0	0,0%
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	17	13,6%	106	84,8%	2	1,6%
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	19	15,2%	104	83,2%	2	1,6%
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	13	10,5%	68	54,8%	43	34,7%
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	11	9,0%	64	52,5%	47	38,5%
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	23	18,5%	61	49,2%	40	32,3%
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	12	9,8%	73	59,3%	38	30,9%
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	21	16,8%	98	78,4%	6	4,8%
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	35	28,0%	90	72,0%	0	0,0%

Tabela 5.11: Executabilidade dos procedimentos de agressão sexual (N=128).

Relativamente à executabilidade dos procedimentos de agressão sexual (Tabela 5.11), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual” (86,4%), procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual” (84,8%), procedimento 23 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual” (83,2%) e procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados” (78,4%). Os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 25 “Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras” (38,5%), procedimento 24

“Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável” (34,7%) e procedimento 26 “Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras” (32,3%).

Nas lesões

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	23	18,9%	57	46,7%	42	34,4%
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	8	6,5%	59	48,0%	56	45,5%
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	12	9,8%	99	80,5%	12	9,8%
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	12	9,8%	83	68,0%	27	22,1%
35. Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	11	9,0%	88	72,1%	23	18,9%

Tabela 5.12: Executabilidade dos procedimentos de lesões (N=128).

No que respeita à executabilidade dos procedimentos de lesões (Tabela 5.12), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 33 “Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita” (80,5%) e procedimento 35 “Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos” (72,1%). Os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 32 “Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias” (45,5%) e procedimento 31 “Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos” (34,4%).

Nas vítimas de arma branca

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	18	14,8%	102	83,6%	2	1,6%
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	18	14,8%	102	83,6%	2	1,6%
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	25	20,7%	83	68,6%	13	10,7%
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	11	9,0%	60	49,2%	51	41,8%
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	9	7,4%	57	46,7%	56	45,9%
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	15	12,3%	81	66,4%	26	21,3%
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	11	9,0%	80	65,6%	31	25,4%
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	22	18,0%	77	63,1%	23	18,9%

Tabela 5.13: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca (N=128).

No que respeita à executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca

(Tabela 5.13), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 36 “Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta” (83,6%), procedimento 37 “Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão” (83,6%) e procedimento 38 “Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime” (68,6%). Os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele” (45,9%) e procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão” (41,8%).

Nas vítimas de arma de fogo

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	18	14,9%	81	66,9%	22	18,2%
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	6	5,0%	83	68,6%	32	26,4%
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	18	15,1%	78	65,5%	23	19,3%
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	5	4,2%	69	57,5%	46	38,3%
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	5	4,1%	87	71,3%	30	24,6%
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível uma tatuagem ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	6	4,9%	92	75,4%	24	19,7%
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	4	3,3%	67	54,9%	51	41,8%
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	2	1,7%	62	51,2%	57	47,1%
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	52	42,6%	53	43,4%	17	13,9%
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	12	9,8%	103	84,4%	7	5,7%
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	9	7,4%	84	69,4%	28	23,1%
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	32	26,2%	83	68,0%	7	5,7%
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	16	13,1%	97	79,5%	9	7,4%
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	19	15,6%	93	76,2%	10	8,2%

Tabela 5.14: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo (Tabela 5.14), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 53 “Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo” (84,4%), procedimento 56 “Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal” (79,5%) e procedimento 57 “Evitar lavar as balas e/ou projeteis” (76,2%). Os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 51 “Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil” (47,1%) e 50 “Guardar as pe-

ças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los” (41,8%).

Nas vítimas de acidentes de viação

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	14	11,6%	54	44,6%	53	43,8%
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	7	5,7%	31	25,4%	84	68,9%
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	7	5,7%	32	26,2%	83	68,0%
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	13	10,7%	52	43,0%	56	46,3%
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	11	9,0%	46	37,7%	65	53,3%
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	28	23,1%	76	62,8%	17	14,0%
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	66	53,7%	54	43,9%	3	2,4%

Tabela 5.15: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.15), observou-se que o procedimento executado menos frequentemente foi 63 “Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente” (62,8%) e os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 59 “Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo” (68,9%) e procedimento 60 “Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões” (68,0%).

Nas vítimas de intoxicação

Em termos de executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.16), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 67 “Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso” (85,1%), procedimento 69 “Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada” (82,0%) e “Preservar os vestígios eméticos” (75,8%). Os procedimentos executados com maior frequência foram procedimento 71 “Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar” (60,3%) e procedimento 65 “Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente” (48,4%).

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	19	15,6%	44	36,1%	59	48,4%
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	17	13,8%	59	48,0%	47	38,2%
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	17	14,0%	103	85,1%	1	0,8%
68. Preservar os vestígios eméticos.	12	10,0%	91	75,8%	17	14,2%
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	21	17,2%	100	82,0%	1	0,8%
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	25	20,5%	53	43,4%	44	36,1%
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	10	8,3%	38	31,4%	73	60,3%
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	9	7,4%	79	65,3%	33	27,3%
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	15	12,4%	67	55,4%	39	32,2%

Tabela 5.16: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação (N=128).

Nas vítimas de asfixia

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.17), observou-se que os procedimentos executados menos frequentemente foram procedimento 85 “Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor” (86,6%), procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura” (80,7%), procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima” (77,5%), procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado” (77,5%), procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros” (77,5%), procedimento 74 “Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço” (77,3%) e procedimento 79 “Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame” (76,7%). Os procedimentos executados com maior frequência foram: procedimento 83 “Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal” (44,2%) e procedimento 86 “Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas” (37,0%).

5.5 Relação Entre Executabilidade e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos

Os resultados relativos à relação entre executabilidade e conhecimentos dos procedimentos por categoria são seguidamente apresentados, da Tabela 5.18 à Tabela 5.25. Em

	Não se aplica		Nunca executei		Já executei	
	N	%	N	%	N	%
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	26	21,8%	92	77,3%	1	0,8%
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	26	21,7%	88	73,3%	6	5,0%
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	25	20,8%	93	77,5%	2	1,7%
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	22	18,3%	93	77,5%	5	4,2%
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	22	18,5%	96	80,7%	1	0,8%
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	24	20,0%	92	76,7%	4	3,3%
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	31	25,8%	84	70,0%	5	4,2%
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	13	10,8%	93	77,5%	14	11,7%
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	36	30,0%	81	67,5%	3	2,5%
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	4	3,3%	63	52,5%	53	44,2%
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	9	7,6%	86	72,3%	24	20,2%
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	12	10,1%	103	86,6%	4	3,4%
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	10	8,4%	65	54,6%	44	37,0%

Tabela 5.17: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia (N=128).

todos as categorias a maioria das correlações entre a executabilidade dos procedimentos e o conhecimento dos procedimentos são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) e são na totalidade positivas, em que quanto mais elevada é o nível de conhecimento de um procedimento mais elevada é a sua executabilidade. Somente não se observaram associações estatisticamente significativas entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos na gestão de vestígios: procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, procedimento 3 “Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense”, procedimento 7 “Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor”, procedimento 8 “Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir” e procedimento 20 “Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local”; em agressão sexual: procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados” e procedimento 29 “Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu”; nas lesões: procedimento 35 “Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos”; em vítimas de intoxi-

cação: procedimento 71 “Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar”; em vítimas de asfixia: procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima”; procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado”, procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura”, procedimento 79 “Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame” e procedimento 84 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros”.

Procedimento	r	p
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	0,169	0,059
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	0,450	0,000*
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	0,615	0,329
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	0,577	0,000*
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	0,489	0,000*
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	0,237	0,000*
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	0,472	0,729
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	0,091	0,562
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	0,494	0,000*
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	0,554	0,000*
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	0,173	0,000*
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	0,205	0,000*
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	0,151	0,000*
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	0,269	0,000*
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	0,350	0,000*
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	0,537	0,000*
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	0,572	0,000*
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	0,305	0,000*
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	0,562	0,000*

Procedimento	r	p
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	0,465	0,099
* $p < 0,05$ Fim da Tabela		

Tabela 5.18: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de gestão de vestígios.

Procedimento	r	p
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	0,083	0,003*
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	0,085	0,000*
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	0,089	0,000*
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	0,278	0,000*
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	0,334	0,001*
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	0,156	0,000*
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	0,313	0,000*
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	0,211	0,359
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	0,115	0,349
* $p < 0,05$ Fim da Tabela		

Tabela 5.19: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de agressão sexual.

Procedimento	r	p
30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	0,375	0,002*
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	0,349	0,000*
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	0,471	0,086
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	0,363	0,000*
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	0,420	0,020*
35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	0,496	0,205
* $p < 0,05$ Fim da Tabela		

Tabela 5.20: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de lesões.

Procedimento	r	p
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	0,216	0,000*
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de "caudas", cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	0,217	0,000*

Procedimento	r	p
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	0,403	0,000*
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	0,522	0,000*
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	0,602	0,000*
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	0,517	0,017*
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	0,531	0,017*
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto "afiado" ou com a alegada arma	0,372	0,000*
*p < 0,05		
Fim da Tabela		

Tabela 5.21: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de vítimas de arma branca.

Procedimento	r	p
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	0,257	0,000*
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	0,377	0,000*
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	0,306	0,000*
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	0,441	0,000*
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	0,499	0,000*
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	0,455	0,005*
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	0,471	0,001*
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	0,517	0,000*
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	0,304	0,000*
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	0,243	0,000*
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	0,544	0,000*
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	0,270	0,000*
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	0,359	0,001*
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	0,421	0,007*
*p < 0,05		
Fim da Tabela		

Tabela 5.22: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de vítimas de armas de fogo.

Procedimento	r	p
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	0,587	0,000*
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	0,556	0,003*
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	0,473	0,000*

Procedimento	r	p
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujeira ou detritos.	0,581	0,000*
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	0,564	0,000*
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	0,357	0,000*
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	0,269	0,000*
*p < 0, 05 Fim da Tabela		

Tabela 5.23: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação.

Procedimento	r	p
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	0,473	0,000*
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	0,348	0,000*
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	0,032	0,003*
68. Preservar os vestígios eméticos.	0,342	0,000*
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	0,079	0,000*
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	0,504	0,000*
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	0,647	0,394
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	0,496	0,000*
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	0,560	0,000*
*p < 0, 05 Fim da Tabela		

Tabela 5.24: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de vítimas de intoxicação.

Procedimento	r	p
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	0,051	0,000*
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	0,132	0,000*
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	0,075	0,587
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	0,136	0,156
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	0,054	0,419
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	0,253	0,143
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	0,140	0,006*
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	0,374	0,133

Procedimento	r	p
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	0,250	0,000*
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	0,493	0,006*
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	0,491	0,000*
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	0,356	0,000*
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	0,570	0,000*
*p < 0,05		
Fim da Tabela		

Tabela 5.25: Correlação de Spearman entre a executabilidade e o conhecimento dos procedimentos de vítimas de asfixia.

5.6 Relação Entre Habilitações Académicas e Executibilidade dos Procedimentos

Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a habilitação académica dos enfermeiros e a executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios, agressão sexual, lesões e vítimas de armas de fogo. Nos procedimentos referentes a vítimas de arma branca, acidentes de viação, intoxicações e asfixias, existe associação estatisticamente significativa.

Nas vítimas de arma branca

	Aplicabilidade	Habilitações Académicas				p
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutoramento		
		N	%	N	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Não se aplica	17	16,5%	1	5,3%	0,195
	Nunca executei	85	82,5%	17	89,5%	
	Já executei	1	1,0%	1	5,3%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Não se aplica	17	16,5%	1	5,3%	0,002*
	Nunca executei	86	83,5%	16	84,2%	
	Já executei	0	0,0%	2	10,5%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Não se aplica	23	22,5%	2	10,5%	0,479
	Nunca executei	68	66,7%	15	78,9%	
	Já executei	11	10,8%	2	10,5%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Não se aplica	10	9,7%	1	5,3%	0,816
	Nunca executei	50	48,5%	10	52,6%	
	Já executei	43	41,7%	8	42,1%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Não se aplica	8	7,8%	1	5,3%	0,829
	Nunca executei	47	45,6%	10	52,6%	
	Já executei	48	46,6%	8	42,1%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Não se aplica	13	12,6%	2	10,5%	0,965
	Nunca executei	68	66,0%	13	68,4%	

Continuação da tabela 5.26						
	Aplicabilidade	Habilitações Académicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutoramento		
		N	%	N	%	
	Já executei	22	21,4%	4	21,1%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Não se aplica	10	9,7%	1	5,3%	0,702
	Nunca executei	68	66,0%	12	63,2%	
	Já executei	25	24,3%	6	31,6%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Não se aplica	20	19,4%	2	10,5%	0,650
	Nunca executei	64	62,1%	13	68,4%	
	Já executei	19	18,4%	4	21,1%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.26: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo as habilitações académicas (N=128).

Constata-se a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a habilitação académica dos enfermeiros e a executabilidade do procedimento 37 de vítimas de arma branca “Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão”, em que nenhum dos enfermeiros com bacharelato ou licenciatura executou esse procedimento, enquanto nos enfermeiros com mestrado ou doutoramento 10,5% executaram esse procedimento (Tabela 5.26).

Nas vítimas de acidentes de viação

	Aplicabilidade	Habilitações Académicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutoramento		
		N	%	N	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Não se aplica	13	12,7%	1	5,3%	0,384
	Nunca executei	43	42,2%	11	57,9%	
	Já executei	46	45,1%	7	36,8%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Não se aplica	6	5,8%	1	5,3%	0,798
	Nunca executei	25	24,3%	6	31,6%	
	Já executei	72	69,9%	12	63,2%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Não se aplica	6	5,8%	1	5,3%	0,995
	Nunca executei	27	26,2%	5	26,3%	
	Já executei	70	68,0%	13	68,4%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Não se aplica	12	11,7%	1	5,6%	0,233
	Nunca executei	41	39,8%	11	61,1%	
	Já executei	50	48,5%	6	33,3%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Não se aplica	9	8,7%	2	10,5%	0,565
	Nunca executei	37	35,9%	9	47,4%	
	Já executei	57	55,3%	8	42,1%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Não se aplica	25	24,5%	3	15,8%	0,519
	Nunca executei	64	62,7%	12	63,2%	

Continuação da tabela 5.27						
	Aplicabilidade	Habilitações Académicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutoramento		
		N	%	N	%	
	Já executei	13	12,7%	4	21,1%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Não se aplica	56	53,8%	10	52,6%	0,043*
	Nunca executei	47	45,2%	7	36,8%	
	Já executei	1	1,0%	2	10,5%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.27: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo as habilitações académicas (N=128).

Relativamente às vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.27), observa-se a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a habilitação académica dos enfermeiros e a executabilidade do procedimento 64 “No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente”, em que 1,0% dos enfermeiros com bacharelato ou licenciatura executou esse procedimento, sendo essa proporção 10,5% nos enfermeiros com mestrado ou doutoramento.

Nas vítimas de intoxicação

	Aplicabilidade	Habilitações Académicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutoramento		
		N	%	N	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Não se aplica	17	16,3%	2	11,1%	0,240
	Nunca executei	40	38,5%	4	22,2%	
	Já executei	47	45,2%	12	66,7%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Não se aplica	16	15,4%	1	5,3%	0,501
	Nunca executei	49	47,1%	10	52,6%	
	Já executei	39	37,5%	8	42,1%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Não se aplica	15	14,7%	2	10,5%	0,804
	Nunca executei	86	84,3%	17	89,5%	
	Já executei	1	1,0%	0	0,0%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Não se aplica	11	10,9%	1	5,3%	0,629
	Nunca executei	75	74,3%	16	84,2%	
	Já executei	15	14,9%	2	10,5%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Não se aplica	18	17,5%	3	15,8%	0,894
	Nunca executei	84	81,6%	16	84,2%	
	Já executei	1	1,0%	0	0,0%	

70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Não se aplica	25	24,0%	0	0,0%	0,006*
	Nunca executei	47	45,2%	6	33,3%	

Continuação da tabela 5.28						
	Aplicabilidade	Habilitações Acadêmicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutorado		
		N	%	N	%	
	Já executei	32	30,8%	12	66,7%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar.	Não se aplica	9	8,7%	1	5,6%	0,724
	Nunca executei	31	30,1%	7	38,9%	
	Já executei	63	61,2%	10	55,6%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Não se aplica	9	8,7%	0	0,0%	0,421
	Nunca executei	66	64,1%	13	72,2%	
	Já executei	28	27,2%	5	27,8%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Não se aplica	14	13,6%	1	5,6%	0,389
	Nunca executei	58	56,3%	9	50,0%	
	Já executei	31	30,1%	8	44,4%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.28: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo as habilitações académicas (N=128).

Em termos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.28), no procedimento 70 “Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local”, constata-se a existência de uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a habilitação académica dos enfermeiros e a executabilidade desse procedimento, em que 66,7% dos enfermeiros com mestrado ou doutoramento executou esse procedimento e, pelo contrário, somente 30,8% dos enfermeiros com bacharelato ou licenciatura executou esse procedimento.

Nas vítimas de asfixia

	Aplicabilidade	Habilitações Acadêmicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutorado		
		N	%	N	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Não se aplica	24	23,5%	2	11,8%	0,030*
	Nunca executei	78	76,5%	14	82,4%	
	Já executei	0	0,0%	1	5,9%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Não se aplica	24	23,3%	2	11,8%	0,564
	Nunca executei	74	71,8%	14	82,4%	
	Já executei	5	4,9%	1	5,9%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Não se aplica	25	24,3%	0	0,0%	0,031*
	Nunca executei	77	74,8%	16	94,1%	
	Já executei	1	1,0%	1	5,9%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Não se aplica	21	20,4%	1	5,9%	0,348
	Nunca executei	78	75,7%	15	88,2%	
	Já executei	4	3,9%	1	5,9%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Não se aplica	20	19,6%	2	11,8%	0,039*
	Nunca executei	82	80,4%	14	82,4%	

Continuação da tabela 5.29						
	Aplicabilidade	Habilitações Acadêmicas				P
		Bacharelato ou Licenciatura		Mestrado ou Doutorado		
		N	%	N	%	
	Já executei	0	0,0%	1	5,9%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Não se aplica	23	22,3%	1	5,9%	0,259
	Nunca executei	77	74,8%	15	88,2%	
	Já executei	3	2,9%	1	5,9%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Não se aplica	29	28,2%	2	11,8%	0,352
	Nunca executei	70	68,0%	14	82,4%	
	Já executei	4	3,9%	1	5,9%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Não se aplica	13	12,6%	0	0,0%	0,245
	Nunca executei	79	76,7%	14	82,4%	
	Já executei	11	10,7%	3	17,6%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Não se aplica	32	31,1%	4	23,5%	0,546
	Nunca executei	69	67,0%	12	70,6%	
	Já executei	2	1,9%	1	5,9%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Não se aplica	3	2,9%	1	5,9%	0,765
	Nunca executei	55	53,4%	8	47,1%	
	Já executei	45	43,7%	8	47,1%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Não se aplica	9	8,8%	0	0,0%	0,309
	Nunca executei	74	72,5%	12	70,6%	
	Já executei	19	18,6%	5	29,4%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Não se aplica	12	11,8%	0	0,0%	0,286
	Nunca executei	87	85,3%	16	94,1%	
	Já executei	3	2,9%	1	5,9%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior detecção laboratorial de substâncias ilícitas.	Não se aplica	9	8,8%	1	5,9%	0,880
	Nunca executei	56	54,9%	9	52,9%	
	Já executei	37	36,3%	7	41,2%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.29: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo as habilitações acadêmicas (N=128).

Quanto às vítimas de asfixia (Tabela 5.29), observa-se a existência de uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a habilitação acadêmica dos enfermeiros e a executabilidade dos procedimentos: procedimento 74 “Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço”, procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima” e procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura”. Quanto ao item relativo ao procedimento 74, 23,5% dos enfermeiros com bacharelato ou licenciatura referem a não aplicabilidade desse procedimento, sendo essa percentagem de 11,8% nos enfermeiros com mestrado ou doutoramento. A proporção de enfermeiros com bacharelato ou licenciatura que referem a não aplicabilidade do procedimento 76 era de 24,3%, enquanto nenhum dos enfermeiros com mestrado ou doutoramento referiu essa não aplicabilidade. Finalmente, no que respeita ao procedimento 78, 19,6% dos

enfermeiros com bacharelato ou licenciatura referem a sua não aplicabilidade, sendo esse número de 11,8% nos enfermeiros com mestrado ou doutoramento.

5.7 Relação Entre Categoria Profissional e a Perceção do Conhecimento dos Procedimentos

Exceto nos procedimentos referentes a arma branca e acidentes de viação, em todas as demais categorias analisadas, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a categoria profissional dos enfermeiros e o conhecimento de alguns procedimentos.

Na gestão de vestígios

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Desconhecia	41	65,1%	30	61,2%	7	50,0%	0,001*
	Conhecia vagamente	21	33,3%	19	38,8%	4	28,6%	
	Conhecia com rigor	1	1,6%	0	0,0%	3	21,4%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Desconhecia	8	12,7%	6	12,2%	1	7,1%	0,869
	Conhecia vagamente	29	46,0%	22	44,9%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	26	41,3%	21	42,9%	8	57,1%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Desconhecia	12	19,0%	9	18,8%	1	7,7%	0,178
	Conhecia vagamente	37	58,7%	32	66,7%	6	46,2%	
	Conhecia com rigor	14	22,2%	7	14,6%	6	46,2%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	Desconhecia	11	17,7%	10	20,4%	1	7,1%	0,123
	Conhecia vagamente	39	62,9%	30	61,2%	6	42,9%	
	Conhecia com rigor	12	19,4%	9	18,4%	7	50,0%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Desconhecia	12	19,4%	13	27,1%	1	7,1%	0,523
	Conhecia vagamente	42	67,7%	29	60,4%	10	71,4%	
	Conhecia com rigor	8	12,9%	6	12,5%	3	21,4%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Desconhecia	19	30,2%	21	46,7%	2	14,3%	0,011*
	Conhecia vagamente	41	65,1%	20	44,4%	8	57,1%	
	Conhecia com rigor	3	4,8%	4	8,9%	4	28,6%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Desconhecia	16	25,4%	8	16,7%	3	21,4%	0,217
	Conhecia vagamente	36	57,1%	30	62,5%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	11	17,5%	10	20,8%	6	42,9%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Desconhecia	21	33,9%	18	40,0%	3	21,4%	0,393
	Conhecia vagamente	34	54,8%	22	48,9%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	7	11,3%	5	11,1%	4	28,6%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Desconhecia	23	36,5%	18	38,3%	2	14,3%	0,067
	Conhecia vagamente	30	47,6%	26	55,3%	7	50,0%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
	Conhecia com rigor	10	15,9%	3	6,4%	5	35,7%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Desconhecia	12	19,4%	12	25,0%	2	14,3%	0,513
	Conhecia vagamente	35	56,5%	26	54,2%	6	42,9%	
	Conhecia com rigor	15	24,2%	10	20,8%	6	42,9%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Desconhecia	23	37,1%	17	36,2%	4	26,7%	0,572
	Conhecia vagamente	35	56,5%	26	55,3%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	4	6,5%	4	8,5%	3	20,0%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Desconhecia	30	47,6%	19	40,4%	5	33,3%	0,455
	Conhecia vagamente	29	46,0%	21	44,7%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	4	6,3%	7	14,9%	3	20,0%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Desconhecia	33	52,4%	20	43,5%	5	33,3%	0,169
	Conhecia vagamente	28	44,4%	20	43,5%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	6	13,0%	3	20,0%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Desconhecia	19	30,2%	14	30,4%	4	26,7%	0,784
	Conhecia vagamente	40	63,5%	26	56,5%	9	60,0%	
	Conhecia com rigor	4	6,3%	6	13,0%	2	13,3%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Desconhecia	16	25,4%	15	31,9%	2	13,3%	0,385
	Conhecia vagamente	37	58,7%	22	46,8%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	10	15,9%	10	21,3%	5	33,3%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Desconhecia	15	23,8%	15	31,9%	4	26,7%	0,679
	Conhecia vagamente	31	49,2%	19	40,4%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	17	27,0%	13	27,7%	6	40,0%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Desconhecia	12	19,0%	19	40,4%	1	6,7%	0,002*
	Conhecia vagamente	36	57,1%	19	40,4%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	15	23,8%	9	19,1%	9	60,0%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Desconhecia	33	52,4%	27	56,3%	2	14,3%	0,074
	Conhecia vagamente	22	34,9%	16	33,3%	8	57,1%	
	Conhecia com rigor	8	12,7%	5	10,4%	4	28,6%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Desconhecia	12	19,0%	12	25,0%	2	13,3%	0,807
	Conhecia vagamente	32	50,8%	23	47,9%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	19	30,2%	13	27,1%	6	40,0%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Desconhecia	37	58,7%	22	46,8%	7	46,7%	0,568
	Conhecia vagamente	15	23,8%	17	36,2%	4	26,7%	
	Conhecia com rigor	11	17,5%	8	17,0%	4	26,7%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.30: Conhecimento dos procedimentos de gestão de vestígios segundo a categoria profissional (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.30), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, procedimento 6 “Fotografar sempre que possível qualquer

vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor”, e procedimento 17 “Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo”, sendo menor a proporção de desconhecimento nos com especialidade.

Na agressão sexual

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	34	54,0%	19	40,4%	4	28,6%	0,023*
	Conhecia vagamente	26	41,3%	25	53,2%	6	42,9%	
	Conhecia com rigor	3	4,8%	3	6,4%	4	28,6%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	31	49,2%	19	40,4%	3	21,4%	0,047*
	Conhecia vagamente	29	46,0%	24	51,1%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	3	4,8%	4	8,5%	4	28,6%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	30	47,6%	17	36,2%	3	21,4%	0,097
	Conhecia vagamente	28	44,4%	26	55,3%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	5	7,9%	4	8,5%	4	28,6%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Desconhecia	4	6,5%	8	17,0%	2	14,3%	0,423
	Conhecia vagamente	37	59,7%	24	51,1%	6	42,9%	
	Conhecia com rigor	21	33,9%	15	31,9%	6	42,9%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Desconhecia	6	9,5%	5	10,6%	2	14,3%	0,871
	Conhecia vagamente	29	46,0%	24	51,1%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	28	44,4%	18	38,3%	7	50,0%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Desconhecia	6	9,5%	5	10,6%	1	7,1%	0,274
	Conhecia vagamente	21	33,3%	25	53,2%	6	42,9%	
	Conhecia com rigor	36	57,1%	17	36,2%	7	50,0%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Desconhecia	8	12,7%	6	12,5%	2	14,3%	0,990
	Conhecia vagamente	27	42,9%	21	43,8%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	28	44,4%	21	43,8%	7	50,0%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Desconhecia	26	41,3%	17	36,2%	3	23,1%	0,332
	Conhecia vagamente	31	49,2%	23	48,9%	6	46,2%	
	Conhecia com rigor	6	9,5%	7	14,9%	4	30,8%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Desconhecia	33	52,4%	32	68,1%	7	50,0%	0,133
	Conhecia vagamente	28	44,4%	14	29,8%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	1	2,1%	2	14,3%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.31: Conhecimento dos procedimentos de agressão sexual segundo a categoria profissional (N=128).

Quanto ao conhecimento dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.31), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias

profissionais nos procedimentos: procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual” e procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”, sendo a proporção de enfermeiros que desconhecem esses procedimentos mais baixa nos enfermeiros especialistas.

Nas lesões

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	Desconhecia	8	12,9%	6	12,5%	3	20,0%	0,477
	Conhecia vagamente	33	53,2%	31	64,6%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	21	33,9%	11	22,9%	6	40,0%	
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	Desconhecia	2	3,2%	4	8,3%	1	6,7%	0,404
	Conhecia vagamente	31	49,2%	29	60,4%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	30	47,6%	15	31,3%	7	46,7%	
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	Desconhecia	4	6,5%	13	27,1%	1	6,7%	0,035*
	Conhecia vagamente	36	58,1%	22	45,8%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	22	35,5%	13	27,1%	6	40,0%	
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	Desconhecia	18	28,6%	15	31,9%	3	20,0%	0,056
	Conhecia vagamente	41	65,1%	27	57,4%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	4	6,3%	5	10,6%	5	33,3%	
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	Desconhecia	14	22,2%	15	34,1%	3	20,0%	0,616
	Conhecia vagamente	37	58,7%	21	47,7%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	12	19,0%	8	18,2%	4	26,7%	
35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	Desconhecia	15	23,8%	15	32,6%	3	20,0%	0,111
	Conhecia vagamente	39	61,9%	25	54,3%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	9	14,3%	6	13,0%	6	40,0%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.32: Conhecimento dos procedimentos de lesões segundo a categoria profissional (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a lesões (Tabela 5.32), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais em termos de conhecimento no procedimento 32 “Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias”, sendo nos enfermeiros graduados a mais elevada a proporção de desconhecimento desse procedimento.

Nas vítimas de arma de fogo

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	Desconhecia	10	15,9%	9	19,6%	2	14,3%	0,519

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
	Conhecia vagamente	31	49,2%	22	47,8%	4	28,6%	
	Conhecia com rigor	22	34,9%	15	32,6%	8	57,1%	
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	Desconhecia	8	12,7%	5	11,1%	1	7,1%	0,865
	Conhecia vagamente	41	65,1%	29	64,4%	8	57,1%	
	Conhecia com rigor	14	22,2%	11	24,4%	5	35,7%	
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	Desconhecia	8	12,7%	10	21,7%	1	7,1%	0,429
	Conhecia vagamente	42	66,7%	27	58,7%	8	57,1%	
	Conhecia com rigor	13	20,6%	9	19,6%	5	35,7%	
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	Desconhecia	9	14,3%	8	17,8%	2	14,3%	0,702
	Conhecia vagamente	38	60,3%	29	64,4%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	16	25,4%	8	17,8%	5	35,7%	
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	Desconhecia	24	38,1%	18	38,3%	6	40,0%	0,078
	Conhecia vagamente	29	46,0%	24	51,1%	3	20,0%	
	Conhecia com rigor	10	15,9%	5	10,6%	6	40,0%	
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	Desconhecia	19	30,2%	15	31,9%	5	33,3%	0,938
	Conhecia vagamente	36	57,1%	26	55,3%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	8	12,7%	6	12,8%	3	20,0%	
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	Desconhecia	9	14,3%	10	21,3%	1	6,7%	0,163
	Conhecia vagamente	36	57,1%	27	57,4%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	18	28,6%	10	21,3%	8	53,3%	
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	Desconhecia	11	17,7%	10	21,3%	2	13,3%	0,964
	Conhecia vagamente	32	51,6%	24	51,1%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	19	30,6%	13	27,7%	5	33,3%	
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	Desconhecia	12	19,4%	9	19,6%	3	21,4%	0,494
	Conhecia vagamente	42	67,7%	26	56,5%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	8	12,9%	11	23,9%	4	28,6%	
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	Desconhecia	26	41,3%	21	45,7%	5	33,3%	0,140
	Conhecia vagamente	33	52,4%	22	47,8%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	4	6,3%	3	6,5%	4	26,7%	
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	Desconhecia	18	28,6%	18	40,0%	3	20,0%	0,468
	Conhecia vagamente	35	55,6%	19	42,2%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	10	15,9%	8	17,8%	4	26,7%	
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	Desconhecia	21	33,9%	19	41,3%	5	33,3%	0,451
	Conhecia vagamente	33	53,2%	23	50,0%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	8	12,9%	4	8,7%	4	26,7%	
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	Desconhecia	26	41,3%	21	45,7%	5	35,7%	0,460
	Conhecia vagamente	28	44,4%	21	45,7%	5	35,7%	
	Conhecia com rigor	9	14,3%	4	8,7%	4	28,6%	
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	Desconhecia	14	22,2%	14	31,1%	7	46,7%	0,035*
	Conhecia vagamente	35	55,6%	24	53,3%	2	13,3%	
	Conhecia com rigor	14	22,2%	7	15,6%	6	40,0%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.33: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de armas de fogo segundo a categoria profissional (N=128).

No que respeita ao conhecimento dos procedimentos de vítimas de arma de fogo (Tabela 5.33), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais dos enfermeiros no procedimento 57 “Evitar lavar as balas e/ou projeteis”, sendo a proporção de conhecimento com rigor mais elevada nos enfermeiros com especialidade.

Nas vítimas de intoxicação

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Desconhecia	12	19,4%	7	15,9%	0	0,0%	0,325
	Conhecia vagamente	32	51,6%	26	59,1%	6	50,0%	
	Conhecia com rigor	18	29,0%	11	25,0%	6	50,0%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Desconhecia	15	23,8%	8	18,2%	1	7,7%	0,347
	Conhecia vagamente	35	55,6%	24	54,5%	6	46,2%	
	Conhecia com rigor	13	20,6%	12	27,3%	6	46,2%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Desconhecia	39	61,9%	30	66,7%	7	50,0%	0,012*
	Conhecia vagamente	22	34,9%	15	33,3%	4	28,6%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	0	0,0%	3	21,4%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Desconhecia	30	48,4%	21	47,7%	4	28,6%	0,152
	Conhecia vagamente	30	48,4%	18	40,9%	7	50,0%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	5	11,4%	3	21,4%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Desconhecia	51	81,0%	38	84,4%	10	71,4%	0,171
	Conhecia vagamente	11	17,5%	6	13,3%	2	14,3%	
	Conhecia com rigor	1	1,6%	1	2,2%	2	14,3%	
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Desconhecia	13	20,6%	16	36,4%	2	13,3%	0,022*
	Conhecia vagamente	40	63,5%	19	43,2%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	10	15,9%	9	20,5%	7	46,7%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	Desconhecia	17	27,0%	13	28,9%	5	33,3%	0,774
	Conhecia vagamente	22	34,9%	17	37,8%	3	20,0%	
	Conhecia com rigor	24	38,1%	15	33,3%	7	46,7%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Desconhecia	19	30,2%	13	28,9%	3	20,0%	0,449
	Conhecia vagamente	30	47,6%	20	44,4%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	14	22,2%	12	26,7%	7	46,7%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Desconhecia	19	30,2%	16	35,6%	5	33,3%	0,588
	Conhecia vagamente	29	46,0%	19	42,2%	4	26,7%	
	Conhecia com rigor	15	23,8%	10	22,2%	6	40,0%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.34: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo a categoria profissional (N=128).

Em termos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.34), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 67 “Com o auxílio de uma caneta,

circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso” e procedimento 70 “Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local”. Em ambos os procedimentos a menor proporção de desconhecimento foi observada nos enfermeiros sem graduação ou especialidade.

Nas vítimas de asfixia

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Desconhecia	29	46,8%	18	41,9%	7	46,7%	0,511
	Conhecia vagamente	29	46,8%	19	44,2%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	4	6,5%	6	14,0%	3	20,0%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Desconhecia	29	47,5%	20	46,5%	5	33,3%	0,701
	Conhecia vagamente	26	42,6%	16	37,2%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	6	9,8%	7	16,3%	3	20,0%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Desconhecia	37	59,7%	27	62,8%	9	60,0%	0,575
	Conhecia vagamente	23	37,1%	13	30,2%	4	26,7%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	3	7,0%	2	13,3%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Desconhecia	41	67,2%	27	62,8%	9	60,0%	0,433
	Conhecia vagamente	17	27,9%	11	25,6%	3	20,0%	
	Conhecia com rigor	3	4,9%	5	11,6%	3	20,0%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Desconhecia	42	67,7%	28	63,6%	9	60,0%	0,153
	Conhecia vagamente	20	32,3%	13	29,5%	4	26,7%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	3	6,8%	2	13,3%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Desconhecia	30	48,4%	19	44,2%	6	40,0%	0,045*
	Conhecia vagamente	30	48,4%	21	48,8%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	3	7,0%	4	26,7%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, por exemplo papel	Desconhecia	24	39,3%	17	39,5%	5	33,3%	0,268
	Conhecia vagamente	35	57,4%	22	51,2%	7	46,7%	
	Conhecia com rigor	2	3,3%	4	9,3%	3	20,0%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Desconhecia	17	27,4%	15	34,9%	7	46,7%	0,025*
	Conhecia vagamente	43	69,4%	21	48,8%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	2	3,2%	7	16,3%	3	20,0%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Desconhecia	27	43,5%	20	46,5%	8	53,3%	0,254
	Conhecia vagamente	32	51,6%	19	44,2%	4	26,7%	
	Conhecia com rigor	3	4,8%	4	9,3%	3	20,0%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Desconhecia	11	17,7%	7	16,3%	3	20,0%	0,219
	Conhecia vagamente	39	62,9%	23	53,5%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	12	19,4%	13	30,2%	7	46,7%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Desconhecia	26	41,9%	14	31,8%	6	40,0%	0,481
	Conhecia vagamente	29	46,8%	22	50,0%	5	33,3%	
	Conhecia com rigor	7	11,3%	8	18,2%	4	26,7%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Desconhecia	20	32,8%	18	40,9%	5	33,3%	0,477
	Conhecia vagamente	34	55,7%	19	43,2%	6	40,0%	
	Conhecia com rigor	7	11,5%	7	15,9%	4	26,7%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Desconhecia	11	17,7%	14	31,8%	3	20,0%	0,404
	Conhecia vagamente	30	48,4%	21	47,7%	8	53,3%	
	Conhecia com rigor	21	33,9%	9	20,5%	4	26,7%	
*p < 0,05								
Fim da Tabela								

Tabela 5.35: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de Asfixia segundo a categoria profissional (N=128).

Quanto aos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.35), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais dos enfermeiros nos procedimentos: procedimento 79 “Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame” e procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros”. Em ambos os procedimentos a proporção de conhecimento com rigor mais elevada foi observada nos enfermeiros com especialidade.

5.8 Relação Entre Categoria Profissional e Executibilidade dos Procedimentos

Exceto nos procedimentos referentes às lesões, em todas as demais categorias, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a categoria profissional dos enfermeiros e a executabilidade de alguns procedimentos.

Na gestão de vestígios

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Não se aplica	3	4,8%	12	24,5%	2	13,3%	0,026*
	Nunca executei	56	90,3%	35	71,4%	11	73,3%	
	Já executei	3	4,8%	2	4,1%	2	13,3%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Não se aplica	0	0,0%	2	4,2%	1	6,7%	0,363
	Nunca executei	17	27,4%	9	18,8%	4	26,7%	
	Já executei	45	72,6%	37	77,1%	10	66,7%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Não se aplica	4	6,5%	4	8,3%	1	7,1%	0,386
	Nunca executei	35	56,5%	22	45,8%	4	28,6%	
	Já executei	23	37,1%	22	45,8%	9	64,3%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e características específicas	Não se aplica	4	6,5%	3	6,3%	1	6,7%	0,451
	Nunca executei	40	64,5%	26	54,2%	6	40,0%	
	Já executei	18	29,0%	19	39,6%	8	53,3%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Não se aplica	3	4,8%	3	6,4%	2	13,3%	0,783
	Nunca executei	40	64,5%	32	68,1%	9	60,0%	
	Já executei	19	30,6%	12	25,5%	4	26,7%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Não se aplica	6	9,7%	13	27,1%	4	26,7%	0,000*
	Nunca executei	56	90,3%	35	72,9%	9	60,0%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	2	13,3%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Não se aplica	4	6,6%	7	15,2%	2	13,3%	0,123
	Nunca executei	42	68,9%	20	43,5%	8	53,3%	
	Já executei	15	24,6%	19	41,3%	5	33,3%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Não se aplica	20	32,8%	28	58,3%	7	46,7%	0,000*
	Nunca executei	40	65,6%	20	41,7%	5	33,3%	
	Já executei	1	1,6%	0	0,0%	3	20,0%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Não se aplica	1	1,6%	10	20,8%	1	6,7%	0,009*
	Nunca executei	49	79,0%	29	60,4%	9	60,0%	
	Já executei	12	19,4%	9	18,8%	5	33,3%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Não se aplica	0	0,0%	6	12,8%	2	13,3%	0,009*
	Nunca executei	49	79,0%	24	51,1%	9	60,0%	
	Já executei	13	21,0%	17	36,2%	4	26,7%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Não se aplica	15	24,2%	15	31,3%	4	28,6%	0,342
	Nunca executei	45	72,6%	28	58,3%	8	57,1%	
	Já executei	2	3,2%	5	10,4%	2	14,3%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Não se aplica	7	11,3%	11	22,9%	3	21,4%	0,487
	Nunca executei	53	85,5%	35	72,9%	10	71,4%	
	Já executei	2	3,2%	2	4,2%	1	7,1%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Não se aplica	8	13,1%	10	20,8%	3	21,4%	0,258
	Nunca executei	53	86,9%	37	77,1%	10	71,4%	
	Já executei	0	0,0%	1	2,1%	1	7,1%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Não se aplica	6	9,7%	9	18,8%	4	28,6%	0,190
	Nunca executei	53	85,5%	36	75,0%	8	57,1%	
	Já executei	3	4,8%	3	6,3%	2	14,3%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Não se aplica	6	9,7%	8	16,7%	2	14,3%	0,066
	Nunca executei	52	83,9%	29	60,4%	9	64,3%	
	Já executei	4	6,5%	11	22,9%	3	21,4%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Não se aplica	4	6,5%	5	10,4%	1	7,1%	0,460
	Nunca executei	44	71,0%	26	54,2%	8	57,1%	
	Já executei	14	22,6%	17	35,4%	5	35,7%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Não se aplica	3	4,8%	6	12,8%	0	0,0%	0,282
	Nunca executei	35	56,5%	23	48,9%	6	42,9%	
	Já executei	24	38,7%	18	38,3%	8	57,1%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Não se aplica	2	3,2%	7	14,9%	2	14,3%	0,043*
	Nunca executei	57	91,9%	36	76,6%	9	64,3%	
	Já executei	3	4,8%	4	8,5%	3	21,4%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Não se aplica	2	3,2%	4	8,5%	1	7,1%	0,554
	Nunca executei	39	62,9%	23	48,9%	7	50,0%	
	Já executei	21	33,9%	20	42,6%	6	42,9%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Não se aplica	5	8,1%	8	16,7%	3	21,4%	0,107
	Nunca executei	48	77,4%	26	54,2%	8	57,1%	
	Já executei	9	14,5%	14	29,2%	3	21,4%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.36: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios segundo a categoria profissional (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.36), observaram-se diferenças de executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, procedimento 6 “Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor”, procedimento 8 “Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir”, procedimento 9 “Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa”, procedimento 10 “Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar” e procedimento 18 “Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo”. Exceto no procedimento 10 em que a proporção de execução foi mais elevada nos enfermeiros graduados, nos demais procedimentos com diferenças significativas, a proporção de executabilidade foi maior nos enfermeiros especialistas.

Nas agressões sexuais

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	4	6,5%	9	18,8%	4	26,7%	0,051
	Nunca executei	58	93,5%	39	81,3%	11	73,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	5	8,1%	8	16,7%	4	26,7%	0,107
	Nunca executei	57	91,9%	38	79,2%	11	73,3%	
	Já executei	0	0,0%	2	4,2%	0	0,0%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	5	8,1%	10	20,8%	4	26,7%	0,069
	Nunca executei	57	91,9%	36	75,0%	11	73,3%	
	Já executei	0	0,0%	2	4,2%	0	0,0%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Não se aplica	2	3,2%	8	17,0%	3	20,0%	0,005*
	Nunca executei	43	69,4%	17	36,2%	8	53,3%	
	Já executei	17	27,4%	22	46,8%	4	26,7%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Não se aplica	3	4,9%	5	10,6%	3	21,4%	0,062
	Nunca executei	39	63,9%	19	40,4%	6	42,9%	
	Já executei	19	31,1%	23	48,9%	5	35,7%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Não se aplica	4	6,5%	13	27,7%	6	40,0%	0,002*
	Nunca executei	39	62,9%	16	34,0%	6	40,0%	
	Já executei	19	30,6%	18	38,3%	3	20,0%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Não se aplica	5	8,2%	4	8,5%	3	20,0%	0,270
	Nunca executei	40	65,6%	24	51,1%	9	60,0%	
	Já executei	16	26,2%	19	40,4%	3	20,0%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Não se aplica	6	9,7%	10	20,8%	5	33,3%	0,020*
	Nunca executei	55	88,7%	33	68,8%	10	66,7%	
	Já executei	1	1,6%	5	10,4%	0	0,0%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Não se aplica	12	19,4%	18	37,5%	5	33,3%	0,097
	Nunca executei	50	80,6%	30	62,5%	10	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
*p < 0,05								
Fim da Tabela								

Tabela 5.37: Executabilidade dos procedimentos de agressão sexual segundo a categoria profissional (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.37), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 24 “Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável”, procedimento 26 “Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras” e procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados”, sendo a mais elevada a proporção de enfermeiros que executaram esses procedimentos nos enfermeiros graduados.

Nas vítimas de arma branca

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Não se aplica	9	14,8%	7	15,2%	2	13,3%	0,984
	Nunca executei	51	83,6%	38	82,6%	13	86,7%	
	Já executei	1	1,6%	1	2,2%	0	0,0%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Não se aplica	9	14,8%	7	15,2%	2	13,3%	0,537
	Nunca executei	51	83,6%	39	84,8%	12	80,0%	
	Já executei	1	1,6%	0	0,0%	1	6,7%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Não se aplica	10	16,4%	12	26,1%	3	21,4%	0,479
	Nunca executei	45	73,8%	30	65,2%	8	57,1%	
	Já executei	6	9,8%	4	8,7%	3	21,4%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Não se aplica	3	4,9%	6	13,0%	2	13,3%	0,042*
	Nunca executei	38	62,3%	15	32,6%	7	46,7%	
	Já executei	20	32,8%	25	54,3%	6	40,0%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Não se aplica	2	3,3%	6	13,0%	1	6,7%	0,008*
	Nunca executei	37	60,7%	12	26,1%	8	53,3%	
	Já executei	22	36,1%	28	60,9%	6	40,0%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Não se aplica	5	8,2%	8	17,4%	2	13,3%	0,519
	Nunca executei	41	67,2%	31	67,4%	9	60,0%	
	Já executei	15	24,6%	7	15,2%	4	26,7%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Não se aplica	2	3,3%	7	15,2%	2	13,3%	0,276
	Nunca executei	42	68,9%	29	63,0%	9	60,0%	
	Já executei	17	27,9%	10	21,7%	4	26,7%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Não se aplica	6	9,8%	13	28,3%	3	20,0%	0,078
	Nunca executei	43	70,5%	23	50,0%	11	73,3%	
	Já executei	12	19,7%	10	21,7%	1	6,7%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.38: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo a categoria profissional (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de arma branca (Tabela 5.38), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais em termos de execução nos procedimentos: procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão” e procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele”, sendo nos enfermeiros graduados a mais elevada a proporção de enfermeiros que execução desses.

Nas vítimas de arma de fogo

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	Não se aplica	8	12,9%	9	20,0%	1	7,1%	0,332
	Nunca executei	44	71,0%	29	64,4%	8	57,1%	
	Já executei	10	16,1%	7	15,6%	5	35,7%	
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	Não se aplica	2	3,2%	4	8,9%	0	0,0%	0,061
	Nunca executei	49	79,0%	24	53,3%	10	71,4%	
	Já executei	11	17,7%	17	37,8%	4	28,6%	
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo e disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	Não se aplica	7	11,3%	10	22,2%	1	8,3%	0,039*
	Nunca executei	48	77,4%	22	48,9%	8	66,7%	
	Já executei	7	11,3%	13	28,9%	3	25,0%	
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	Não se aplica	0	0,0%	5	11,1%	0	0,0%	0,008*
	Nunca executei	43	69,4%	19	42,2%	7	53,8%	
	Já executei	19	30,6%	21	46,7%	6	46,2%	
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	Não se aplica	3	4,8%	2	4,3%	0	0,0%	0,290
	Nunca executei	48	77,4%	28	60,9%	11	78,6%	
	Já executei	11	17,7%	16	34,8%	3	21,4%	
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	Não se aplica	2	3,2%	4	8,7%	0	0,0%	0,130
	Nunca executei	52	83,9%	29	63,0%	11	78,6%	
	Já executei	8	12,9%	13	28,3%	3	21,4%	
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	Não se aplica	0	0,0%	4	8,7%	0	0,0%	0,001*
	Nunca executei	44	71,0%	16	34,8%	7	50,0%	
	Já executei	18	29,0%	26	56,5%	7	50,0%	
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	Não se aplica	0	0,0%	2	4,4%	0	0,0%	0,000*
	Nunca executei	43	69,4%	12	26,7%	7	50,0%	
	Já executei	19	30,6%	31	68,9%	7	50,0%	
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	Não se aplica	26	41,9%	21	45,7%	5	35,7%	0,012*
	Nunca executei	33	53,2%	13	28,3%	7	50,0%	
	Já executei	3	4,8%	12	26,1%	2	14,3%	
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	Não se aplica	4	6,5%	6	13,0%	2	14,3%	0,037*
	Nunca executei	58	93,5%	35	76,1%	10	71,4%	
	Já executei	0	0,0%	5	10,9%	2	14,3%	
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	Não se aplica	2	3,2%	7	15,6%	0	0,0%	0,123
	Nunca executei	46	74,2%	28	62,2%	10	71,4%	
	Já executei	14	22,6%	10	22,2%	4	28,6%	
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	Não se aplica	12	19,4%	17	37,0%	3	21,4%	0,345
	Nunca executei	46	74,2%	27	58,7%	10	71,4%	
	Já executei	4	6,5%	2	4,3%	1	7,1%	
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	Não se aplica	7	11,3%	7	15,2%	2	14,3%	0,268
	Nunca executei	51	82,3%	37	80,4%	9	64,3%	
	Já executei	4	6,5%	2	4,3%	3	21,4%	
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	Não se aplica	5	8,1%	10	21,7%	4	28,6%	0,139
	Nunca executei	52	83,9%	33	71,7%	8	57,1%	
	Já executei	5	8,1%	3	6,5%	2	14,3%	
*p < 0,05								
Fim da Tabela								

Tabela 5.39: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo segundo a categoria profissional (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma de fogo (Tabela 5.39), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais dos enfermeiros nos procedimentos: procedimento 46 “Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil”, procedimento 47 “Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel”, procedimento 50 “Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los”, procedimento 51 “Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil”, procedimento 52 “Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes” e procedimento 53 “Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.”, sendo a mais elevada a proporção de enfermeiros que executaram esses procedimentos nos enfermeiros graduados. No procedimento 53, a proporção de executabilidade foi mais elevada nos enfermeiros especialistas, enquanto nos restantes procedimentos com diferenças estatisticamente significativas a proporção de executabilidade foi mais elevada nos enfermeiros graduados.

Nas vítimas de acidentes de viação

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Não se aplica	7	11,5%	6	13,3%	1	6,7%	0,898
	Nunca executei	28	45,9%	18	40,0%	8	53,3%	
	Já executei	26	42,6%	21	46,7%	6	40,0%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Não se aplica	2	3,2%	3	6,7%	2	13,3%	0,504
	Nunca executei	15	24,2%	11	24,4%	5	33,3%	
	Já executei	45	72,6%	31	68,9%	8	53,3%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Não se aplica	1	1,6%	4	8,9%	2	13,3%	0,281
	Nunca executei	15	24,2%	13	28,9%	4	26,7%	
	Já executei	46	74,2%	28	62,2%	9	60,0%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Não se aplica	3	4,9%	7	15,6%	3	20,0%	0,303
	Nunca executei	29	47,5%	17	37,8%	6	40,0%	
	Já executei	29	47,5%	21	46,7%	6	40,0%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Não se aplica	2	3,2%	6	13,3%	3	20,0%	0,035*
	Nunca executei	30	48,4%	11	24,4%	5	33,3%	
	Já executei	30	48,4%	28	62,2%	7	46,7%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Não se aplica	11	17,7%	14	31,1%	3	21,4%	0,474
	Nunca executei	43	69,4%	25	55,6%	8	57,1%	
	Já executei	8	12,9%	6	13,3%	3	21,4%	

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Não se aplica	32	51,6%	26	56,5%	8	53,3%	0,046*
	Nunca executei	30	48,4%	19	41,3%	5	33,3%	
	Já executei	0	0,0%	1	2,2%	2	13,3%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.40: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo a categoria profissional (N=128).

No que respeita à executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.40), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 62 “Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto” e procedimento 64 “No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente”. No procedimento 62, a proporção de executabilidade foi mais elevada nos enfermeiros graduados, enquanto no procedimento 64, a proporção de executabilidade foi mais elevada nos enfermeiros com especialidade.

Nas vítimas de intoxicação

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Não se aplica	8	12,9%	8	17,4%	3	21,4%	0,838
	Nunca executei	25	40,3%	15	32,6%	4	28,6%	
	Já executei	29	46,8%	23	50,0%	7	50,0%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Não se aplica	6	9,7%	7	15,2%	4	26,7%	0,209
	Nunca executei	35	56,5%	20	43,5%	4	26,7%	
	Já executei	21	33,9%	19	41,3%	7	46,7%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Não se aplica	4	6,6%	10	22,2%	3	20,0%	0,011*
	Nunca executei	57	93,4%	35	77,8%	11	73,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Não se aplica	4	6,6%	6	13,6%	2	13,3%	0,152
	Nunca executei	52	85,2%	30	68,2%	9	60,0%	
	Já executei	5	8,2%	8	18,2%	4	26,7%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Não se aplica	7	11,3%	10	22,2%	4	26,7%	0,393
	Nunca executei	54	87,1%	35	77,8%	11	73,3%	
	Já executei	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Não se aplica	10	16,1%	13	28,3%	2	14,3%	0,225
	Nunca executei	31	50,0%	18	39,1%	4	28,6%	
	Já executei	21	33,9%	15	32,6%	8	57,1%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar.	Não se aplica	2	3,2%	6	13,3%	2	14,3%	0,252
	Nunca executei	23	37,1%	12	26,7%	3	21,4%	
	Já executei	37	59,7%	27	60,0%	9	64,3%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Não se aplica	2	3,2%	6	13,3%	1	7,1%	0,088
	Nunca executei	44	71,0%	29	64,4%	6	42,9%	
	Já executei	16	25,8%	10	22,2%	7	50,0%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Não se aplica	3	4,8%	8	17,8%	4	28,6%	0,015*
	Nunca executei	40	64,5%	24	53,3%	3	21,4%	
	Já executei	19	30,6%	13	28,9%	7	50,0%	
*p < 0,05								
Fim da Tabela								

Tabela 5.41: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo a categoria profissional (N=128).

Em termos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.41), observaram-se diferenças de executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais nos procedimentos: procedimento 67 “Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso” e procedimento 73 “Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo”. Em ambos os procedimentos a maior proporção de não executabilidade foi observada nos enfermeiros sem graduação ou especialidade.

Nas vítimas de asfixias

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Não se aplica	9	14,8%	15	34,1%	2	14,3%	0,009*
	Nunca executei	52	85,2%	29	65,9%	11	78,6%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Não se aplica	10	16,4%	14	31,1%	2	14,3%	0,078
	Nunca executei	50	82,0%	28	62,2%	10	71,4%	
	Já executei	1	1,6%	3	6,7%	2	14,3%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Não se aplica	7	11,5%	16	35,6%	2	14,3%	0,014*
	Nunca executei	53	86,9%	29	64,4%	11	78,6%	
	Já executei	1	1,6%	0	0,0%	1	7,1%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Não se aplica	7	11,5%	14	31,1%	1	7,1%	0,020*
	Nunca executei	52	85,2%	30	66,7%	11	78,6%	
	Já executei	2	3,3%	1	2,2%	2	14,3%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Não se aplica	8	13,1%	12	27,3%	2	14,3%	0,026*
	Nunca executei	53	86,9%	32	72,7%	11	78,6%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Não se aplica	9	14,8%	14	31,1%	1	7,1%	0,022*
	Nunca executei	51	83,6%	30	66,7%	11	78,6%	
	Já executei	1	1,6%	1	2,2%	2	14,3%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e possa ter sido usado para provocar a asfixia, por exemplo papel	Não se aplica	15	24,6%	14	31,1%	2	14,3%	0,073
	Nunca executei	46	75,4%	28	62,2%	10	71,4%	
	Já executei	0	0,0%	3	6,7%	2	14,3%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Não se aplica	3	4,9%	9	20,0%	1	7,1%	0,028*
	Nunca executei	54	88,5%	28	62,2%	11	78,6%	
	Já executei	4	6,6%	8	17,8%	2	14,3%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Não se aplica	17	27,9%	17	37,8%	2	14,3%	0,017*
	Nunca executei	44	72,1%	27	60,0%	10	71,4%	
	Já executei	0	0,0%	1	2,2%	2	14,3%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Não se aplica	1	1,6%	2	4,4%	1	7,1%	0,348
	Nunca executei	37	60,7%	21	46,7%	5	35,7%	
	Já executei	23	37,7%	22	48,9%	8	57,1%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Não se aplica	2	3,3%	6	13,6%	1	7,1%	0,007*
	Nunca executei	53	86,9%	25	56,8%	8	57,1%	
	Já executei	6	9,8%	13	29,5%	5	35,7%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Não se aplica	4	6,6%	7	15,9%	1	7,1%	0,119
	Nunca executei	57	93,4%	34	77,3%	12	85,7%	
	Já executei	0	0,0%	3	6,8%	1	7,1%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Não se aplica	2	3,3%	6	13,6%	2	14,3%	0,241
	Nunca executei	37	60,7%	20	45,5%	8	57,1%	
	Já executei	22	36,1%	18	40,9%	4	28,6%	
* $p < 0,05$								
Fim da Tabela								

Tabela 5.42: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo a categoria profissional (N=128).

Quanto aos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.42), observaram-se diferenças de executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre as categorias profissionais dos enfermeiros nos procedimentos: procedimento 74 “Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço”, procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima”, procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado”, procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura”, procedimento 79 “Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame”, procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros”, procedimento 82 “Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada” e procedimento 84 “Perante

uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos”. Em todos estes procedimentos a proporção de não executabilidade mais elevada foi observada nos enfermeiros sem graduação ou especialidade.

5.9 Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem e a Percepção do Conhecimento dos Procedimentos.

Inicialmente para avaliar se o tempo de exercício da profissão de Enfermagem está associado ao conhecimento dos procedimentos, dividiu-se a amostra dos enfermeiros em quartis de tempo de exercício da profissão de Enfermagem, resultando as categorias: (1) ≤ 8 anos; (2) 9–14 anos; (3) 15–21 anos e (4) ≥ 22 anos. Nos procedimentos referentes a gestão de vestígios, lesões, vítimas de armas de fogo, vítimas de acidentes de viação, e vítimas de intoxicação, não existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de exercício da profissão de Enfermagem e o conhecimento desses procedimentos. Apenas existe associação estatisticamente significativa nos procedimentos referentes às vítimas de agressão sexual, arma branca e asfixia.

Nas agressões sexuais

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	19	54,3%	17	58,6%	17	60,7%	4	12,5%	0,000*
	Conhecia vagamente	13	37,1%	12	41,4%	11	39,3%	21	65,6%	
	Conhecia com rigor	3	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	7	21,9%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	17	48,6%	16	55,2%	16	57,1%	4	12,5%	0,000*
	Conhecia vagamente	16	45,7%	12	41,4%	12	42,9%	20	62,5%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	1	3,4%	0	0,0%	8	25,0%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	17	48,6%	15	51,7%	15	53,6%	3	9,4%	0,004*
	Conhecia vagamente	15	42,9%	12	41,4%	12	42,9%	22	68,8%	
	Conhecia com rigor	3	8,6%	2	6,9%	1	3,6%	7	21,9%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Desconhecia	1	2,9%	4	13,8%	8	28,6%	1	3,1%	0,005*
	Conhecia vagamente	22	64,7%	14	48,3%	16	57,1%	15	46,9%	
	Conhecia com rigor	11	32,4%	11	37,9%	4	14,3%	16	50,0%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Desconhecia	2	5,7%	5	17,2%	4	14,3%	2	6,3%	0,069
	Conhecia vagamente	19	54,3%	7	24,1%	17	60,7%	15	46,9%	
	Conhecia com rigor	14	40,0%	17	58,6%	7	25,0%	15	46,9%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Desconhecia	3	8,6%	4	13,8%	3	10,7%	2	6,3%	0,057
	Conhecia vagamente	14	40,0%	5	17,2%	16	57,1%	17	53,1%	
	Conhecia com rigor	18	51,4%	20	69,0%	9	32,1%	13	40,6%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Desconhecia	4	11,4%	5	17,2%	4	14,3%	3	9,1%	0,393
	Conhecia vagamente	16	45,7%	9	31,0%	16	57,1%	12	36,4%	
	Conhecia com rigor	15	42,9%	15	51,7%	8	28,6%	18	54,5%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Desconhecia	11	31,4%	16	55,2%	13	46,4%	6	19,4%	0,011*
	Conhecia vagamente	22	62,9%	8	27,6%	13	46,4%	17	54,8%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	5	17,2%	2	7,1%	8	25,8%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Desconhecia	19	54,3%	17	58,6%	17	60,7%	19	59,4%	0,912
	Conhecia vagamente	14	40,0%	11	37,9%	11	39,3%	11	34,4%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	1	3,4%	0	0,0%	2	6,3%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.43: Conhecimento dos procedimentos de agressão sexual segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Em termos dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.43), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”, procedimento 23 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual”, procedimento 24 “Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável”, procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados”. Em todos estes procedimentos a proporção de enfermeiros que referiram conhecer com rigor era maior naqueles que tinham um tempo de serviço de pelo menos 22 anos.

Nas vítimas de arma branca

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								P
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Desconhecia	18	52,9%	27	93,1%	21	75,0%	22	68,8%	0,026*
	Conhecia vagamente	14	41,2%	2	6,9%	7	25,0%	8	25,0%	
	Conhecia com rigor	2	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,3%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Desconhecia	20	58,8%	26	89,7%	20	71,4%	22	68,8%	0,204
	Conhecia vagamente	13	38,2%	3	10,3%	8	28,6%	9	28,1%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Desconhecia	16	47,1%	16	57,1%	12	42,9%	13	40,6%	0,661
	Conhecia vagamente	16	47,1%	11	39,3%	15	53,6%	15	46,9%	
	Conhecia com rigor	2	5,9%	1	3,6%	1	3,6%	4	12,5%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Desconhecia	6	17,6%	7	24,1%	6	21,4%	5	15,6%	0,941
	Conhecia vagamente	19	55,9%	13	44,8%	16	57,1%	18	56,3%	
	Conhecia com rigor	9	26,5%	9	31,0%	6	21,4%	9	28,1%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Desconhecia	5	14,7%	6	20,7%	8	28,6%	4	12,9%	0,806
	Conhecia vagamente	20	58,8%	16	55,2%	13	46,4%	18	58,1%	
	Conhecia com rigor	9	26,5%	7	24,1%	7	25,0%	9	29,0%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Desconhecia	5	14,7%	7	24,1%	8	28,6%	4	12,5%	0,655
	Conhecia vagamente	23	67,6%	16	55,2%	16	57,1%	20	62,5%	
	Conhecia com rigor	6	17,6%	6	20,7%	4	14,3%	8	25,0%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Desconhecia	5	14,7%	13	44,8%	9	32,1%	7	22,6%	0,130
	Conhecia vagamente	23	67,6%	12	41,4%	16	57,1%	16	51,6%	
	Conhecia com rigor	6	17,6%	4	13,8%	3	10,7%	8	25,8%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Desconhecia	6	17,6%	8	28,6%	9	32,1%	10	31,3%	0,627
	Conhecia vagamente	16	47,1%	14	50,0%	14	50,0%	16	50,0%	
	Conhecia com rigor	12	35,3%	6	21,4%	5	17,9%	6	18,8%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.44: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Quanto ao conhecimento dos procedimentos de vítimas de armas brancas (Tabela 5.44), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem no procedimento 36 “Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta”, sendo a maior proporção de enfermeiros que desconhecem esse procedimento nos enfermeiros com tempo de exercício da profissão entre 9 e 14 anos.

Nas vítimas de asfixia

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Desconhecia	15	42,9%	18	62,1%	13	46,4%	8	28,6%	0,217
	Conhecia vagamente	17	48,6%	10	34,5%	11	39,3%	15	53,6%	
	Conhecia com rigor	3	8,6%	1	3,4%	4	14,3%	5	17,9%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Desconhecia	18	52,9%	13	44,8%	13	46,4%	10	35,7%	0,431
	Conhecia vagamente	14	41,2%	11	37,9%	9	32,1%	15	53,6%	
	Conhecia com rigor	2	5,9%	5	17,2%	6	21,4%	3	10,7%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Desconhecia	22	62,9%	19	65,5%	18	64,3%	14	50,0%	0,769
	Conhecia vagamente	12	34,3%	9	31,0%	8	28,6%	11	39,3%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	1	3,4%	2	7,1%	3	10,7%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Desconhecia	25	73,5%	18	62,1%	17	60,7%	17	60,7%	0,519
	Conhecia vagamente	8	23,5%	8	27,6%	9	32,1%	6	21,4%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	3	10,3%	2	7,1%	5	17,9%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Desconhecia	23	65,7%	19	65,5%	19	67,9%	18	62,1%	0,348
	Conhecia vagamente	12	34,3%	10	34,5%	7	25,0%	8	27,6%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	0	0,0%	2	7,1%	3	10,3%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Desconhecia	15	42,9%	15	51,7%	14	50,0%	11	39,3%	0,349
	Conhecia vagamente	20	57,1%	11	37,9%	12	42,9%	13	46,4%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	3	10,3%	2	7,1%	4	14,3%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Desconhecia	12	34,3%	13	46,4%	14	50,0%	7	25,0%	0,295
	Conhecia vagamente	22	62,9%	13	46,4%	12	42,9%	17	60,7%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	2	7,1%	2	7,1%	4	14,3%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Desconhecia	8	22,9%	10	34,5%	13	46,4%	8	28,6%	0,033*
	Conhecia vagamente	27	77,1%	16	55,2%	12	42,9%	14	50,0%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	3	10,3%	3	10,7%	6	21,4%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Desconhecia	13	37,1%	16	55,2%	18	64,3%	8	28,6%	0,050*
	Conhecia vagamente	21	60,0%	10	34,5%	8	28,6%	16	57,1%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	3	10,3%	2	7,1%	4	14,3%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Desconhecia	5	14,3%	7	24,1%	5	17,9%	4	14,3%	0,527
	Conhecia vagamente	23	65,7%	14	48,3%	17	60,7%	13	46,4%	
	Conhecia com rigor	7	20,0%	8	27,6%	6	21,4%	11	39,3%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Desconhecia	9	25,7%	18	62,1%	9	32,1%	10	34,5%	0,101
	Conhecia vagamente	20	57,1%	9	31,0%	14	50,0%	13	44,8%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	2	6,9%	5	17,9%	6	20,7%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Desconhecia	10	28,6%	13	44,8%	10	37,0%	10	34,5%	0,565
	Conhecia vagamente	21	60,0%	13	44,8%	13	48,1%	12	41,4%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	3	10,3%	4	14,8%	7	24,1%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Desconhecia	5	14,3%	8	27,6%	9	32,1%	6	20,7%	0,399
	Conhecia vagamente	17	48,6%	14	48,3%	15	53,6%	13	44,8%	
	Conhecia com rigor	13	37,1%	7	24,1%	4	14,3%	10	34,5%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.45: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de asfixia (Tabela 5.45), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em termos de conhecimento nos procedimentos: procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros” e procedimento 82 “Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada”, sendo maior a proporção que conhecia com rigor esses procedimentos nos enfermeiros com tempo de profissão de pelo menos 22 anos.

5.10 Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem e Executibilidade dos Procedimentos.

Inicialmente para avaliar se o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, está associado à executabilidade dos procedimentos, dividiu-se a amostra dos enfermeiros em quartis de tempo de exercício da profissão de Enfermagem, resultando as categorias: (1) ≤ 8 anos; (2) 9–14 anos; (3) 15–21 anos e (4) ≥ 22 anos. Exceto nos procedimentos referentes a lesões, em todas as demais categorias analisadas, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de exercício da profissão de Enfermagem e a executabilidade de alguns procedimentos.

Na gestão de vestígios

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								P
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Não se aplica	1	2,9%	2	6,9%	4	13,3%	10	30,3%	0,026*
	Nunca executei	31	91,2%	26	89,7%	25	83,3%	20	60,6%	
	Já executei	2	5,9%	1	3,4%	1	3,3%	3	9,1%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	2	6,3%	0,315
	Nunca executei	12	35,3%	6	20,7%	7	23,3%	5	15,6%	
	Já executei	22	64,7%	23	79,3%	22	73,3%	25	78,1%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Não se aplica	1	2,9%	2	6,9%	4	13,8%	2	6,3%	0,146
	Nunca executei	23	67,6%	14	48,3%	9	31,0%	15	46,9%	
	Já executei	10	29,4%	13	44,8%	16	55,2%	15	46,9%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	Não se aplica	1	2,9%	2	6,9%	3	10,0%	2	6,3%	0,065
	Nunca executei	26	76,5%	16	55,2%	18	60,0%	12	37,5%	
	Já executei	7	20,6%	11	37,9%	9	30,0%	18	56,3%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,4%	3	10,3%	3	9,4%	0,869
	Nunca executei	23	67,6%	19	65,5%	19	65,5%	20	62,5%	
	Já executei	10	29,4%	9	31,0%	7	24,1%	9	28,1%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Não se aplica	2	5,9%	4	13,8%	6	20,7%	11	33,3%	0,074
	Nunca executei	32	94,1%	25	86,2%	22	75,9%	21	63,6%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	1	3,0%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Não se aplica	2	6,1%	3	10,3%	2	6,9%	6	19,4%	0,226
	Nunca executei	24	72,7%	17	58,6%	14	48,3%	15	48,4%	
	Já executei	7	21,2%	9	31,0%	13	44,8%	10	32,3%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Não se aplica	9	26,5%	12	42,9%	17	58,6%	17	51,5%	0,088
	Nunca executei	25	73,5%	14	50,0%	11	37,9%	15	45,5%	
	Já executei	0	0,0%	2	7,1%	1	3,4%	1	3,0%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	6	20,7%	5	15,2%	0,030*
	Nunca executei	30	88,2%	21	72,4%	16	55,2%	20	60,6%	
	Já executei	4	11,8%	7	24,1%	7	24,1%	8	24,2%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	5	17,2%	3	9,4%	0,030*
	Nunca executei	28	82,4%	20	69,0%	16	55,2%	18	56,3%	
	Já executei	6	17,6%	9	31,0%	8	27,6%	11	34,4%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Não se aplica	6	17,6%	10	34,5%	8	28,6%	10	30,3%	0,232
	Nunca executei	26	76,5%	19	65,5%	18	64,3%	18	54,5%	
	Já executei	2	5,9%	0	0,0%	2	7,1%	5	15,2%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Não se aplica	0	0,0%	5	17,2%	8	28,6%	8	24,2%	0,029*
	Nunca executei	34	100,0%	22	75,9%	19	67,9%	23	69,7%	
	Já executei	0	0,0%	2	6,9%	1	3,6%	2	6,1%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Não se aplica	0	0,0%	6	20,7%	6	21,4%	9	27,3%	0,055
	Nunca executei	33	100,0%	23	79,3%	21	75,0%	23	69,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	1	3,0%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Não se aplica	0	0,0%	5	17,2%	7	25,0%	7	21,2%	0,044*
	Nunca executei	32	94,1%	24	82,8%	18	64,3%	23	69,7%	
	Já executei	2	5,9%	0	0,0%	3	10,7%	3	9,1%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Não se aplica	1	2,9%	4	13,8%	4	14,3%	7	21,2%	0,015*
	Nunca executei	32	94,1%	22	75,9%	16	57,1%	20	60,6%	
	Já executei	1	2,9%	3	10,3%	8	28,6%	6	18,2%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Não se aplica	1	2,9%	2	6,9%	4	14,3%	3	9,1%	0,024*
	Nunca executei	29	85,3%	17	58,6%	11	39,3%	21	63,6%	
	Já executei	4	11,8%	10	34,5%	13	46,4%	9	27,3%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,4%	2	7,1%	5	15,6%	0,034*
	Nunca executei	24	70,6%	11	37,9%	12	42,9%	17	53,1%	
	Já executei	9	26,5%	17	58,6%	14	50,0%	10	31,3%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	4	14,3%	5	15,6%	0,202
	Nunca executei	33	97,1%	24	82,8%	21	75,0%	24	75,0%	
	Já executei	1	2,9%	3	10,3%	3	10,7%	3	9,4%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Não se aplica	1	2,9%	2	6,9%	3	10,7%	1	3,1%	0,513
	Nunca executei	23	67,6%	15	51,7%	12	42,9%	19	59,4%	
	Já executei	10	29,4%	12	41,4%	13	46,4%	12	37,5%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Não se aplica	2	5,9%	4	13,8%	4	14,3%	6	18,2%	0,166
	Nunca executei	29	85,3%	19	65,5%	17	60,7%	17	51,5%	
	Já executei	3	8,8%	6	20,7%	7	25,0%	10	30,3%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.46: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.46), observaram-se diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, procedimento 9 “Contornar os

locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa”, procedimento 10 “Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar”, procedimento 12 “Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante”, procedimento 14 “Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima”, procedimento 15 “Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores”, procedimento 16 “Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita” e procedimento 17 “Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo”. Em todos os procedimentos, com diferenças estatisticamente significativas, os enfermeiros com tempo de serviço até 8 anos foram os que apresentaram menor proporção de execução dos mesmos.

Na agressão sexual

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								P
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	1	2,9%	3	10,3%	9	31,0%	4	12,1%	0,011*
	Nunca executei	33	97,1%	26	89,7%	20	69,0%	29	87,9%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	1	2,9%	4	13,8%	8	27,6%	4	12,1%	0,032*
	Nunca executei	33	97,1%	25	86,2%	21	72,4%	27	81,8%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,1%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	1	2,9%	4	13,8%	9	31,0%	5	15,2%	0,018*
	Nunca executei	33	97,1%	25	86,2%	20	69,0%	26	78,8%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,1%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Não se aplica	1	2,9%	0	0,0%	8	27,6%	4	12,5%	0,001*
	Nunca executei	27	79,4%	17	58,6%	10	34,5%	14	43,8%	
	Já executei	6	17,6%	12	41,4%	11	37,9%	14	43,8%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	6	20,7%	3	9,4%	0,004*
	Nunca executei	27	79,4%	12	44,4%	10	34,5%	15	46,9%	
	Já executei	6	17,6%	14	51,9%	13	44,8%	14	43,8%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Não se aplica	2	5,9%	2	6,9%	11	37,9%	8	25,0%	0,001*
	Nunca executei	26	76,5%	13	44,8%	9	31,0%	13	40,6%	
	Já executei	6	17,6%	14	48,3%	9	31,0%	11	34,4%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Não se aplica	1	3,0%	2	6,9%	5	17,2%	4	12,5%	0,074
	Nunca executei	27	81,8%	15	51,7%	14	48,3%	17	53,1%	
	Já executei	5	15,2%	12	41,4%	10	34,5%	11	34,4%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Não se aplica	1	2,9%	4	13,8%	9	31,0%	7	21,2%	0,022*
	Nunca executei	33	97,1%	24	82,8%	17	58,6%	24	72,7%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	3	10,3%	2	6,1%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na detecção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Não se aplica	4	11,8%	7	24,1%	14	48,3%	10	30,3%	0,014*
	Nunca executei	30	88,2%	22	75,9%	15	51,7%	23	69,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.47: Executabilidade dos procedimentos de agressão sexual segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.47) observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”, procedimento 23 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual”, procedimento 24 “Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável”, procedimento 25 “Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras”, procedimento 26 “Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras”, procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados” e procedimento 29 “Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na detecção de alguns vestígios invisíveis a olho nu”. Os enfermeiros com tempo de serviço até 8 anos foram os que apresentaram menor proporção de execução em todos estes procedimentos.

Nas vítimas de armas brancas

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Não se aplica	2	6,1%	5	17,2%	7	24,1%	4	12,9%	0,440
	Nunca executei	30	90,9%	24	82,8%	22	75,9%	26	83,9%	
	Já executei	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Não se aplica	2	6,1%	6	20,7%	7	24,1%	3	9,7%	0,321
	Nunca executei	30	90,9%	23	79,3%	22	75,9%	27	87,1%	
	Já executei	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Não se aplica	2	6,1%	7	24,1%	9	32,1%	7	22,6%	0,073
	Nunca executei	30	90,9%	18	62,1%	15	53,6%	20	64,5%	
	Já executei	1	3,0%	4	13,8%	4	14,3%	4	12,9%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	5	17,2%	4	12,9%	0,005*
	Nunca executei	26	78,8%	12	41,4%	11	37,9%	11	35,5%	
	Já executei	7	21,2%	15	51,7%	13	44,8%	16	51,6%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	4	13,8%	3	9,7%	0,030*
	Nunca executei	23	69,7%	14	48,3%	11	37,9%	9	29,0%	
	Já executei	10	30,3%	13	44,8%	14	48,3%	19	61,3%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Não se aplica	0	0,0%	4	13,8%	7	24,1%	4	12,9%	0,074
	Nunca executei	27	81,8%	16	55,2%	18	62,1%	20	64,5%	
	Já executei	6	18,2%	9	31,0%	4	13,8%	7	22,6%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	6	20,7%	3	9,7%	0,114
	Nunca executei	24	72,7%	19	65,5%	19	65,5%	18	58,1%	
	Já executei	9	27,3%	8	27,6%	4	13,8%	10	32,3%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Não se aplica	0	0,0%	7	24,1%	10	34,5%	5	16,1%	0,022*
	Nunca executei	26	78,8%	17	58,6%	16	55,2%	18	58,1%	
	Já executei	7	21,2%	5	17,2%	3	10,3%	8	25,8%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.48: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de armas brancas (Tabela 5.48), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em termos de executabilidade nos procedimentos: procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão”, procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele” e procedimento 43 “Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma”, sendo nos enfermeiros com tempo de serviço até 8 anos a mais elevada a proporção de não execução desse procedimento.

Nas vítimas de arma de fogo

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	Não se aplica	3	8,8%	4	13,8%	6	21,4%	5	16,7%	0,245
	Nunca executei	28	82,4%	20	69,0%	17	60,7%	16	53,3%	
	Já executei	3	8,8%	5	17,2%	5	17,9%	9	30,0%	
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	4	14,3%	1	3,3%	0,002*
	Nunca executei	32	94,1%	18	62,1%	17	60,7%	16	53,3%	
	Já executei	2	5,9%	10	34,5%	7	25,0%	13	43,3%	
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	Não se aplica	4	11,8%	2	7,1%	8	29,6%	4	13,3%	0,009*
	Nunca executei	29	85,3%	19	67,9%	14	51,9%	16	53,3%	
	Já executei	1	2,9%	7	25,0%	5	18,5%	10	33,3%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	3	10,7%	2	6,7%	0,003*
	Nunca executei	29	85,3%	13	46,4%	13	46,4%	14	46,7%	
	Já executei	5	14,7%	15	53,6%	12	42,9%	14	46,7%	
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	2	7,1%	1	3,2%	0,105
	Nunca executei	31	91,2%	19	65,5%	18	64,3%	19	61,3%	
	Já executei	3	8,8%	8	27,6%	8	28,6%	11	35,5%	
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	2	7,1%	3	9,7%	0,195
	Nunca executei	31	91,2%	22	75,9%	18	64,3%	21	67,7%	
	Já executei	3	8,8%	6	20,7%	8	28,6%	7	22,6%	
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	3	9,7%	0,003*
	Nunca executei	28	82,4%	15	51,7%	11	39,3%	13	41,9%	
	Já executei	6	17,6%	14	48,3%	16	57,1%	15	48,4%	
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	1	3,3%	0,000*
	Nunca executei	30	88,2%	13	44,8%	9	32,1%	10	33,3%	
	Já executei	4	11,8%	16	55,2%	18	64,3%	19	63,3%	
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	Não se aplica	13	38,2%	14	48,3%	13	46,4%	12	38,7%	0,048*
	Nunca executei	21	61,8%	11	37,9%	8	28,6%	13	41,9%	
	Já executei	0	0,0%	4	13,8%	7	25,0%	6	19,4%	
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	Não se aplica	1	2,9%	4	13,8%	4	14,3%	3	9,7%	0,243
	Nunca executei	33	97,1%	24	82,8%	21	75,0%	25	80,6%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	3	10,7%	3	9,7%	
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	2	7,1%	5	16,7%	0,202
	Nunca executei	26	76,5%	21	72,4%	21	75,0%	16	53,3%	
	Já executei	8	23,5%	6	20,7%	5	17,9%	9	30,0%	
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	Não se aplica	4	11,8%	7	24,1%	9	32,1%	12	38,7%	0,112
	Nunca executei	28	82,4%	22	75,9%	17	60,7%	16	51,6%	
	Já executei	2	5,9%	0	0,0%	2	7,1%	3	9,7%	
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	Não se aplica	0	0,0%	7	24,1%	5	17,9%	4	12,9%	0,018*
	Nunca executei	34	100,0%	18	62,1%	20	71,4%	25	80,6%	
	Já executei	0	0,0%	4	13,8%	3	10,7%	2	6,5%	
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	Não se aplica	0	0,0%	5	17,2%	8	28,6%	6	19,4%	0,006*
	Nunca executei	34	100,0%	20	69,0%	16	57,1%	23	74,2%	
	Já executei	0	0,0%	4	13,8%	4	14,3%	2	6,5%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.49: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma de fogo (Tabela 5.49), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 45 “Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise”, procedimento 46 “Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro

e projétil”, procedimento 47 “Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel”, procedimento 50 “Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los”, procedimento 51 “Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil”, procedimento 52 “Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes”, procedimento 56 “Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal” e procedimento 57 “Evitar lavar as balas e/ou projeteis”. Em todos estes procedimentos com diferenças estatisticamente significativas os enfermeiros com tempo de serviço até 8 anos foram os que apresentaram menor proporção da sua execução.

Nas vítimas de acidentes de viação

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								P
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Não se aplica	2	5,9%	5	17,9%	2	7,1%	5	16,1%	0,700
	Nunca executei	16	47,1%	13	46,4%	13	46,4%	12	38,7%	
	Já executei	16	47,1%	10	35,7%	13	46,4%	14	45,2%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	2	7,1%	3	9,7%	0,469
	Nunca executei	7	20,6%	9	31,0%	9	32,1%	6	19,4%	
	Já executei	27	79,4%	18	62,1%	17	60,7%	22	71,0%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	3	10,7%	3	9,7%	0,262
	Nunca executei	7	20,6%	10	34,5%	9	32,1%	6	19,4%	
	Já executei	27	79,4%	18	62,1%	16	57,1%	22	71,0%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Não se aplica	1	3,0%	2	6,9%	3	10,7%	7	22,6%	0,046*
	Nunca executei	12	36,4%	18	62,1%	12	42,9%	10	32,3%	
	Já executei	20	60,6%	9	31,0%	13	46,4%	14	45,2%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	2	7,1%	7	22,6%	0,005*
	Nunca executei	14	41,2%	17	58,6%	7	25,0%	8	25,8%	
	Já executei	20	58,8%	10	34,5%	19	67,9%	16	51,6%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Não se aplica	5	14,7%	5	17,9%	9	32,1%	9	29,0%	0,371
	Nunca executei	23	67,6%	21	75,0%	16	57,1%	16	51,6%	
	Já executei	6	17,6%	2	7,1%	3	10,7%	6	19,4%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Não se aplica	14	41,2%	18	62,1%	15	53,6%	19	59,4%	0,255
	Nunca executei	20	58,8%	11	37,9%	12	42,9%	11	34,4%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	2	6,3%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.50: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

No que respeita à executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de via-

ção (Tabela 50), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 61 “Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos” e procedimento 62 “Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto”, sendo maior a proporção que referiu a não aplicabilidade de ambos os procedimentos os enfermeiros com tempo de serviço de pelo menos 22 anos.

Nas vítimas de intoxicação

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Não se aplica	4	11,8%	4	13,8%	4	14,8%	7	21,9%	0,336
	Nunca executei	13	38,2%	12	41,4%	13	48,1%	6	18,8%	
	Já executei	17	50,0%	13	44,8%	10	37,0%	19	59,4%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Não se aplica	2	5,9%	4	13,8%	3	10,7%	8	25,0%	0,303
	Nunca executei	20	58,8%	15	51,7%	13	46,4%	11	34,4%	
	Já executei	12	35,3%	10	34,5%	12	42,9%	13	40,6%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Não se aplica	0	0,0%	4	13,8%	6	21,4%	7	22,6%	0,061
	Nunca executei	33	100,0%	25	86,2%	21	75,0%	24	77,4%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Não se aplica	1	2,9%	3	10,3%	4	14,3%	4	13,8%	0,320
	Nunca executei	30	88,2%	22	75,9%	21	75,0%	18	62,1%	
	Já executei	3	8,8%	4	13,8%	3	10,7%	7	24,1%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Não se aplica	2	5,9%	6	20,7%	6	21,4%	7	22,6%	0,356
	Nunca executei	31	91,2%	23	79,3%	22	78,6%	24	77,4%	
	Já executei	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Não se aplica	3	8,8%	6	20,7%	7	25,9%	9	28,1%	0,267
	Nunca executei	17	50,0%	16	55,2%	9	33,3%	11	34,4%	
	Já executei	14	41,2%	7	24,1%	11	40,7%	12	37,5%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	3	11,1%	6	19,4%	0,025*
	Nunca executei	12	35,3%	14	48,3%	6	22,2%	6	19,4%	
	Já executei	22	64,7%	14	48,3%	18	66,7%	19	61,3%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	4	14,8%	4	12,9%	0,254
	Nunca executei	25	73,5%	21	72,4%	15	55,6%	18	58,1%	
	Já executei	9	26,5%	7	24,1%	8	29,6%	9	29,0%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Não se aplica	0	0,0%	3	10,3%	4	14,8%	8	25,8%	0,110
	Nunca executei	22	64,7%	16	55,2%	15	55,6%	14	45,2%	
	Já executei	12	35,3%	10	34,5%	8	29,6%	9	29,0%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.51: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Em termos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.51), observaram-se diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos

de exercício da profissão de Enfermagem no procedimento 71 “Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar”. Os enfermeiros com tempo de serviço de pelo menos 22 anos foram os que referiram em menor proporção que nunca o tinham executado.

Nas vítimas de asfixia

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								P
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Não se aplica	1	2,9%	7	24,1%	8	30,8%	10	33,3%	0,024*
	Nunca executei	33	97,1%	22	75,9%	17	65,4%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,8%	0	0,0%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Não se aplica	2	5,9%	7	24,1%	8	29,6%	9	30,0%	0,044*
	Nunca executei	32	94,1%	21	72,4%	16	59,3%	19	63,3%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	3	11,1%	2	6,7%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Não se aplica	1	2,9%	5	17,2%	10	37,0%	9	30,0%	0,018*
	Nunca executei	33	97,1%	23	79,3%	16	59,3%	21	70,0%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	1	3,7%	0	0,0%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Não se aplica	1	2,9%	5	17,2%	9	33,3%	7	23,3%	0,040*
	Nunca executei	33	97,1%	22	75,9%	17	63,0%	21	70,0%	
	Já executei	0	0,0%	2	6,9%	1	3,7%	2	6,7%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Não se aplica	1	2,9%	6	20,7%	9	33,3%	6	20,7%	0,037*
	Nunca executei	33	97,1%	23	79,3%	17	63,0%	23	79,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Não se aplica	1	2,9%	7	24,1%	8	29,6%	8	26,7%	0,064
	Nunca executei	33	97,1%	21	72,4%	18	66,7%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	1	3,7%	2	6,7%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Não se aplica	3	8,8%	11	37,9%	9	33,3%	8	26,7%	0,066
	Nunca executei	31	91,2%	17	58,6%	16	59,3%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	2	7,4%	2	6,7%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Não se aplica	0	0,0%	2	6,9%	7	25,9%	4	13,3%	0,029*
	Nunca executei	31	91,2%	25	86,2%	16	59,3%	21	70,0%	
	Já executei	3	8,8%	2	6,9%	4	14,8%	5	16,7%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Não se aplica	5	14,7%	11	37,9%	11	40,7%	9	30,0%	0,238
	Nunca executei	29	85,3%	17	58,6%	15	55,6%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,4%	1	3,7%	1	3,3%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	7,4%	2	6,7%	0,141
	Nunca executei	23	67,6%	16	55,2%	13	48,1%	11	36,7%	
	Já executei	11	32,4%	13	44,8%	12	44,4%	17	56,7%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	5	18,5%	3	10,3%	0,006*
	Nunca executei	29	85,3%	26	89,7%	14	51,9%	17	58,6%	
	Já executei	5	14,7%	2	6,9%	8	29,6%	9	31,0%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem								p
		≤ 8		9 – 14		15 – 21		≥ 22		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Não se aplica	0	0,0%	3	10,3%	4	14,8%	5	17,2%	0,031*
	Nunca executei	34	100,0%	26	89,7%	20	74,1%	23	79,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	3	11,1%	1	3,4%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,4%	6	22,2%	3	10,3%	0,046*
	Nunca executei	21	61,8%	19	65,5%	12	44,4%	13	44,8%	
	Já executei	13	38,2%	9	31,0%	9	33,3%	13	44,8%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.52: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem (N=128).

Quanto aos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.52), observaram-se diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem nos procedimentos: procedimento 74 “Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço”, procedimento 75 “Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida”, procedimento 76 “Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima”, procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado”, procedimento 78 “Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura”, procedimento 81 “Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros”, procedimento 84 “Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos”, procedimento 85 “Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor” e procedimento 86 “Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas”. Exceto nos procedimentos 84 e 86, em que os enfermeiros com tempo de serviço entre 9 e 14 anos apresentaram menor proporção da sua execução, nos demais procedimentos com diferenças estatisticamente significativas os enfermeiros com tempo de serviço até 8 anos foram os que apresentaram menor proporção da sua execução.

5.11 Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a Percepção do Conhecimento dos Procedimentos.

Para avaliar se o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência está associado ao conhecimento dos procedimentos, dividiu-se a amostra dos enfermeiros em quartis de tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, resultando as categorias: (1) ≤ 5 anos; (2) 6–9 anos; (3) 10–16 anos e (4) ≥ 17 anos.

Os resultados alusivos à associação entre o tempo de tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência dos enfermeiros e o conhecimento dos procedimentos tendo em conta o mecanismo da lesão encontram-se a seguir descritos. Nos procedimentos referentes a lesões, vítimas de armas brancas, vítimas de armas de fogo, e vítimas de intoxicação, não existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência e o conhecimento desses procedimentos. Nos procedimentos referentes à gestão de vestígios, vítimas de agressão sexual, acidentes de viação, e asfíxias.

Na gestão de vestígios

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Desconhecia	20	57,1%	20	74,1%	22	73,3%	16	48,5%	0,289
	Conhecia vagamente	14	40,0%	6	22,2%	8	26,7%	15	45,5%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	1	3,7%	0	0,0%	2	6,1%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Desconhecia	0	0,0%	6	22,2%	7	23,3%	2	6,1%	0,028*
	Conhecia vagamente	19	54,3%	13	48,1%	10	33,3%	14	42,4%	
	Conhecia com rigor	16	45,7%	8	29,6%	13	43,3%	17	51,5%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Desconhecia	7	20,0%	5	19,2%	7	24,1%	3	9,1%	0,670
	Conhecia vagamente	22	62,9%	16	61,5%	17	58,6%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	5	19,2%	5	17,2%	10	30,3%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	Desconhecia	6	17,1%	5	19,2%	8	26,7%	3	9,1%	0,125
	Conhecia vagamente	23	65,7%	17	65,4%	18	60,0%	17	51,5%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	4	15,4%	4	13,3%	13	39,4%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Desconhecia	6	17,1%	6	23,1%	7	24,1%	7	21,2%	0,945
	Conhecia vagamente	25	71,4%	16	61,5%	19	65,5%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	4	15,4%	3	10,3%	6	18,2%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Desconhecia	11	31,4%	7	25,9%	14	51,9%	10	31,3%	0,347
	Conhecia vagamente	22	62,9%	18	66,7%	10	37,0%	18	56,3%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	2	7,4%	3	11,1%	4	12,5%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Desconhecia	10	28,6%	6	22,2%	6	20,7%	5	15,2%	0,705
	Conhecia vagamente	19	54,3%	17	63,0%	17	58,6%	18	54,5%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	4	14,8%	6	20,7%	10	30,3%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Desconhecia	13	38,2%	8	29,6%	11	39,3%	10	32,3%	0,871
	Conhecia vagamente	17	50,0%	15	55,6%	15	53,6%	15	48,4%	
	Conhecia com rigor	4	11,8%	4	14,8%	2	7,1%	6	19,4%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Desconhecia	13	37,1%	8	29,6%	14	50,0%	8	24,2%	0,509
	Conhecia vagamente	16	45,7%	15	55,6%	11	39,3%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	4	14,8%	3	10,7%	5	15,2%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Desconhecia	8	23,5%	6	22,2%	7	24,1%	5	15,2%	0,731
	Conhecia vagamente	17	50,0%	17	63,0%	13	44,8%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	9	26,5%	4	14,8%	9	31,0%	8	24,2%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Desconhecia	11	32,4%	13	46,4%	10	35,7%	9	27,3%	0,822
	Conhecia vagamente	20	58,8%	13	46,4%	16	57,1%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	3	8,8%	2	7,1%	2	7,1%	4	12,1%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Desconhecia	18	51,4%	12	42,9%	14	50,0%	10	30,3%	0,188
	Conhecia vagamente	15	42,9%	15	53,6%	10	35,7%	16	48,5%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	1	3,6%	4	14,3%	7	21,2%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Desconhecia	22	62,9%	10	35,7%	16	57,1%	10	31,3%	0,025*
	Conhecia vagamente	12	34,3%	17	60,7%	9	32,1%	16	50,0%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	1	3,6%	3	10,7%	6	18,8%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Desconhecia	10	28,6%	9	32,1%	9	33,3%	9	27,3%	0,685
	Conhecia vagamente	23	65,7%	17	60,7%	16	59,3%	18	54,5%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	2	7,1%	2	7,4%	6	18,2%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Desconhecia	10	28,6%	7	25,0%	9	32,1%	7	21,2%	0,755
	Conhecia vagamente	21	60,0%	15	53,6%	14	50,0%	17	51,5%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	6	21,4%	5	17,9%	9	27,3%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Desconhecia	8	22,9%	12	42,9%	6	21,4%	8	24,2%	0,548
	Conhecia vagamente	17	48,6%	10	35,7%	12	42,9%	16	48,5%	
	Conhecia com rigor	10	28,6%	6	21,4%	10	35,7%	9	27,3%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquês, não sacudindo.	Desconhecia	9	25,7%	3	10,7%	8	28,6%	12	36,4%	0,247
	Conhecia vagamente	17	48,6%	19	67,9%	11	39,3%	13	39,4%	
	Conhecia com rigor	9	25,7%	6	21,4%	9	32,1%	8	24,2%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Desconhecia	19	54,3%	11	40,7%	16	55,2%	15	45,5%	0,810
	Conhecia vagamente	11	31,4%	13	48,1%	10	34,5%	12	36,4%	
	Conhecia com rigor	5	14,3%	3	11,1%	3	10,3%	6	18,2%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Desconhecia	6	17,1%	9	32,1%	8	27,6%	3	9,1%	0,368
	Conhecia vagamente	18	51,4%	13	46,4%	12	41,4%	19	57,6%	
	Conhecia com rigor	11	31,4%	6	21,4%	9	31,0%	11	33,3%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Desconhecia	26	74,3%	11	39,3%	18	64,3%	10	30,3%	0,010*
	Conhecia vagamente	5	14,3%	11	39,3%	6	21,4%	14	42,4%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	6	21,4%	4	14,3%	9	27,3%	
* $p < 0,05$										
Fim da Tabela										

Tabela 5.53: Conhecimento dos procedimentos de gestão de vestígios segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.53), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência nos procedimentos: procedimento 2 “Documentar o tipo de tratamento efetuado”,

procedimento 13 “Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las” e procedimento 20 “Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local”. Em todos estes procedimentos a proporção de enfermeiros que referiram conhecer com rigor era maior naqueles que tinham um tempo de serviço de pelo menos 17 anos.

Nas agressões sexuais

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	22	62,9%	13	48,1%	15	53,6%	7	21,2%	0,002*
	Conhecia vagamente	9	25,7%	14	51,9%	13	46,4%	20	60,6%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	0	0,0%	0	0,0%	6	18,2%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	19	54,3%	13	48,1%	13	46,4%	8	24,2%	0,028*
	Conhecia vagamente	13	37,1%	14	51,9%	14	50,0%	18	54,5%	
	Conhecia com rigor	3	8,6%	0	0,0%	1	3,6%	7	21,2%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	19	54,3%	12	44,4%	12	42,9%	7	21,2%	0,042*
	Conhecia vagamente	12	34,3%	14	51,9%	15	53,6%	19	57,6%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	1	3,7%	1	3,6%	7	21,2%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Desconhecia	3	8,8%	2	7,4%	5	17,9%	4	12,1%	0,635
	Conhecia vagamente	20	58,8%	18	66,7%	14	50,0%	15	45,5%	
	Conhecia com rigor	11	32,4%	7	25,9%	9	32,1%	14	42,4%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Desconhecia	3	8,6%	3	11,1%	4	13,8%	3	9,4%	0,918
	Conhecia vagamente	15	42,9%	14	51,9%	15	51,7%	14	43,8%	
	Conhecia com rigor	17	48,6%	10	37,0%	10	34,5%	15	46,9%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Desconhecia	4	11,4%	3	11,1%	1	3,4%	4	12,5%	0,483
	Conhecia vagamente	10	28,6%	12	44,4%	15	51,7%	15	46,9%	
	Conhecia com rigor	21	60,0%	12	44,4%	13	44,8%	13	40,6%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Desconhecia	5	14,3%	3	11,1%	4	13,8%	4	12,1%	0,671
	Conhecia vagamente	13	37,1%	14	51,9%	15	51,7%	11	33,3%	
	Conhecia com rigor	17	48,6%	10	37,0%	10	34,5%	18	54,5%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Desconhecia	16	47,1%	10	37,0%	12	42,9%	8	24,2%	0,033*
	Conhecia vagamente	17	50,0%	11	40,7%	15	53,6%	16	48,5%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	6	22,2%	1	3,6%	9	27,3%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Desconhecia	19	54,3%	13	48,1%	19	67,9%	20	60,6%	0,683
	Conhecia vagamente	14	40,0%	13	48,1%	9	32,1%	11	33,3%	
	Conhecia com rigor	2	5,7%	1	3,7%	0	0,0%	2	6,1%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.54: Conhecimento dos procedimentos de agressão sexual segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Em termos dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.54), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência nos procedimentos: procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, procedimento 22 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual”, procedimento 23 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual”, procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados”. Em todos estes procedimentos a proporção de enfermeiros que referiram desconhecimento destes era maior naqueles que tinham um tempo de serviço até 7 anos.

Nas vítimas de acidentes de viação

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Desconhecia	8	22,9%	3	11,1%	12	41,4%	5	16,7%	0,104
	Conhecia vagamente	22	62,9%	18	66,7%	12	41,4%	16	53,3%	
	Conhecia com rigor	5	14,3%	6	22,2%	5	17,2%	9	30,0%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Desconhecia	2	5,7%	2	7,4%	8	27,6%	3	10,0%	0,184
	Conhecia vagamente	16	45,7%	14	51,9%	10	34,5%	14	46,7%	
	Conhecia com rigor	17	48,6%	11	40,7%	11	37,9%	13	43,3%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Desconhecia	3	8,6%	3	11,1%	9	31,0%	2	6,7%	0,148
	Conhecia vagamente	16	45,7%	13	48,1%	10	34,5%	14	46,7%	
	Conhecia com rigor	16	45,7%	11	40,7%	10	34,5%	14	46,7%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Desconhecia	9	25,7%	7	25,9%	12	41,4%	5	16,7%	0,435
	Conhecia vagamente	19	54,3%	15	55,6%	10	34,5%	17	56,7%	
	Conhecia com rigor	7	20,0%	5	18,5%	7	24,1%	8	26,7%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Desconhecia	10	28,6%	7	25,9%	18	62,1%	7	23,3%	0,005*
	Conhecia vagamente	19	54,3%	16	59,3%	4	13,8%	14	46,7%	
	Conhecia com rigor	6	17,1%	4	14,8%	7	24,1%	9	30,0%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Desconhecia	21	60,0%	16	59,3%	24	82,8%	19	63,3%	0,320
	Conhecia vagamente	10	28,6%	9	33,3%	3	10,3%	10	33,3%	
	Conhecia com rigor	4	11,4%	2	7,4%	2	6,9%	1	3,3%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Desconhecia	15	42,9%	7	28,0%	12	42,9%	9	31,0%	0,546
	Conhecia vagamente	17	48,6%	16	64,0%	13	46,4%	14	48,3%	
	Conhecia com rigor	3	8,6%	2	8,0%	3	10,7%	6	20,7%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.55: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Quanto ao conhecimento dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.55) observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência no procedimento 62 “Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto”, sendo a maior proporção de enfermeiros que conhecem com rigor esse procedimento nos enfermeiros com tempo de exercício da profissão de pelo menos 17 anos.

Nas vítimas de asfixia

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Desconhecia	18	52,9%	13	46,4%	16	57,1%	7	24,1%	0,107
	Conhecia vagamente	13	38,2%	14	50,0%	9	32,1%	16	55,2%	
	Conhecia com rigor	3	8,8%	1	3,6%	3	10,7%	6	20,7%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Desconhecia	18	52,9%	12	44,4%	12	42,9%	11	37,9%	0,320
	Conhecia vagamente	14	41,2%	13	48,1%	9	32,1%	13	44,8%	
	Conhecia com rigor	2	5,9%	2	7,4%	7	25,0%	5	17,2%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Desconhecia	23	67,6%	18	64,3%	16	57,1%	16	55,2%	0,546
	Conhecia vagamente	10	29,4%	10	35,7%	9	32,1%	10	34,5%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	0	0,0%	3	10,7%	3	10,3%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Desconhecia	26	76,5%	16	59,3%	17	60,7%	17	58,6%	0,036*
	Conhecia vagamente	7	20,6%	11	40,7%	5	17,9%	8	27,6%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	0	0,0%	6	21,4%	4	13,8%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Desconhecia	23	67,6%	18	64,3%	20	69,0%	17	58,6%	0,348
	Conhecia vagamente	11	32,4%	10	35,7%	7	24,1%	9	31,0%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	3	10,3%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Desconhecia	16	47,1%	13	46,4%	14	50,0%	12	41,4%	0,505
	Conhecia vagamente	18	52,9%	13	46,4%	11	39,3%	13	44,8%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	2	7,1%	3	10,7%	4	13,8%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Desconhecia	14	41,2%	8	29,6%	15	53,6%	9	31,0%	0,365
	Conhecia vagamente	19	55,9%	17	63,0%	10	35,7%	17	58,6%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	2	7,4%	3	10,7%	3	10,3%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Desconhecia	9	26,5%	8	28,6%	13	46,4%	9	31,0%	0,064
	Conhecia vagamente	25	73,5%	17	60,7%	12	42,9%	14	48,3%	
	Conhecia com rigor	0	0,0%	3	10,7%	3	10,7%	6	20,7%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Desconhecia	18	52,9%	11	39,3%	17	60,7%	9	31,0%	0,267
	Conhecia vagamente	15	44,1%	14	50,0%	9	32,1%	16	55,2%	
	Conhecia com rigor	1	2,9%	3	10,7%	2	7,1%	4	13,8%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Desconhecia	8	23,5%	5	17,9%	6	21,4%	2	6,9%	0,580
	Conhecia vagamente	19	55,9%	16	57,1%	15	53,6%	16	55,2%	
	Conhecia com rigor	7	20,6%	7	25,0%	7	25,0%	11	37,9%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Desconhecia	16	47,1%	8	28,6%	11	37,9%	11	37,9%	0,256
	Conhecia vagamente	13	38,2%	17	60,7%	15	51,7%	10	34,5%	
	Conhecia com rigor	5	14,7%	3	10,7%	3	10,3%	8	27,6%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Desconhecia	12	35,3%	9	32,1%	12	41,4%	9	32,1%	0,717
	Conhecia vagamente	18	52,9%	16	57,1%	13	44,8%	12	42,9%	
	Conhecia com rigor	4	11,8%	3	10,7%	4	13,8%	7	25,0%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Desconhecia	9	26,5%	4	14,3%	7	24,1%	8	27,6%	0,105
	Conhecia vagamente	11	32,4%	20	71,4%	13	44,8%	14	48,3%	
	Conhecia com rigor	14	41,2%	4	14,3%	9	31,0%	7	24,1%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.56: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de asfixia (Tabela 5.56), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência em termos de conhecimento no procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado”, sendo maior a proporção que desconhecia esse procedimentos nos enfermeiros com tempo de profissão até 7 anos.

5.12 Relação Entre Tempo de Exercício da Profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e Executibilidade dos Procedimentos.

Para avaliar se o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência está associado à executibilidade dos procedimentos, dividiu-se a amostra dos enfermeiros em quartis de tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, resultando as categorias: (1) ≤ 5 anos; (2) 6–9 anos; (3) 10–16 anos e (4) ≥ 17 anos. Os resultados alusivos à associação entre o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência dos enfermeiros e a executibilidade dos procedimentos tendo em conta o mecanismo da lesão são seguidamente apresentados. Em todas as categorias analisadas, existe uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência e a executibilidade de alguns procedimentos.

Na gestão de vestígios

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Não se aplica	0	0,0%	3	10,7%	5	16,7%	9	27,3%	0,005*
	Nunca executei	31	91,2%	25	89,3%	25	83,3%	20	60,6%	
	Já executei	3	8,8%	0	0,0%	0	0,0%	4	12,1%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Não se aplica	0	0,0%	2	7,1%	0	0,0%	1	3,0%	0,342
	Nunca executei	7	20,6%	9	32,1%	5	17,2%	8	24,2%	
	Já executei	27	79,4%	17	60,7%	24	82,8%	24	72,7%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Não se aplica	3	8,8%	1	3,6%	2	7,1%	3	9,1%	0,036*
	Nunca executei	23	67,6%	16	57,1%	12	42,9%	9	27,3%	
	Já executei	8	23,5%	11	39,3%	14	50,0%	21	63,6%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	Não se aplica	2	5,9%	1	3,6%	4	13,8%	1	3,0%	0,059
	Nunca executei	23	67,6%	19	67,9%	16	55,2%	13	39,4%	
	Já executei	9	26,5%	8	28,6%	9	31,0%	19	57,6%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Não se aplica	2	5,9%	1	3,6%	2	7,1%	3	9,1%	0,779
	Nunca executei	21	61,8%	22	78,6%	17	60,7%	20	60,6%	
	Já executei	11	32,4%	5	17,9%	9	32,1%	10	30,3%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Não se aplica	3	8,8%	4	14,3%	9	31,0%	7	21,2%	0,259
	Nunca executei	31	91,2%	23	82,1%	20	69,0%	25	75,8%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	3,0%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Não se aplica	2	6,1%	1	3,6%	6	22,2%	4	12,1%	0,058
	Nunca executei	24	72,7%	19	67,9%	10	37,0%	16	48,5%	
	Já executei	7	21,2%	8	28,6%	11	40,7%	13	39,4%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Não se aplica	9	26,5%	12	42,9%	17	60,7%	17	51,5%	0,070
	Nunca executei	25	73,5%	14	50,0%	10	35,7%	15	45,5%	
	Já executei	0	0,0%	2	7,1%	1	3,6%	1	3,0%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,6%	6	20,7%	5	15,2%	0,101
	Nunca executei	27	79,4%	21	75,0%	18	62,1%	20	60,6%	
	Já executei	7	20,6%	6	21,4%	5	17,2%	8	24,2%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,6%	3	10,7%	4	12,1%	0,143
	Nunca executei	27	79,4%	21	75,0%	15	53,6%	18	54,5%	
	Já executei	7	20,6%	6	21,4%	10	35,7%	11	33,3%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Não se aplica	8	23,5%	8	29,6%	9	31,0%	9	27,3%	0,574
	Nunca executei	24	70,6%	18	66,7%	19	65,5%	19	57,6%	
	Já executei	2	5,9%	1	3,7%	1	3,4%	5	15,2%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Não se aplica	3	8,8%	3	11,1%	9	31,0%	6	18,2%	0,328
	Nunca executei	30	88,2%	23	85,2%	19	65,5%	25	75,8%	
	Já executei	1	2,9%	1	3,7%	1	3,4%	2	6,1%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Não se aplica	4	12,1%	3	11,1%	8	27,6%	6	18,2%	0,169
	Nunca executei	29	87,9%	24	88,9%	21	72,4%	25	75,8%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,1%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Não se aplica	3	8,8%	2	7,4%	9	31,0%	5	15,2%	0,087
	Nunca executei	29	85,3%	23	85,2%	20	69,0%	24	72,7%	
	Já executei	2	5,9%	2	7,4%	0	0,0%	4	12,1%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Não se aplica	2	5,9%	2	7,4%	7	24,1%	5	15,2%	0,010*
	Nunca executei	30	88,2%	23	85,2%	18	62,1%	18	54,5%	
	Já executei	2	5,9%	2	7,4%	4	13,8%	10	30,3%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Não se aplica	2	5,9%	1	3,7%	5	17,2%	2	6,1%	0,029*
	Nunca executei	25	73,5%	22	81,5%	12	41,4%	18	54,5%	
	Já executei	7	20,6%	4	14,8%	12	41,4%	13	39,4%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Não se aplica	2	5,9%	1	3,7%	3	10,7%	3	9,1%	0,543
	Nunca executei	21	61,8%	15	55,6%	10	35,7%	17	51,5%	
	Já executei	11	32,4%	11	40,7%	15	53,6%	13	39,4%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	3	10,7%	6	18,2%	0,161
	Nunca executei	32	94,1%	23	85,2%	21	75,0%	25	75,8%	
	Já executei	1	2,9%	3	11,1%	4	14,3%	2	6,1%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Não se aplica	2	5,9%	1	3,7%	2	7,1%	2	6,1%	0,608
	Nunca executei	21	61,8%	18	66,7%	15	53,6%	14	42,4%	
	Já executei	11	32,4%	8	29,6%	11	39,3%	17	51,5%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Não se aplica	3	8,8%	3	11,1%	7	24,1%	3	9,1%	0,003*
	Nunca executei	27	79,4%	21	77,8%	18	62,1%	15	45,5%	
	Já executei	4	11,8%	3	11,1%	4	13,8%	15	45,5%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.57: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.57), observaram-se diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência nos procedimentos: procedimento 1 “Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência”, procedimento 3 “Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense”, procedimento 15 “Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores”, procedimento 16 “Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita” e procedimento 20 “Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local”. Exceto no procedimento 16, em que os enfermeiros com frequência mais elevada de não realização possuíam tempo de serviço entre 6 e 9 anos, nos demais procedimentos com diferenças estatisticamente significativas os enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos foram os que apresentaram maior proporção de não execução destes.

Nas agressões sexuais

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	0	0,0%	5	17,9%	7	24,1%	5	15,2%	0,036*
	Nunca executei	34	100,0%	23	82,1%	22	75,9%	28	84,8%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	1	2,9%	5	17,9%	6	20,7%	5	15,2%	0,297
	Nunca executei	33	97,1%	22	78,6%	23	79,3%	27	81,8%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	3,0%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Não se aplica	1	2,9%	5	17,9%	7	24,1%	6	18,2%	0,211
	Nunca executei	33	97,1%	22	78,6%	22	75,9%	26	78,8%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	1	3,0%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Não se aplica	0	0,0%	3	11,1%	4	13,8%	6	18,2%	0,003*
	Nunca executei	29	85,3%	13	48,1%	12	41,4%	13	39,4%	
	Já executei	5	14,7%	11	40,7%	13	44,8%	14	42,4%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Não se aplica	1	2,9%	3	11,5%	3	10,7%	4	12,1%	0,020*
	Nunca executei	27	79,4%	12	46,2%	10	35,7%	14	42,4%	
	Já executei	6	17,6%	11	42,3%	15	53,6%	15	45,5%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Não se aplica	2	5,9%	5	17,9%	6	21,4%	10	30,3%	0,006*
	Nunca executei	26	76,5%	14	50,0%	9	32,1%	11	33,3%	
	Já executei	6	17,6%	9	32,1%	13	46,4%	12	36,4%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Não se aplica	2	5,9%	3	11,1%	3	10,7%	4	12,1%	0,465
	Nunca executei	25	73,5%	16	59,3%	16	57,1%	15	45,5%	
	Já executei	7	20,6%	8	29,6%	9	32,1%	14	42,4%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Não se aplica	2	5,9%	5	17,9%	8	27,6%	6	18,2%	0,043*
	Nunca executei	32	94,1%	21	75,0%	21	72,4%	23	69,7%	
	Já executei	0	0,0%	2	7,1%	0	0,0%	4	12,1%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Não se aplica	6	17,6%	7	25,0%	10	34,5%	12	36,4%	0,300
	Nunca executei	28	82,4%	21	75,0%	19	65,5%	21	63,6%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.58: Executabilidade dos procedimentos de agressão sexual segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.58), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência nos procedimentos: procedimento 21 “Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual”, procedimento 24 “Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável”, procedimento 25 “Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras”, procedimento 26 “Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras” e procedimento 28 “Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados”. Os enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos foram os que apresentaram menor proporção de execução em todos estes procedimentos.

Nas lesões

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	Não se aplica	7	20,6%	6	22,2%	8	28,6%	5	15,6%	0,432
	Nunca executei	14	41,2%	14	51,9%	16	57,1%	15	46,9%	
	Já executei	13	38,2%	7	25,9%	4	14,3%	12	37,5%	
31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	Não se aplica	5	14,7%	3	11,1%	9	32,1%	6	18,8%	0,220
	Nunca executei	14	41,2%	15	55,6%	14	50,0%	13	40,6%	
	Já executei	15	44,1%	9	33,3%	5	17,9%	13	40,6%	
32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	6	21,4%	2	6,1%	0,019*
	Nunca executei	16	47,1%	14	51,9%	13	46,4%	15	45,5%	
	Já executei	18	52,9%	13	48,1%	9	32,1%	16	48,5%	
33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	5	17,9%	5	15,2%	0,360
	Nunca executei	29	85,3%	23	85,2%	20	71,4%	26	78,8%	
	Já executei	4	11,8%	3	11,1%	3	10,7%	2	6,1%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.	Não se aplica	1	2,9%	0	0,0%	6	20,7%	5	16,1%	0,024*
	Nunca executei	22	64,7%	19	70,4%	21	72,4%	20	64,5%	
	Já executei	11	32,4%	8	29,6%	2	6,9%	6	19,4%	
35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	5	17,9%	4	12,5%	0,372
	Nunca executei	27	79,4%	19	70,4%	19	67,9%	22	68,8%	
	Já executei	6	17,6%	7	25,9%	4	14,3%	6	18,8%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.59: Executabilidade dos procedimentos de lesões segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Quanto aos procedimentos referentes a lesões (Tabela 5.59), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência em termos de executabilidade nos procedimentos: procedimento 32 “Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias” e procedimento 34 “Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias”, sendo nos enfermeiros com tempo de serviço entre 10 e 16 anos que apresentaram a mais baixa proporção de não execução desse procedimento.

Nas vítimas de armas brancas

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Não se aplica	4	12,1%	4	14,3%	5	17,9%	5	15,6%	0,883
	Nunca executei	28	84,8%	23	82,1%	23	82,1%	27	84,4%	
	Já executei	1	3,0%	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Não se aplica	1	3,0%	6	21,4%	6	21,4%	5	15,6%	0,314
	Nunca executei	31	93,9%	22	78,6%	22	78,6%	26	81,3%	
	Já executei	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Não se aplica	3	9,1%	7	25,0%	7	25,9%	8	25,0%	0,327
	Nunca executei	28	84,8%	17	60,7%	18	66,7%	19	59,4%	
	Já executei	2	6,1%	4	14,3%	2	7,4%	5	15,6%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Não se aplica	1	3,0%	2	7,1%	4	14,3%	4	12,5%	0,015*
	Nunca executei	25	75,8%	14	50,0%	9	32,1%	11	34,4%	
	Já executei	7	21,2%	12	42,9%	15	53,6%	17	53,1%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Não se aplica	0	0,0%	2	7,1%	4	14,3%	3	9,4%	0,012*
	Nunca executei	23	69,7%	15	53,6%	9	32,1%	9	28,1%	
	Já executei	10	30,3%	11	39,3%	15	53,6%	20	62,5%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Não se aplica	2	6,1%	3	10,7%	4	14,3%	6	18,8%	0,741
	Nunca executei	25	75,8%	18	64,3%	17	60,7%	20	62,5%	
	Já executei	6	18,2%	7	25,0%	7	25,0%	6	18,8%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Não se aplica	0	0,0%	3	10,7%	2	7,1%	6	18,8%	0,136
	Nunca executei	26	78,8%	15	53,6%	19	67,9%	19	59,4%	
	Já executei	7	21,2%	10	35,7%	7	25,0%	7	21,9%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Não se aplica	2	6,1%	3	10,7%	9	32,1%	8	25,0%	0,060
	Nunca executei	26	78,8%	17	60,7%	16	57,1%	17	53,1%	
	Já executei	5	15,2%	8	28,6%	3	10,7%	7	21,9%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.60: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de armas brancas (Tabela 5.60), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência em termos de executabilidade nos procedimentos: procedimento 39 “Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão” e procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele”, sendo nos enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos a mais elevada a proporção de não execução desse procedimento.

Nas vítimas de arma de fogo

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	Não se aplica	2	5,9%	6	22,2%	4	14,3%	6	19,4%	0,068
	Nunca executei	29	85,3%	17	63,0%	19	67,9%	15	48,4%	
	Já executei	3	8,8%	4	14,8%	5	17,9%	10	32,3%	
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	2	7,1%	2	6,5%	0,098
	Nunca executei	30	88,2%	19	70,4%	16	57,1%	17	54,8%	
	Já executei	3	8,8%	7	25,9%	10	35,7%	12	38,7%	
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	Não se aplica	4	11,8%	4	15,4%	4	14,8%	6	19,4%	0,099
	Nunca executei	29	85,3%	16	61,5%	15	55,6%	17	54,8%	
	Já executei	1	2,9%	6	23,1%	8	29,6%	8	25,8%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	7,1%	3	9,7%	0,006*
	Nunca executei	27	79,4%	15	57,7%	9	32,1%	17	54,8%	
	Já executei	7	20,6%	11	42,3%	17	60,7%	11	35,5%	
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	Não se aplica	1	2,9%	2	7,4%	1	3,6%	1	3,1%	0,011*
	Nunca executei	29	85,3%	21	77,8%	21	75,0%	15	46,9%	
	Já executei	4	11,8%	4	14,8%	6	21,4%	16	50,0%	
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	Não se aplica	0	0,0%	2	7,4%	2	7,1%	2	6,3%	0,173
	Nunca executei	31	91,2%	21	77,8%	18	64,3%	21	65,6%	
	Já executei	3	8,8%	4	14,8%	8	28,6%	9	28,1%	
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	3	9,4%	0,004*
	Nunca executei	26	76,5%	18	66,7%	11	39,3%	11	34,4%	
	Já executei	8	23,5%	9	33,3%	16	57,1%	18	56,3%	
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	7,1%	0	0,0%	0,000*
	Nunca executei	27	79,4%	15	55,6%	10	35,7%	9	29,0%	
	Já executei	7	20,6%	12	44,4%	16	57,1%	22	71,0%	
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	Não se aplica	10	29,4%	17	63,0%	9	32,1%	15	46,9%	0,000*
	Nunca executei	23	67,6%	10	37,0%	11	39,3%	9	28,1%	
	Já executei	1	2,9%	0	0,0%	8	28,6%	8	25,0%	
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	Não se aplica	2	5,9%	2	7,4%	2	7,1%	6	18,8%	00,199
	Nunca executei	32	94,1%	24	88,9%	23	82,1%	23	71,9%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,7%	3	10,7%	3	9,4%	
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	Não se aplica	1	2,9%	1	3,7%	4	14,3%	3	9,7%	0,399
	Nunca executei	27	79,4%	20	74,1%	18	64,3%	18	58,1%	
	Já executei	6	17,6%	6	22,2%	6	21,4%	10	32,3%	
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	Não se aplica	5	14,7%	8	29,6%	8	28,6%	11	34,4%	0,044*
	Nunca executei	28	82,4%	18	66,7%	20	71,4%	16	50,0%	
	Já executei	1	2,9%	1	3,7%	0	0,0%	5	15,6%	
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	Não se aplica	3	8,8%	1	3,7%	6	21,4%	6	18,8%	0,100
	Nunca executei	31	91,2%	22	81,5%	19	67,9%	24	75,0%	
	Já executei	0	0,0%	4	14,8%	3	10,7%	2	6,3%	
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	Não se aplica	3	8,8%	5	18,5%	4	14,3%	7	21,9%	0,148
	Nunca executei	31	91,2%	20	74,1%	19	67,9%	22	68,8%	
	Já executei	0	0,0%	2	7,4%	5	17,9%	3	9,4%	

*p < 0,05

Fim da Tabela

Tabela 5.61: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Quanto à executabilidade dos procedimentos de vítimas de arma de fogo (Tabela 5.61), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência nos procedimentos: procedimento 47 “Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode

conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel”, procedimento 48 “Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo”, procedimento 50 “Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los”, procedimento 51 “Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil” e procedimento 55 “Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica”. Em todos estes procedimentos com diferenças estatisticamente significativas os enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos foram os que apresentaram maior proporção de não execução.

Nas vítimas de acidentes de aviação

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Não se aplica	4	11,8%	1	3,7%	4	14,3%	5	16,1%	0,349
	Nunca executei	19	55,9%	14	51,9%	10	35,7%	10	32,3%	
	Já executei	11	32,4%	12	44,4%	14	50,0%	16	51,6%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Não se aplica	0	0,0%	2	7,1%	2	7,1%	3	9,7%	0,214
	Nunca executei	11	32,4%	4	14,3%	10	35,7%	5	16,1%	
	Já executei	23	67,6%	22	78,6%	16	57,1%	23	74,2%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Não se aplica	0	0,0%	1	3,6%	2	7,1%	4	12,9%	0,034*
	Nunca executei	10	29,4%	6	21,4%	12	42,9%	3	9,7%	
	Já executei	24	70,6%	21	75,0%	14	50,0%	24	77,4%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Não se aplica	1	3,0%	3	10,7%	4	14,3%	5	16,1%	0,415
	Nunca executei	18	54,5%	12	42,9%	12	42,9%	9	29,0%	
	Já executei	14	42,4%	13	46,4%	12	42,9%	17	54,8%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Não se aplica	1	2,9%	3	10,7%	4	14,3%	3	9,7%	0,501
	Nunca executei	16	47,1%	12	42,9%	8	28,6%	9	29,0%	
	Já executei	17	50,0%	13	46,4%	16	57,1%	19	61,3%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Não se aplica	4	11,8%	7	25,9%	7	25,0%	10	32,3%	0,447
	Nunca executei	25	73,5%	17	63,0%	18	64,3%	15	48,4%	
	Já executei	5	14,7%	3	11,1%	3	10,7%	6	19,4%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Não se aplica	14	41,2%	18	64,3%	14	48,3%	19	61,3%	0,177
	Nunca executei	20	58,8%	10	35,7%	14	48,3%	10	32,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	2	6,5%	
*p < 0,05										
Fim da Tabela										

Tabela 5.62: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

No que respeita à executabilidade dos procedimentos de vítimas de acidentes de

viação (Tabela 5.62), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência no procedimento 60 “Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões”, sendo maior a proporção de não execução nos enfermeiros com tempo de serviço de pelo menos 17 anos.

Nas vítimas de intoxicação

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Não se aplica	3	8,8%	6	21,4%	4	14,3%	6	19,4%	0,568
	Nunca executei	16	47,1%	10	35,7%	9	32,1%	8	25,8%	
	Já executei	15	44,1%	12	42,9%	15	53,6%	17	54,8%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Não se aplica	2	5,9%	6	21,4%	2	6,9%	7	22,6%	0,019*
	Nunca executei	22	64,7%	14	50,0%	9	31,0%	14	45,2%	
	Já executei	10	29,4%	8	28,6%	18	62,1%	10	32,3%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Não se aplica	0	0,0%	5	18,5%	4	14,3%	8	25,8%	0,046*
	Nunca executei	34	100,0%	22	81,5%	23	82,1%	23	74,2%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Não se aplica	0	0,0%	3	10,7%	5	17,9%	4	13,8%	0,224
	Nunca executei	31	91,2%	20	71,4%	19	67,9%	20	69,0%	
	Já executei	3	8,8%	5	17,9%	4	14,3%	5	17,2%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Não se aplica	2	5,9%	7	25,0%	5	17,9%	7	22,6%	0,306
	Nunca executei	31	91,2%	21	75,0%	23	82,1%	24	77,4%	
	Já executei	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Não se aplica	4	11,8%	7	25,9%	8	27,6%	6	19,4%	0,412
	Nunca executei	20	58,8%	11	40,7%	11	37,9%	11	35,5%	
	Já executei	10	29,4%	9	33,3%	10	34,5%	14	45,2%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.	Não se aplica	1	2,9%	3	11,1%	1	3,6%	5	16,1%	0,353
	Nunca executei	13	38,2%	10	37,0%	8	28,6%	7	22,6%	
	Já executei	20	58,8%	14	51,9%	19	67,9%	19	61,3%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Não se aplica	0	0,0%	3	11,1%	0	0,0%	6	19,4%	0,008*
	Nunca executei	26	76,5%	20	74,1%	16	57,1%	16	51,6%	
	Já executei	8	23,5%	4	14,8%	12	42,9%	9	29,0%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Não se aplica	1	2,9%	4	14,8%	3	10,7%	7	22,6%	0,308
	Nunca executei	23	67,6%	13	48,1%	15	53,6%	15	48,4%	
	Já executei	10	29,4%	10	37,0%	10	35,7%	9	29,0%	
* $p < 0,05$										
Fim da Tabela										

Tabela 5.63: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Em termos dos procedimentos de vítimas de intoxicação (Tabela 5.63), observaram-se

diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência nos procedimentos: procedimento 66 “Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos”, procedimento 67 “Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso” e procedimento 72 “Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo”. Os enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos foram os que apresentaram maior proporção de não execução.

Nas vítimas de asfixia

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								P
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Não se aplica	3	9,1%	5	18,5%	8	27,6%	10	34,5%	0,133
	Nunca executei	30	90,9%	22	81,5%	20	69,0%	19	65,5%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,4%	0	0,0%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Não se aplica	4	12,1%	6	22,2%	7	24,1%	9	30,0%	0,063
	Nunca executei	29	87,9%	21	77,8%	18	62,1%	19	63,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	4	13,8%	2	6,7%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Não se aplica	2	6,1%	7	25,9%	6	20,7%	10	33,3%	0,030*
	Nunca executei	31	93,9%	20	74,1%	21	72,4%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	0	0,0%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Não se aplica	3	9,1%	6	22,2%	3	10,3%	10	33,3%	0,010*
	Nunca executei	30	90,9%	21	77,8%	22	75,9%	19	63,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	4	13,8%	1	3,3%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Não se aplica	4	12,1%	5	18,5%	3	10,7%	10	33,3%	0,151
	Nunca executei	29	87,9%	22	81,5%	24	85,7%	20	66,7%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Não se aplica	4	12,1%	5	18,5%	5	17,2%	10	33,3%	0,143
	Nunca executei	29	87,9%	22	81,5%	22	75,9%	18	60,0%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	2	6,9%	2	6,7%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Não se aplica	5	15,2%	9	33,3%	6	20,7%	11	36,7%	0,028*
	Nunca executei	28	84,8%	17	63,0%	19	65,5%	19	63,3%	
	Já executei	0	0,0%	1	3,7%	4	13,8%	0	0,0%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Não se aplica	1	3,0%	2	7,4%	3	10,3%	7	23,3%	0,106
	Nunca executei	30	90,9%	23	85,2%	21	72,4%	19	63,3%	
	Já executei	2	6,1%	2	7,4%	5	17,2%	4	13,3%	
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Não se aplica	5	15,2%	11	40,7%	9	31,0%	11	36,7%	0,099
	Nunca executei	28	84,8%	14	51,9%	19	65,5%	19	63,3%	
	Já executei	0	0,0%	2	7,4%	1	3,4%	0	0,0%	

		Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência								p
		≤ 5		6 – 9		10 – 16		≥ 17		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Não se aplica	1	3,0%	1	3,7%	0	0,0%	2	6,7%	0,035*
	Nunca executei	23	69,7%	15	55,6%	17	58,6%	8	26,7%	
	Já executei	9	27,3%	11	40,7%	12	41,4%	20	66,7%	
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Não se aplica	1	3,0%	1	3,7%	1	3,6%	6	20,0%	0,022*
	Nunca executei	29	87,9%	20	74,1%	21	75,0%	15	50,0%	
	Já executei	3	9,1%	6	22,2%	6	21,4%	9	30,0%	
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Não se aplica	1	3,0%	2	7,4%	3	10,7%	6	20,0%	0,122
	Nunca executei	32	97,0%	25	92,6%	23	82,1%	22	73,3%	
	Já executei	0	0,0%	0	0,0%	2	7,1%	2	6,7%	
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Não se aplica	0	0,0%	2	7,4%	2	7,1%	6	20,0%	0,108
	Nunca executei	22	66,7%	16	59,3%	14	50,0%	12	40,0%	
	Já executei	11	33,3%	9	33,3%	12	42,9%	12	40,0%	

* $p < 0,05$

Fim da Tabela

Tabela 5.64: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo o tempo de exercício da profissão de enfermagem em serviço de urgência e/ou emergência (N=128).

Quanto aos procedimentos de vítimas de asfixia (Tabela 5.64), observaram-se diferenças na sua executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os tempos de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência nos procedimentos: procedimento 77 “Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado”, procedimento 80 “Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia”, procedimento 83 “Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal” e procedimento 84 “Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos”. Em todos estes procedimentos os enfermeiros com tempo de serviço até 5 anos foram os que apresentaram maior proporção da não execução.

5.13 Relação Entre Frequência de Assistência a Vítimas de Agressão Voluntária ou Involuntária e Executabilidade dos Procedimentos

Os resultados alusivos à relação entre a frequência de assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária e a executabilidade dos procedimentos tendo em

conta o mecanismo da lesão são seguidamente apresentados. Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a frequência de assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária e a executabilidade dos procedimentos de agressão sexual, lesões, vítimas de arma branca, vítimas de armas de fogo, vítimas de acidentes de viação, vítimas de intoxicação e vítimas de asfixia. Somente se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros pertencentes às diferentes frequências com que assistem vítimas de agressão voluntária ou involuntária na executabilidade na categoria referente à gestão de vestígios, no procedimento 16 “Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita”. Os enfermeiros que assistem vítimas de agressão voluntária ou involuntária muitas vezes ou sempre são os que referem maior frequência de execução desse procedimento (ver Tabela 5.65).

Na gestão de vestígios

		Categoria profissional						P
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Não se aplica	3	9,1%	7	16,3%	7	14,0%	0,923
	Nunca executei	28	84,8%	34	79,1%	40	80,0%	
	Já executei	2	6,1%	2	4,7%	3	6,0%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Não se aplica	1	3,0%	2	4,8%	0	0,0%	0,618
	Nunca executei	8	24,2%	11	26,2%	11	22,0%	
	Já executei	24	72,7%	29	69,0%	39	78,0%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Não se aplica	4	12,1%	3	7,1%	2	4,1%	0,529
	Nunca executei	17	51,5%	22	52,4%	22	44,9%	
	Já executei	12	36,4%	17	40,5%	25	51,0%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas	Não se aplica	2	6,1%	4	9,5%	2	4,0%	0,846
	Nunca executei	18	54,5%	24	57,1%	30	60,0%	
	Já executei	13	39,4%	14	33,3%	18	36,0%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Não se aplica	4	12,1%	4	9,8%	0	0,0%	0,066
	Nunca executei	21	63,6%	29	70,7%	31	62,0%	
	Já executei	8	24,2%	8	19,5%	19	38,0%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Não se aplica	7	21,2%	8	19,0%	8	16,0%	0,759
	Nunca executei	25	75,8%	33	78,6%	42	84,0%	
	Já executei	1	3,0%	1	2,4%	0	0,0%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Não se aplica	4	12,1%	4	10,0%	5	10,2%	0,720
	Nunca executei	21	63,6%	24	60,0%	25	51,0%	
	Já executei	8	24,2%	12	30,0%	19	38,8%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Não se aplica	13	40,6%	19	45,2%	23	46,0%	0,742
	Nunca executei	19	59,4%	21	50,0%	25	50,0%	
	Já executei	0	0,0%	2	4,8%	2	4,0%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Não se aplica	3	9,1%	4	9,5%	5	10,0%	0,885
	Nunca executei	24	72,7%	27	64,3%	36	72,0%	
	Já executei	6	18,2%	11	26,2%	9	18,0%	

		Categoria profissional						p
		Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		
		n	%	n	%	n	%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Não se aplica	3	9,1%	3	7,3%	2	4,0%	0,419
	Nunca executei	24	72,7%	28	68,3%	30	60,0%	
	Já executei	6	18,2%	10	24,4%	18	36,0%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Não se aplica	7	21,2%	11	26,8%	16	32,0%	0,534
	Nunca executei	25	75,8%	27	65,9%	29	58,0%	
	Já executei	1	3,0%	3	7,3%	5	10,0%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Não se aplica	6	18,2%	8	19,5%	7	14,0%	0,402
	Nunca executei	27	81,8%	32	78,0%	39	78,0%	
	Já executei	0	0,0%	1	2,4%	4	8,0%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Não se aplica	6	18,2%	8	19,5%	7	14,3%	0,873
	Nunca executei	27	81,8%	32	78,0%	41	83,7%	
	Já executei	0	0,0%	1	2,4%	1	2,0%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Não se aplica	6	18,2%	5	12,2%	8	16,0%	0,966
	Nunca executei	25	75,8%	33	80,5%	39	78,0%	
	Já executei	2	6,1%	3	7,3%	3	6,0%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Não se aplica	5	15,2%	6	14,6%	5	10,0%	0,333
	Nunca executei	26	78,8%	30	73,2%	34	68,0%	
	Já executei	2	6,1%	5	12,2%	11	22,0%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Não se aplica	3	9,1%	5	12,2%	2	4,0%	0,009*
	Nunca executei	20	60,6%	32	78,0%	26	52,0%	
	Já executei	10	30,3%	4	9,8%	22	44,0%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Não se aplica	4	12,1%	4	10,0%	1	2,0%	0,444
	Nunca executei	17	51,5%	20	50,0%	27	54,0%	
	Já executei	12	36,4%	16	40,0%	22	44,0%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Não se aplica	5	15,2%	3	7,5%	3	6,0%	0,485
	Nunca executei	27	81,8%	33	82,5%	42	84,0%	
	Já executei	1	3,0%	4	10,0%	5	10,0%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Não se aplica	2	6,1%	3	7,5%	2	4,0%	0,822
	Nunca executei	20	60,6%	23	57,5%	26	52,0%	
	Já executei	11	33,3%	14	35,0%	22	44,0%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Não se aplica	5	15,2%	6	14,6%	5	10,0%	0,624
	Nunca executei	24	72,7%	25	61,0%	33	66,0%	
	Já executei	4	12,1%	10	24,4%	12	24,0%	
*p < 0,05								
Fim da Tabela								

Tabela 5.65: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios segundo a frequência de assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária (N=128).

Os enfermeiros que assistem vítimas de agressão voluntária ou involuntária muitas vezes ou sempre são os que referem maior frequência de execução desse procedimento (ver Tabela 5.65).

5.14 Relação Entre a Existência de um Protocolo que Delineia a Atuação do Enfermeiro na Assistência à Vítima e a Percepção do Conhecimento dos Procedimentos

Os resultados referentes à relação entre a existência de protocolo que delineia a atuação do enfermeiro na assistência à vítima e o conhecimento dos procedimentos tendo em conta a categoria das “Lesões” são seguidamente apresentados. Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a existência de protocolo que delineia a atuação do enfermeiro na assistência à vítima e o conhecimento dos procedimentos de gestão de vestígios, lesões, vítimas de armas de fogo, e vítimas de asfixia.

Na agressão sexual

		Protocolo que delineia a sua atuação				p
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	52	46,8%	4	40,0%	0,913
	Conhecia vagamente	50	45,0%	5	50,0%	
	Conhecia com rigor	9	8,1%	1	10,0%	
22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	49	44,1%	3	30,0%	0,394
	Conhecia vagamente	53	47,7%	5	50,0%	
	Conhecia com rigor	9	8,1%	2	20,0%	
23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.	Desconhecia	46	41,4%	3	30,0%	0,557
	Conhecia vagamente	54	48,6%	5	50,0%	
	Conhecia com rigor	11	9,9%	2	20,0%	
24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	Desconhecia	10	9,1%	3	30,0%	0,063
	Conhecia vagamente	61	55,5%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	39	35,5%	1	10,0%	
25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	Desconhecia	9	8,1%	3	30,0%	0,024*
	Conhecia vagamente	52	46,8%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	50	45,0%	1	10,0%	
26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	Desconhecia	9	8,1%	2	20,0%	0,140
	Conhecia vagamente	46	41,4%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	56	50,5%	2	20,0%	
27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.	Desconhecia	13	11,6%	2	20,0%	0,545
	Conhecia vagamente	47	42,0%	5	50,0%	
	Conhecia com rigor	52	46,4%	3	30,0%	
28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	Desconhecia	41	37,3%	4	40,0%	0,392
	Conhecia vagamente	52	47,3%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	17	15,5%	0	0,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	Desconhecia	61	55,0%	8	80,0%	0,293
	Conhecia vagamente	45	40,5%	2	20,0%	
	Conhecia com rigor	5	4,5%	0	0,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.66: Conhecimento dos procedimentos de agressão sexual segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Em termos dos procedimentos de agressões sexuais (Tabela 5.66), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima no procedimento 25 “Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras”, em que a proporção de desconhecimento era maior nos enfermeiros que responderam a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima.

Nas vítimas de armas brancas

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	Desconhecia	79	71,8%	7	70,0%	0,788
	Conhecia vagamente	27	24,5%	3	30,0%	
	Conhecia com rigor	4	3,6%	0	0,0%	
37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	Desconhecia	77	70,0%	8	80,0%	0,766
	Conhecia vagamente	31	28,2%	2	20,0%	
	Conhecia com rigor	2	1,8%	0	0,0%	
38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.	Desconhecia	49	45,0%	5	50,0%	0,832
	Conhecia vagamente	53	48,6%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	7	6,4%	1	10,0%	
39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	Desconhecia	18	16,4%	4	40,0%	0,181
	Conhecia vagamente	61	55,5%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	31	28,2%	2	20,0%	
40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	Desconhecia	18	16,5%	5	50,0%	0,036*
	Conhecia vagamente	61	56,0%	3	30,0%	
	Conhecia com rigor	30	27,5%	2	20,0%	
41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.	Desconhecia	22	20,0%	2	20,0%	0,997
	Conhecia vagamente	67	60,9%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	21	19,1%	2	20,0%	
42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	Desconhecia	31	28,4%	2	20,0%	0,849
	Conhecia vagamente	59	54,1%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	19	17,4%	2	20,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma	Desconhecia	29	26,6%	4	40,0%	0,663
	Conhecia vagamente	54	49,5%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	26	23,9%	2	20,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.67: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de arma branca segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

No que respeita aos procedimentos de vítimas de armas brancas (Tabela 5.67), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima no procedimento 40 “Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele”. Nos enfermeiros que responderam a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima a proporção de desconhecimento era superior aos que mencionaram a não existência do referido protocolo.

Nas vítimas de acidentes de viação

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	Desconhecia	26	23,9%	0	0,0%	0,017*
	Conhecia vagamente	58	53,2%	10	100,0%	
	Conhecia com rigor	25	22,9%	0	0,0%	
59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.	Desconhecia	14	12,8%	1	10,0%	0,622
	Conhecia vagamente	48	44,0%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	47	43,1%	3	30,0%	
60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	Desconhecia	15	13,8%	2	20,0%	0,859
	Conhecia vagamente	49	45,0%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	45	41,3%	4	40,0%	
61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	Desconhecia	29	26,6%	3	30,0%	0,637
	Conhecia vagamente	55	50,5%	6	60,0%	
	Conhecia com rigor	25	22,9%	1	10,0%	
62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto	Desconhecia	37	33,9%	4	40,0%	0,928
	Conhecia vagamente	48	44,0%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	24	22,0%	2	20,0%	
63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	Desconhecia	70	64,2%	8	80,0%	0,505
	Conhecia vagamente	30	27,5%	2	20,0%	
	Conhecia com rigor	9	8,3%	0	0,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.	Desconhecia	38	36,2%	3	30,0%	0,350
	Conhecia vagamente	53	50,5%	7	70,0%	
	Conhecia com rigor	14	13,3%	0	0,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.68: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de acidentes de viação segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Quanto aos procedimentos de vítimas de acidentes de viação (Tabela 5.68), observaram-se diferenças de conhecimento com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima no procedimento 58 “Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto”. Nos enfermeiros que responderam a não existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima a proporção de conhecimento com rigor era superior aos que mencionaram a existência desse protocolo.

Nas vítimas de intoxicação

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	Desconhecia	17	16,0%	2	20,0%	0,629
	Conhecia vagamente	59	55,7%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	30	28,3%	4	40,0%	
66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.	Desconhecia	19	17,8%	4	40,0%	0,173
	Conhecia vagamente	60	56,1%	3	30,0%	
	Conhecia com rigor	28	26,2%	3	30,0%	
67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	Desconhecia	67	61,5%	6	60,0%	0,625
	Conhecia vagamente	38	34,9%	3	30,0%	
	Conhecia com rigor	4	3,7%	1	10,0%	
68. Preservar os vestígios eméticos.	Desconhecia	50	46,7%	5	50,0%	0,953
	Conhecia vagamente	48	44,9%	4	40,0%	
	Conhecia com rigor	9	8,4%	1	10,0%	
69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.	Desconhecia	89	81,7%	7	70,0%	0,428
	Conhecia vagamente	17	15,6%	2	20,0%	
	Conhecia com rigor	3	2,8%	1	10,0%	
70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.	Desconhecia	29	26,6%	1	10,0%	0,220
	Conhecia vagamente	56	51,4%	8	80,0%	
	Conhecia com rigor	24	22,0%	1	10,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar.	Desconhecia	34	30,9%	1	10,0%	0,051
	Conhecia vagamente	35	31,8%	7	70,0%	
	Conhecia com rigor	41	37,3%	2	20,0%	
72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.	Desconhecia	34	30,9%	1	10,0%	0,219
	Conhecia vagamente	47	42,7%	7	70,0%	
	Conhecia com rigor	29	26,4%	2	20,0%	
73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.	Desconhecia	39	35,5%	1	10,0%	0,037*
	Conhecia vagamente	42	38,2%	8	80,0%	
	Conhecia com rigor	29	26,4%	1	10,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.69: Conhecimento dos procedimentos de vítimas de intoxicação segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de intoxicação (Tabela 5.69), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima em termos de conhecimento do procedimento 73 “Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo”, sendo maior a proporção que desconhecia esse procedimento nos enfermeiros que responderam a não existência de protocolo que delinea a atuação enfermeiro na assistência à vítima.

5.15 Relação Entre a Existência de um Protocolo que Delinea a Atuação do Enfermeiro na Assistência à Vítima e Executibilidade dos Procedimentos.

Os resultados referentes à relação entre a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima e a executibilidade dos procedimentos tendo em conta a categoria “Lesões” são seguidamente apresentados. Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima e a executibilidade dos procedimentos de agressão sexual, lesões, vítimas de arma branca, vítimas de acidentes de viação e vítimas de intoxicação.

Na gestão de vestígios

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.	Não se aplica	14	12,4%	3	30,0%	0,225
	Nunca executei	93	82,3%	6	60,0%	
	Já executei	6	5,3%	1	10,0%	
2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.	Não se aplica	3	2,7%	0	0,0%	0,839
	Nunca executei	26	23,2%	2	20,0%	
	Já executei	83	74,1%	8	80,0%	
3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	Não se aplica	8	7,2%	1	10,0%	0,924
	Nunca executei	53	47,7%	5	50,0%	
	Já executei	50	45,0%	4	40,0%	
4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.	Não se aplica	7	6,3%	1	10,0%	0,857
	Nunca executei	64	57,1%	5	50,0%	
	Já executei	41	36,6%	4	40,0%	
5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	Não se aplica	7	6,3%	1	10,0%	0,569
	Nunca executei	74	66,7%	5	50,0%	
	Já executei	30	27,0%	4	40,0%	
6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	Não se aplica	21	18,8%	2	20,0%	0,092
	Nunca executei	90	80,4%	7	70,0%	
	Já executei	1	0,9%	1	10,0%	
7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.	Não se aplica	12	11,0%	1	10,0%	0,970
	Nunca executei	61	56,0%	6	60,0%	
	Já executei	36	33,0%	3	30,0%	
8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	Não se aplica	50	45,0%	5	50,0%	0,407
	Nunca executei	58	52,3%	4	40,0%	
	Já executei	3	2,7%	1	10,0%	
9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	Não se aplica	12	10,7%	0	0,0%	0,225
	Nunca executei	78	69,6%	6	60,0%	
	Já executei	22	19,6%	4	40,0%	
10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	Não se aplica	7	6,3%	1	10,0%	0,882
	Nunca executei	73	65,8%	6	60,0%	
	Já executei	31	27,9%	3	30,0%	
11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.	Não se aplica	30	27,0%	4	40,0%	0,607
	Nunca executei	73	65,8%	5	50,0%	
	Já executei	8	7,2%	1	10,0%	
12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.	Não se aplica	18	16,2%	3	30,0%	0,303
	Nunca executei	89	80,2%	6	60,0%	
	Já executei	4	3,6%	1	10,0%	
13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	Não se aplica	18	16,4%	3	30,0%	0,047*
	Nunca executei	91	82,7%	6	60,0%	
	Já executei	1	0,9%	1	10,0%	
14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	Não se aplica	16	14,4%	3	30,0%	0,359
	Nunca executei	88	79,3%	6	60,0%	
	Já executei	7	6,3%	1	10,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.	Não se aplica	13	11,7%	3	30,0%	0,258
	Nunca executei	81	73,0%	6	60,0%	
	Já executei	17	15,3%	1	10,0%	
16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.	Não se aplica	7	6,3%	3	30,0%	0,029*
	Nunca executei	71	64,0%	4	40,0%	
	Já executei	33	29,7%	3	30,0%	
17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.	Não se aplica	8	7,3%	1	10,0%	0,951
	Nunca executei	56	50,9%	5	50,0%	
	Já executei	46	41,8%	4	40,0%	
18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	Não se aplica	10	9,1%	1	10,0%	0,609
	Nunca executei	90	81,8%	9	90,0%	
	Já executei	10	9,1%	0	0,0%	
19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.	Não se aplica	7	6,4%	0	0,0%	0,518
	Nunca executei	59	53,6%	7	70,0%	
	Já executei	44	40,0%	3	30,0%	
20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.	Não se aplica	15	13,5%	1	10,0%	0,935
	Nunca executei	72	64,9%	7	70,0%	
	Já executei	24	21,6%	2	20,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.70: Executabilidade dos procedimentos de gestão de vestígios segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Em termos dos procedimentos de gestão de vestígios (Tabela 5.70), observaram-se diferenças de executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima nos procedimentos: procedimento 13 “Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las” e procedimentos 16 ”Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita”. Em ambos os procedimentos nos enfermeiros que responderam a não existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima a proporção de não execução era superior aos que mencionaram a existência desse protocolo.

Nas vítimas de armas de fogo

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	Não se aplica Nunca executei Já executei	17 72 19	15,7% 66,7% 17,6%	1 6 3	10,0% 60,0% 30,0%	0,602
45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	Não se aplica Nunca executei Já executei	5 74 29	4,6% 68,5% 26,9%	1 6 3	10,0% 60,0% 30,0%	0,722
46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.	Não se aplica Nunca executei Já executei	17 69 20	16,0% 65,1% 18,9%	1 6 3	10,0% 60,0% 30,0%	0,663
47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.	Não se aplica Nunca executei Já executei	5 60 42	4,7% 56,1% 39,3%	0 6 4	0,0% 60,0% 40,0%	0,781
48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	Não se aplica Nunca executei Já executei	4 78 27	3,7% 71,6% 24,8%	1 6 3	10,0% 60,0% 30,0%	0,564
49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.	Não se aplica Nunca executei Já executei	5 81 23	4,6% 74,3% 21,1%	1 8 1	10,0% 80,0% 10,0%	0,568
50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	Não se aplica Nunca executei Já executei	3 59 47	2,8% 54,1% 43,1%	1 5 4	10,0% 50,0% 40,0%	0,477
51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	Não se aplica Nunca executei Já executei	2 53 53	1,9% 49,1% 49,1%	0 6 4	0,0% 60,0% 40,0%	0,756
52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.	Não se aplica Nunca executei Já executei	48 47 14	44,0% 43,1% 12,8%	3 4 3	30,0% 40,0% 30,0%	0,312
53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.	Não se aplica Nunca executei Já executei	12 91 6	11,0% 83,5% 5,5%	0 9 1	0,0% 90,0% 10,0%	0,481
54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.	Não se aplica Nunca executei Já executei	9 74 25	8,3% 68,5% 23,1%	0 7 3	0,0% 70,0% 30,0%	0,601
55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.	Não se aplica Nunca executei Já executei	30 74 5	27,5% 67,9% 4,6%	2 6 2	20,0% 60,0% 20,0%	0,137
56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.	Não se aplica Nunca executei Já executei	16 86 7	14,7% 78,9% 6,4%	0 8 2	0,0% 80,0% 20,0%	0,157

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.	Não se aplica	17	15,6%	2	20,0%	0,028*
	Nunca executei	85	78,0%	5	50,0%	
	Já executei	7	6,4%	3	30,0%	
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.71: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de armas de fogo segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Relativamente aos procedimentos de vítimas de armas de fogo (Tabela 5.71), observaram-se diferenças de executabilidade com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima no procedimento 57 “Evitar lavar as balas e/ou projeteis”. Nos enfermeiros que responderam a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima a proporção de execução era superior aos que mencionaram a não existência do referido protocolo.

Nas vítimas de asfixia

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.	Não se aplica	22	20,8%	4	40,0%	0,367
	Nunca executei	83	78,3%	6	60,0%	
	Já executei	1	0,9%	0	0,0%	
75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	Não se aplica	23	21,5%	3	30,0%	0,593
	Nunca executei	79	73,8%	6	60,0%	
	Já executei	5	4,7%	1	10,0%	
76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	Não se aplica	23	21,5%	2	20,0%	0,107
	Nunca executei	83	77,6%	7	70,0%	
	Já executei	1	0,9%	1	10,0%	
77. Documentar caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.	Não se aplica	20	18,7%	2	20,0%	0,633
	Nunca executei	83	77,6%	7	70,0%	
	Já executei	4	3,7%	1	10,0%	
78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	Não se aplica	19	17,9%	3	30,0%	0,626
	Nunca executei	86	81,1%	7	70,0%	
	Já executei	1	0,9%	0	0,0%	
79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	Não se aplica	22	20,6%	2	20,0%	0,487
	Nunca executei	82	76,6%	7	70,0%	
	Já executei	3	2,8%	1	10,0%	
80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel	Não se aplica	29	27,1%	2	20,0%	0,662
	Nunca executei	73	68,2%	8	80,0%	
	Já executei	5	4,7%	0	0,0%	

		Protocolo que delinea a sua atuação				P
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	Não se aplica	11	10,3%	2	20,0%	0,646
Nunca executei	84	78,5%	7	70,0%		
Já executei	12	11,2%	1	10,0%		
82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.	Não se aplica	34	31,8%	2	20,0%	0,611
Nunca executei	70	65,4%	8	80,0%		
Já executei	3	2,8%	0	0,0%		
83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	Não se aplica	3	2,8%	1	10,0%	0,076
Nunca executei	59	55,1%	2	20,0%		
Já executei	45	42,1%	7	70,0%		
84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.	Não se aplica	8	7,5%	1	10,0%	0,252
Nunca executei	78	73,6%	5	50,0%		
Já executei	20	18,9%	4	40,0%		
85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região sub-ungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	Não se aplica	11	10,4%	1	10,0%	0,820
Nunca executei	91	85,8%	9	90,0%		
Já executei	4	3,8%	0	0,0%		
86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.	Não se aplica	7	6,6%	3	30,0%	0,031*
Nunca executei	59	55,7%	3	30,0%		
Já executei	40	37,7%	4	40,0%		
* $p < 0,05$						
Fim da Tabela						

Tabela 5.72: Executabilidade dos procedimentos de vítimas de asfixia segundo a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima (N=128).

Relativamente aos procedimentos alusivos a vítimas de asfixia (Tabela 5.72), observaram-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros que referiram e os que não referiram a existência de protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima em termos de executabilidade do procedimento 86 “Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas”, sendo maior a proporção que não executava esse procedimento nos enfermeiros que responderam a não existência de protocolo que delinea a atuação enfermeiro na assistência à vítima.

5.16 Perceção Do Conhecimento dos Procedimentos por Instituição Hospitalar

Relativamente os *scores* médios de conhecimento das diferentes categorias analisadas segundo o hospital (0 - Desconhecimento total a 2 - Conhecimento total) (Tabela 5.73), constata-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros dos diferentes hospitais nas categorias alusivas à gestão de vestígios, agressões sexuais, lesões e vítimas de armas de fogo.

Hospitais	Gestão de vestígios	Agressões Sexuais	Lesões	Arma Branca	Vítimas de armas de fogo	Vítimas de acidente de viação	Vítimas de intoxicação	Vítimas de asfixia
Centro Hospitalar Leiria, E.P.E	0,77 ± 0,36	0,81 ± 0,42	0,97 ± 0,45	0,70 ± 0,38	0,79 ± 0,43	0,87 ± 0,45	0,72 ± 0,43	0,58 ± 0,39
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E	0,76 ± 0,45	0,81 ± 0,44	1,01 ± 0,52	0,56 ± 0,46	0,83 ± 0,44	0,92 ± 0,52	0,93 ± 0,44	0,82 ± 0,49
Unidade de Saúde Local da Guarda, E.P.E	0,92 ± 0,24	1,24 ± 0,46	1,28 ± 0,37	0,83 ± 0,25	0,84 ± 0,31	1,00 ± 0,35	1,06 ± 0,33	0,80 ± 0,20
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro	0,34 ± 0,30	0,81 ± 0,26	0,53 ± 0,29	0,65 ± 0,37	0,73 ± 0,41	0,57 ± 0,39	0,54 ± 0,28	0,44 ± 0,31
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.	1,03 ± 0,47	1,06 ± 0,46	1,18 ± 0,48	0,92 ± 0,45	1,13 ± 0,49	0,98 ± 0,59	0,80 ± 0,46	0,73 ± 0,49
Centro hospitalar de Tondela, Viseu, E.P.E.	0,95 ± 0,60	0,92 ± 0,66	1,21 ± 0,66	0,81 ± 0,71	1,17 ± 0,75	1,23 ± 0,58	1,16 ± 0,69	0,93 ± 0,80
p	0,003*	0,013*	0,011*	0,066	0,026*	0,328	0,056	0,257
Fim da Tabela								

Tabela 5.73: Score de conhecimento dos mecanismos de lesão segundo o hospital (Média ± DP) (N=128).

Na gestão dos vestígios Quanto à gestão de vestígios, os enfermeiros Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro ($0,34 \pm 0,30$) eram o que apresentavam menor conhecimento desse mecanismo, enquanto os enfermeiros que trabalhavam no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. ($1,03 \pm 0,47$) apresentavam os níveis mais elevados de conhecimento.

Nas agressões sexuais No que respeita à categoria de vítimas de agressões sexuais, os enfermeiros do Centro Hospitalar Leiria, E.P.E ($0,81 \pm 0,42$), Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E ($0,81 \pm 0,44$) e Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro ($0,81 \pm 0,26$) referiram um menor nível de conhecimento, contrapondo com os enfermeiros do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. ($1,06 \pm 0,46$) que apresentavam níveis médios mais

elevados de conhecimento.

Nas lesões Relativamente à categoria de “Lesões” os Enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro ($0,53 \pm 0,29$) níveis médios de conhecimento mais baixos, enquanto que os enfermeiros da Unidade de Saúde Local da Guarda, E.P.E ($1,28 \pm 0,37$) e Centro hospitalar de Tondela, Viseu, E.P.E. ($1,21 \pm 0,66$) responderam níveis médios mais elevados de conhecimento.

Nas vítimas de armas de fogo Em termos da categoria de “Vítimas de armas de fogo”, os Enfermeiros do Centro Hospitalar Leiria, E.P.E ($0,97 \pm 0,23$) referiram o nível médio de conhecimentos mais baixos e os enfermeiros do Centro hospitalar de Tondela, Viseu, E.P.E. ($1,24 \pm 0,42$) e do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. ($1,20 \pm 0,29$) responderam os níveis médios de conhecimento mais elevados.

5.17 Executabilidade dos Procedimentos por Instituição Hospitalar

Na Tabela 5.74 encontram-se os *scores* médios de executabilidade das categorias analisadas segundo o hospital (0 – Inexistência de aplicabilidade a 2 – Total executabilidade). Constata-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os enfermeiros dos diferentes hospitais na categoria alusiva às lesões e às vítimas de armas de fogo.

Hospitais	Gestão de vestígios	Agressões Sexuais	Lesões	Arma Branca	Vítimas de armas de fogo	Vítimas de acidente de viação	Vítimas de intoxicação	Vítimas de asfixia
Centro Hospitalar Leiria, E.P.E	1,04 ± 0,26	0,97 ± 0,36	1,13 ± 0,42	1,02 ± 0,36	0,97 ± 0,23	1,19 ± 0,40	1,17 ± 0,35	0,92 ± 0,29
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E	0,99 ± 0,39	1,01 ± 0,48	1,00 ± 0,55	1,05 ± 0,54	1,07 ± 0,46	1,22 ± 0,55	1,07 ± 0,5	0,96 ± 0,39
Unidade de Saúde Local da Guarda, E.P.E	1,09 ± 0,26	1,06 ± 0,25	1,38 ± 0,29	1,16 ± 0,36	1,04 ± 0,24	1,27 ± 0,35	1,32 ± 0,47	0,93 ± 0,31
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro	1,01 ± 0,17	0,89 ± 0,19	0,64 ± 0,50	0,94 ± 0,19	1,05 ± 0,13	1,17 ± 0,61	1,11 ± 0,37	0,92 ± 0,21
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.	1,17 ± 0,29	1,08 ± 0,30	1,16 ± 0,35	1,13 ± 0,36	1,20 ± 0,29	1,25 ± 0,45	1,11 ± 0,39	0,92 ± 0,30
Centro hospitalar de Tondela, Viseu, E.P.E.	1,10 ± 0,41	0,78 ± 0,51	1,38 ± 0,39	1,08 ± 0,48	1,24 ± 0,42	1,50 ± 0,45	1,22 ± 0,50	1,11 ± 0,55
p	0,052	0,265	0,033*	0,219	0,026*	0,614	0,543	0,484
Fim da Tabela								

Tabela 5.74: Score de executabilidade dos mecanismos de lesão segundo o hospital (Média ± DP)

Nas lesões Quanto às lesões, os enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro ($0,64 \pm 0,50$) eram o que apresentavam menor executabilidade desse mecanismo, enquanto os enfermeiros que laboravam na Unidade de Saúde Local da Guarda, E.P.E ($1,38 \pm 0,29$) e no Centro hospitalar de Tondela, Viseu, E.P.E. ($1,38 \pm 0,39$) referiram a maior aplicabilidade desse mecanismo.

Nas vítimas de arma de fogo Finalmente, no que respeita à categoria das vítimas de armas de fogo, os enfermeiros do Centro Hospitalar Leiria, E.P.E ($0,97 \pm 0,23$) apresentavam menor executabilidade desse mecanismo, enquanto os enfermeiros que exerciam no Centro hospitalar de Tondela, Viseu, EPE ($1,24 \pm 0,42$) e no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE ($1,20 \pm 0,29$) responderam a maior aplicabilidade desse mecanismo.

Capítulo 6

Análise e Interpretação dos Dados

Após a colheita de dados, tratamento estatístico e respetiva apresentação dos dados obtidos, urge a necessidade de se proceder à análise e interpretação dos mesmos no sentido de procurar as respostas às questões de investigação formuladas inicialmente. Procurou-se também comparar os dados obtidos neste estudo com outros estudos dentro da mesma área do conhecimento, no entanto, é de salientar a ainda escassa existência de estudos desta natureza, nomeadamente estudos na área das Ciências Forenses no contexto da Enfermagem, o que dificultou a confrontação dos resultados.

A caracterização da amostra

A amostra populacional é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino com cerca de 67,7%, sendo apenas 32,3% do género masculino, o que pode traduzir a diferença tendencial nacional da distribuição pelo sexo, na profissão de Enfermagem. Segundo a Ordem [dos Enfermeiros, 2014], 81,7% da população total de Enfermeiros eram Enfermeiros do sexo feminino e apenas 18,3% do sexo masculino. Este facto pode ser explicado pela forte presença “feminina” demarcada nas suas origens, como explanado no Capítulo 3.2.1.

Esta amostra, tendo como idade média 38,3 anos com um desvio padrão entre 26 a 59 anos de idade, pode espelhar o vasto leque da diversidade populacional dos Enfermeiros em Portugal. Este dado é concordante com o estudo desenvolvido por [Santos, 2013] com uma amostra de Enfermeiros do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Médio Tejo, sendo este um estudo que tem como objetivo dar contributos para a implementação da Enfermagem Forense em Portugal.

Tratando-se de um Serviço de Urgência e/ou Emergência, um serviço que visa uma rápida e sistemática atuação torna-se evidente a profunda análise dos elementos que a constituem. Assim, podemos perceber que nesta amostra 82,0% são licenciados, isto é, possuem o Curso de Licenciatura em Enfermagem (4 anos), e 3,1% dos Enfermeiros possui Bacharelato (4 elementos da amostra). De salientar a presença de 14,1% de Mestres e de apenas 0,8% de Doutores de habilitação académica (o que corresponde a

18 e a 1 elemento, respetivamente). No estudo de [Santos, 2013] verificamos que são os licenciados que predominam com 91,2%, valor ligeiramente mais elevado do verificado no nosso estudo. Em Portugal, o investimento numa formação académica avançada em Enfermagem, tem vindo a aumentar desde a sua implementação em 1992. Em 2008, segundo a OE cerca de 14,4% tinham Mestrado na área de Enfermagem), no entanto este aumento não tem sido célere, ou mesmo respondendo às necessidades reais do mercado de trabalho.

Referente à categoria profissional, neste estudo, o enfermeiro especialista tem uma presença considerável com 11,7%, sendo a especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica a mais evidente (dos elementos com formação académica avançada com a consequente atribuição do título profissional reconhecido pela OE como especialista, 60% são especialistas em Médico-cirúrgica). No entanto, a presença de 39,1% de Enfermeiros graduados é um fator importante aquando da análise do impacto do conhecimento na sua execução técnico-profissional, pela sua antiguidade de carreira. Resta-nos assim, 49,2% de Enfermeiros que apenas são Enfermeiros (não são Enfermeiros graduados nem especialistas), encontrando-se em maior número, podendo por isso provocar um forte impacto nos resultados obtidos. Estes dados não são totalmente concordantes com a tendência nacional, uma vez que, em 2014, 19,85% dos Enfermeiros eram especialistas, sendo 17,6% especialistas em Médico-Cirúrgica, uma percentagem muito inferior à obtida neste estudo. Este dado poderá indicar-nos qual o campo de atuação mais desejado, tendencialmente por estes Enfermeiros, concentrando-se assim no Serviço de Urgência e/ou Emergência na população em estudo.

Pretendeu-se inquirir, nesta amostra, sobre a existência de formação na área em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, no intuito de perceber qual o impacto que esta poderia ter na modelação dos resultados. Apenas 2,3% (3 elementos) referiram ter formação na área, especificando a licenciatura em Direito, o que revela uma escassa formação académica nesta área. À semelhança deste dado, um estudo exploratório-descritivo desenvolvido por [Silva, 2010] numa amostra de 151 Enfermeiros a exercer atividade profissional nos Serviços de Urgência na região autónoma da Madeira, evidenciou que 99,33% dos Enfermeiros de Serviço de Urgência inquiridos não tinham qualquer formação nesta área, no entanto 71,72% referiu sentir essa necessidade. Um outro estudo desenvolvido por [Abdool e Brysiewicz, 2009], a 77 Enfermeiros de Serviços de Urgência e/ou Emergência da África do Sul, dentro do mesmo campo de interesse, evidencia que apenas 3% da população inquirida possuía este tipo de formação e 100% referiu que deveria ser uma formação académica obrigatória. No entanto, num estudo descritivo desenvolvido por [Eldredge, 2008], numa amostra de 38 Enfermeiros especialistas em traumatologia de um hospital de York na Pennsylvania, verificamos que a percentagem de inquiridos com formação na área da Ciências Forenses é de 58%, sendo muito superior à verificada no nosso estudo, assim como no estudo de [Santos, 2013] com 34,7% com formação maioritariamente referente à manutenção das provas.

Quando nos referimos à antiguidade da carreira profissional, o fator tempo de exercício da profissão assume relevante importância. É ao longo do tempo, com a subsequente experiência e prática, que o profissional vai aprimorando as suas competências e capacidades no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem. Assim, torna-se evidente a necessidade de perceber como evolui o saber-saber e o saber-fazer ao longo da carreira de Enfermagem. Para tal, nesta amostra foi possível verificar que o tempo médio de exercício da profissão de Enfermagem ronda os 14,9 anos, com um desvio padrão de 7,5 anos e mínimo e máximo de 3 anos e 34 anos de serviço respetivamente. Com esta média e desvio padrão, podemos verificar que os anos de experiência profissional desta amostra são relevantes, pelo que a experiência e o vasto número de casos vividos pode ter uma grande influência nas diferentes vertentes do Saber. Uma vez que a população selecionada para o estudo encontra-se a exercer a profissão de Enfermagem num Serviço de Urgência e/ou Emergência tornou-se evidente também perceber o período temporal neste serviço com particularidades tão específicas. Para este item, a amostra tem como tempo médio de exercício profissional cerca de 11,2 anos, com um desvio padrão de 6,8 anos, e mínimo e máximo de 0 anos e 34 anos, respetivamente. Este resultado é concordante com o obtido no estudo de [Santos, 2013] com 33,5% dos inquiridos com mais de 10 anos de experiência no serviço onde exerce funções. Este resultado é muito superior ao verificado no estudo desenvolvido por [Silva, 2010], sendo a sua média de apenas 7 anos de experiência em Serviço de Urgência e/ou Emergência. Na nossa amostra em particular, a experiência no Serviço de Urgência e/ou Emergência poderá traduzir-se numa influência direta e positiva com a convivência com casos de interesse médico-legal e/ou forense, na assistência à vítima, pois este é caracterizado por ser a porta de entrada nos serviços de saúde. A [OE, 2011] refere o livro “De Iniciado a Perito” de Banner et al, (2005) que pode corroborar este resultado, isto é, que a amostra em estudo, em média pode possuir características de proficiente ou perita, o que pode dar mais confiabilidade aos resultados obtidos.

Um outro parâmetro inerente ao contacto direto com estas vítimas refere-se à frequência com que os Enfermeiros assistem estas no Serviço de Urgência e/ou Emergência. [Green, 1993] refere que os Enfermeiros do Serviço de Urgência e Emergência mantêm um contacto crescente com Utentes com lesões provenientes de alegadas agressões que podem dar seguimento para um processo criminal ou civil. No estudo de [Santos, 2013] verificamos que 91.2% dos Enfermeiros considera que, tendo em conta a sua vivência profissional, a violência em Portugal tem vindo a aumentar, com 52,9% dos Enfermeiros a referir que assistem “algumas vezes” este tipo de utente. Nestes casos, a preservação dos vestígios para o subsequente processo será vital. Por conseguinte os inquiridos do presente estudo referiram que, em média, assistem “Muitas vezes”, isto é, 3 vezes por semana (35,2%), vítimas de agressão voluntária ou involuntária. Este parâmetro evidencia o frequente e superior contacto com este tipo de situações e/ou contexto, revelando que os Enfermeiros são de facto uma classe profissional fundamental numa primeira abordagem a estas vítimas nos Serviços de saúde. No estudo desenvolvido por [Silva, 2010], 90,54% dos Enfermeiros reconhecem que o seu

contacto com estas vítimas, em meio hospitalar, pode ser a primeira oportunidade para proceder à identificação, recolha e preservação de vestígios, sendo que 96,62% reconhece que esta ação visa também salvaguardar os direitos da vítima.

Quando questionados relativamente à existência de um protocolo no atual serviço que delineie a sua atuação perante este tipo de vítimas, apenas 8% dos Enfermeiros afirmam a sua existência. A existência de protocolos, normas como guias orientadoras da intervenção em casos específicos, com instruções e rotinas adequadas ao contexto e às necessidades inerentes à prestação de cuidados de saúde parece tornar mais eficaz e eficiente a própria atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros. Segundo [Davis, 2014], os *standards* profissionais descrevem o nível de competência dos cuidados para cada fase do processo de Enfermagem. Estes refletem o nível desejado e atingível para o desempenho atual de cada enfermeiro, e para que possa ser comparado entre pares, tornando-os uniformes e padronizados. No entanto, surge a dúvida na diferença entre protocolos e *guidelines*. [Tong, 2001] refere que a diferença reside na quantidade de detalhes operacionais do seu conteúdo. Esta autora defende que as *guidelines* podem ser desenvolvidas a nível nacional, e incluem orientações intencionais que visam uma abordagem mais geral (*guidelines* nacionais). Já os protocolos referem-se a um contexto local e específico, com características próprias, as quais obedecem às *guidelines* gerais e nacionais, no entanto, adaptadas ao contexto com detalhes mais específicos referentes a este.

Com este estudo, percebemos que se por um lado a vítima é frequentemente assistida por Enfermeiros, por outro lado percebemos também que esta assistência carece de um protocolo que regerá a sua atuação.

Um dado relevante e que “desnuda” uma realidade nos Serviços de Urgência e/ou Emergência reside no facto de que, ao mesmo tempo, Enfermeiros do mesmo serviço negam a sua existência e outros a confirmam, o que nos faz deduzir que, o protocolo pode existir mas apenas alguns conhecem a sua existência. Neste sentido, percebemos que desvios na linha de transmissão de informação entre equipas e/ou líderes poderá levar a um desfecho negativo na preservação de vestígios na assistência à vítima, deixando o Enfermeiro à mercê do senso comum, uma vez que na sua generalidade, este não possui formação académica na área das Ciências forenses (97,7%). No estudo de [Abdool e Brysiewicz, 2009] os inquiridos referem que não têm o treino necessário para preservar os vestígios assim como a cadeia de custódia, acrescentando ainda que aprendem por tentativa-erro.

O estudo desenvolvido por [Silva, 2010] refere a existência de um protocolo nomeadamente na assistência a vítimas de agressão sexual, o protocolo hospitalar para a recolha dos vestígios em casos de agressão sexual do Estado do Kentucky (EUA). No entanto este protocolo não é reconhecido pela amostra do presente estudo. No estudo descritivo de [Eldredge, 2008] verificamos que a percentagem de Enfermeiros que

afirma a existência de um protocolo é muito superior à verificada no nosso estudo, com cerca de 58% dos inquiridos, assim como no estudo de [Santos, 2013] com 58.8% dos Enfermeiros a afirmarem que no respetivo serviço existia protocolo de atuação no que concerne à abordagem da vítima de violência. No entanto, no estudo desenvolvido por [Abdool e Brysiewicz, 2009], 96% dos Enfermeiros inquiridos reconhecem a importância dos protocolos no que concerne aos cuidados de Enfermagem em casos clínicos forenses na assistência à vítima assim como 95,3% dos inquiridos no estudo de [Silva, 2010]. [Eldredge, 2008], p.158) refere uma abordagem clínica estandardizada da prestação de cuidados à vítima de lesão, tendo por base a sigla ABC de [McCracken, 1999]. Sendo A- Avaliação/advogar a vítima ou perpetrador; B- Base entre os diferentes profissionais; C- Cadeia de custódia; D- Documentação dos achados; E- Evidências; F- Família; G- (Going to court) Tribunal; H- Hospital e suas políticas; I- Inventário das suspeitas. Reforça ainda que o desenvolvimento de protocolos deve envolver uma equipa multidisciplinar tanto na área das Ciências Forenses como na área da Saúde, incluindo os Enfermeiros. Refere ainda que os Enfermeiros reconhecem que não são apenas os agentes da autoridade que são responsáveis por tudo o que envolve os casos forenses.

Q.1. Qual a perceção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses dos Enfermeiros em Serviço de Urgência/Emergência?

Quanto à perceção do conhecimento dos procedimentos referidos no QPVAVE, de um modo geral percebemos que maioritariamente estes são apenas conhecidos vagamente (42,00% a 55,30%) ou mesmo desconhecidos (20,30% a 43,00%). Se analisarmos em pormenor, percebemos que os procedimentos mais desconhecidos são os procedimentos referentes às asfixias (43,00%), e os conhecidos com rigor são os procedimentos referentes aos acidentes de viação (24,20%) e às lesões (24,04%) (ver Tabela 6.1). Quanto à executabilidade dos procedimentos percebemos que maioritariamente estes não são executados (40,50% a 72,60%). Se analisarmos em pormenor, verificamos que os procedimentos menos executados, à semelhança da perceção do conhecimento, foram os referentes às asfixias (72,70%) e os mais executados foram os referentes aos acidentes de viação (42,40%) (ver Tabela 6.1).

Na categoria de gestão dos vestígios, quanto à perceção do conhecimento obtivemos em média 31,70% de procedimentos desconhecidos, 50,10% de procedimentos conhecidos vagamente, e apenas 18,20% de procedimentos conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade obtivemos em média 69,00% de procedimentos não executados e apenas 16,00% de procedimentos executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos apontados como os mais conhecidos e executados são os que se referem ao “documentar os vestígios”, “documentar o tipo de tratamento”, sendo este último, um dos requisitos ao exercício e intervenção intrínsecos à prática de Enfermagem (segundo o REPE) e que talvez por isso sejam executados não objetivando o seu potencial forense mas sim de Enfermagem. Os procedimentos mais desconhecidos e também não executados nesta

categoria são procedimentos que podem pôr em causa não só a preservação de vestígios com potencial forense mas também a preservação da cadeia de custódia, podendo estes perder o seu valor probatório em tribunal. Também de referir que os procedimentos muito específicos inerentes ao contexto forense concernentes ao uso de materiais pouco disponíveis nos Serviço de Urgência e /ou Emergência como máquina fotográfica, (procedimentos 12, 13, e 14) foram dos mais desconhecidos e menos executados, assim como “preservar roupa que esteve em contacto com a vítima durante o tratamento” (procedimento 18) e “proteger leitos ungueais” (procedimento 20), o que novamente nos revela o baixo nível de conhecimento e executabilidade dos Enfermeiros neste contexto.

Na categoria de agressão sexual, quanto à perceção do conhecimento verificamos que em média 29,90% dos procedimentos são desconhecidos, 46,20% são conhecidos vagamente, e apenas 23,90% dos procedimentos são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade verificamos que em média 69,00% dos procedimentos não são executados e apenas 16,0% são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos apontados como os conhecidos com rigor e mais executados são os que se referem às “condições de assepsia” aquando da preservação, colheita, e manuseamento dos vestígios (procedimentos 24, 25, 26 e 27). Este conhecimento é inerente à formação base do Enfermeiro, mas transversal ao contexto forense, sendo por sido identificado como conhecido e consequentemente executado, contrapondo aos procedimentos mais desconhecidos e menos executados que são aqueles que não se ensinam na formação base, a título de exemplo, os procedimentos 21, 22, 23 e 29, referentes à colheita de vestígios biológicos com prazos específicos tendo em conta a sua localização e uso de dispositivos de revelação de vestígios aparentemente indetetáveis a olho nu. Num estudo qualitativo fenomenológico desenvolvido por [Gonçalves, 2011] a Enfermeiros do Serviço de Urgência na Unidade Local de Matosinhos, verificamos que os Enfermeiros não estão sensibilizados para a possibilidade de existirem vestígios que são invisíveis a olho nu ou menos visíveis. No estudo de [Abdool e Brysiewicz, 2009] percebemos que existe uma grande ausência de kits específicos no Serviço de Urgência e/ou Emergência para a colheita deste tipo de vestígios, o que dificulta assim a investigação criminal tornando-a menos célere. Também no estudo desenvolvido por [Gonçalves, 2011] percebemos que muitas vezes os procedimentos apesar de serem conhecidos não são executados pela escassez de recursos materiais, como por exemplo, a utilização de sacos de plásticos para colocar os vestígios, porque são os únicos existentes na instituição para esse efeito. As necessidades em cuidados de Enfermagem e de saúde em geral ficarão sempre por satisfazer, dada a escassez de recursos. Daí a dificuldade, para prever a procura dos cuidados de Enfermagem e a necessidade de descrever quais as necessidades das pessoas para esses cuidados e quais os resultados obtidos com as intervenções desenvolvidas face às necessidades ([Amaral, 2012]).

Na categoria de Lesões, quanto à perceção do conhecimento obtivemos em média 20,30% dos procedimentos desconhecidos, 55,30% de procedimentos conhecidos vagamente, e 24,40% de procedimentos conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade dos

procedimentos nesta categoria verificamos que em média 63,10% não são executados e apenas 26,10% são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos mais desconhecidos e menos executados referem-se à “detecção do padrão do tipo de lesão”, à “localização das lesões provocadas por autodefesa”, e à “detecção e colheita de vestígios depositados nas lesões”. Estes são procedimentos que exigem um conhecimento mais aprofundado no que concerne às Ciências Forenses. Aquando do tratamento das lesões sob a forma de soluções de continuidade, o Enfermeiro deve proceder à limpeza das mesmas com soro fisiológico ou água da torneira, no entanto não pode nunca menosprezar as partículas depositadas no seu leito, procedendo à sua recolha e posterior armazenamento e identificação, dando continuidade à cadeia de custódia evitando a perda de vestígios com interesse forense. Os procedimentos conhecidos com rigor e mais executados recaem novamente sobre aspetos inerentes ao conhecimento base do Enfermeiro nomeadamente quanto à “localização das lesões acidentais” e à monitorização da “evolução da coloração de uma equimose”, dados relevantes para a determinação da intencionalidade e datação das lesões.

Quanto às vítimas de arma branca, e quanto à perceção do conhecimento dos procedimentos verificamos que, em média, 37,8% dos procedimentos são desconhecidos, 46,6% dos procedimentos são conhecidos vagamente, e apenas 15,6% são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade verificamos que em média 65,9% dos procedimentos não são executados e apenas 20,9% dos procedimentos são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos mais desconhecidos e menos executados recaem sobre especificidades do contexto forense como por exemplo o procedimento 36, e 37, que se referem ao “uso de um plástico transparente e caneta para decalcar a lesão incisa” e à “documentação das “caudas” típicas deste tipo de lesões”, orientando quanto à direção da lesão e deduzindo quanto à posição da vítima face ao agressor. Os procedimentos conhecidos com rigor e mais executados referem-se à preservação da roupa da vítima. Nesta categoria, neste estudo, verificamos que os cuidados quanto ao vestuário e espólio quer da vítima quer do perpetrador já se encontram bem enraizados no conhecimento do Enfermeiro. Já [Lynch, 2006], p.103 refere que “a nível dos serviços de Saúde não existe, provavelmente, vestígio físico mais importante que a roupa do utente” pois a roupa é portadora de informação pertinente para os investigadores, por poderem conter fibras, cabelo, pele, absorver sangue ou outros fluídos, mas também porque são uma ajuda preciosa na reconstrução do crime dando informação de extrema importância sobre a natureza e origem das lesões ([Johnson, 1997]). Também o estudo desenvolvido por [Silva, 2010] permite-nos perceber que o Enfermeiro reconhece as potencialidades da roupa no que concerne ao fornecimento de vestígios com poder pericial numa investigação criminal, pois 86,58% dos Enfermeiros inquiridos concordam com o seu tratamento diferenciado, no entanto apenas 50,36% o fazem. Também no estudo de [Santos, 2013] percebemos que apenas 20% dos Enfermeiros mantem o espólio/roupa em sacos de papel de forma individualizada. O estudo de [Gonçalves, 2011] acrescenta que, em caso de necessidade, as roupas são cortadas e até rasgadas de forma aleatória, reafirmando que o único objetivo desse procedimento é a exposição do corpo da vítima.

Este estudo, em particular contraria os nossos resultados no sentido em que revela que estes Enfermeiros não tomam nenhuma medida para preservar vestígios forenses que nela se possam encontrar. Também no estudo de [Eldredge, 2008] percebemos que 95% dos Enfermeiros tem como principal preocupação as necessidades médicas nos cuidados imediatos à vítima, apesar de 97% admitir que se devem seguir protocolos forenses na sua assistência. [McGillivray, 2005] considera que este é um dos dilemas inerentes à recolha de vestígios em ambiente de emergência, uma vez que a saúde e segurança do utente podem ser consideradas pelo profissional de saúde como prioritárias quando comparadas às questões forenses.

De notar que segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80º, 81º e 82º, as intervenções de Enfermagem devem ter sempre presente a defesa da liberdade e dignidade da pessoa, assegurar, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e competência profissional ([Conselho de Enfermagem, 2009]).

Quanto às vítimas de arma de fogo, e quanto à perceção do conhecimento dos procedimentos verificamos que em média 26,0% dos procedimentos são desconhecidos, 53,2% dos procedimentos são conhecidos vagamente e apenas 20,70% dos procedimentos são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade, verificamos que em média 66,0% dos procedimentos não são executados e apenas 21,4% são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos desconhecidos e menos executados referem-se à “preservação dos resíduos do disparo localizados na zona adjacente à zona de impacto do projétil” evitando a dispersão dos mesmos; e à preservação e cuidados referentes à “remoção e armazenamento da bala”. Quanto aos cuidados relativos à bala, no estudo de [Abdool e Brysiewicz, 2009] percebemos que estes são os procedimentos, nos quais os Enfermeiros se sentem mais à vontade e preparados para executar, contrariando os nossos resultados. No nosso estudo, também a “documentação do tipo de arma” é referida como desconhecida (36,6%) ou conhecida vagamente (50,4%) e nunca executada (68%). Poderá levantar-se a discussão quanto à competência do Enfermeiro para realizar tal procedimento, no entanto o que se perspectiva é a documentação do máximo de pormenores ao alcance do Enfermeiro. De referir que apenas 36,6% dos Enfermeiros sabiam com rigor que somente “pessoas qualificadas podiam manusear a arma de fogo”, identificando a possibilidade de o Enfermeiro poder colocar em risco a própria vida e a de terceiros, no entanto apenas 18,0% garantiu que apenas pessoas qualificadas a manuseassem. No estudo desenvolvido por [Gonçalves, 2011] verificamos que os Enfermeiros não têm o hábito de lidar com este tipo de vítimas, no entanto a minoria que tem, sabe que não deve manipular a arma e sabe a quem deve notificar. A [Lei, 2006] n.º 5/2006, de 23 de fevereiro e suas adaptações, regulamenta e aprova o novo regime jurídico das armas e suas munições, clarificando quais as pessoas qualificadas e em que condições é que poderá ser realizado o seu manuseamento.

Neste contexto, os procedimentos referentes à “preservação da roupa” são novamente identificados como conhecidos com rigor, no entanto existe um procedimento que se contrapõe a este facto pois 60,7% dos Enfermeiros apenas conheciam vagamente que não se podia “sacudir a roupa”, podendo levar à dispersão de vestígios.

Nas vítimas de acidentes de viação, quanto à perceção do conhecimento verificamos que em média 30,6% dos procedimentos são desconhecidos, 45,2% são conhecidos vagamente, e 24,2% são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade, em média, 40,5% dos procedimentos não são executados e 42,4% são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos apontados como desconhecidos e não executados são aqueles que se referem à “documentação do estado do veículo” e aparente “posição dos ocupantes”, assim como às especificidades do “tipo de material que compõem o veículo”, e que por isso podem provocar diferentes lesões na vítima sendo crucial a sua documentação, pois poderão revelar dados de interesse forense quanto à posição da vítima no momento do impacto. Um outro facto que se destacou neste contexto refere-se ao conhecimento vago e não executabilidade da deteção e documentação dos vários “resíduos presentes quer na viatura quer na vítima e na sua roupa”, como detritos, tinta, fragmentos de vidro, sujidades. Já [Lynch, 2006] reforça que em acidentes de viação são frequentemente encontradas lascas de tinta ou fragmentos de vidros nas imediações do acidente ou na roupa da vítima de atropelamento, e esses objetos devem ser cuidadosamente recolhidos e acondicionados pois podem ser fundamentais na identificação do veículo envolvido no acidente. Deduzimos que, neste contexto em particular, no nosso estudo, tudo o que se refere às imediações da vítima pode perder a sua relevância pelo Enfermeiro, sendo a Pessoa o seu principal foco de atenção, como também verificado no estudo de [Eldredge, 2008]. Os procedimentos conhecidos com rigor e executados são aqueles que se referem à “documentação das lesões da vítima provocadas pelo impacto”, incluindo as provocadas pelos dispositivos de segurança, como cinto e *airbag*. Novamente é aqui evidenciado o cerne da preocupação do Enfermeiro perante a assistência à vítima de acidente de viação.

Nesta categoria em particular, quando comparada com as restantes, verificamos que a diferença percentual (em média) entre os procedimentos executados e os não executados (42,4% e 40,5% respetivamente) é menor, o que traduz a maior executabilidade dos procedimentos, em termos de categorias. Se recordarmos o número de participações dos crimes rodoviários registados no [SSI, 2014] (rever no capítulo 3.4) verificamos que este é considerável, o que poderá justificar a também maior percentagem de procedimentos executados, nesta categoria. No entanto, se contrapomos com a perceção do conhecimento destes procedimentos (apenas 24,2% de procedimentos conhecidos com rigor, em média) aferimos que pode existir a possibilidade de os Enfermeiros estarem a executar sem terem conhecimento com rigor. Este facto salienta uma vez mais a necessidade de instruir os Enfermeiros para os procedimentos com carácter forense que objetivem a preservação dos vestígios.

Nas vítimas de intoxicação, quanto ao conhecimento dos procedimentos verificamos que em média, 37,8% dos procedimentos são desconhecidos, 42,0% são conhecidos vagamente, e 20,20% são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade verificamos que em média, 58,1% dos procedimentos não são executados e apenas 28,7% são executados (ver Tabela 6.1). Os procedimentos desconhecidos pelos Enfermeiros e nunca executados referem-se à “preservação de vestígios encontrados em locais que facilmente podem ser perdidos durante os cuidados imediatos” de assistência à vítima, como cavidade oral e narinas. De notar que os Enfermeiros sabem que devem “colher uma amostra de sangue periférico antes de administrar qualquer fármaco” (37,4%) (segundo as guidelines do European Resuscitation Council - [Council, 2015]). Neste sentido [Green, 1993] descreve o caso de um condutor que alegadamente conduzia sob a influência de álcool, ou casos de inalação de gases, solventes ou substâncias que rapidamente são absorvidas, metabolizadas ou eliminadas, sendo muito difícil confirmar a posteriori a sua presença no período pós assistência ao Serviço de Urgência. Por conseguinte, a concentração das substâncias no sangue no momento de admissão ao Serviço de Urgência assume relevante papel. Refere ainda que apenas a amostra de sangue periférico colhida durante os cuidados imediatos à vítima conseguirá provar a alegada presença destas.

No entanto, os inquiridos não sabem que “devem identificar este local de punção” (62,3%) e não o executam (85,1%) correndo assim o risco de mais tarde poder ser confundido como o local de administração da substância tóxica ou droga de abuso. [Johnson, 1997] refere ainda que mesmo os locais de tentativas falhadas de punção devem ser documentados.

Um outro dado relevante refere-se ao conhecimento apenas vago da importância do “uso de luvas e pinças aquando a recolha de blisters, caixas de comprimidos ou seringas” (54,2%), tendo baixa executabilidade (38,2%), neste sentido as impressões digitais poderão ser contaminadas ou perdidas. Também a “preservação de vestígios eméticos” parece cair no esquecimento com apenas 8,3% de conhecimento com rigor, mas executado em maior percentagem (14,2%). Novamente existe procedimentos que são executados sem conhecimento rigoroso.

Referente às vítimas de asfixias, em média, 43,0% dos procedimentos são desconhecidos, 44,50% são conhecidos vagamente, e apenas 12,5% são conhecidos com rigor. Quanto à executabilidade, em média, 72,6% não são executados, e apenas 10,7% são executados (ver Tabela 6.1). Assim sendo, em média, os procedimentos desta categoria são os mais desconhecidos e os menos executados. Uma possível justificação para tal facto poderá residir na possibilidade da baixa ocorrência deste tipo de participações (cerca de 2% das participações em Portugal, como referido anteriormente no capítulo 3.4), pelo que pode não instigar a procura de conhecimento e a sua subsequente executabilidade, portanto ou não executa porque não assiste este tipo de vítimas ou não executa porque não sabe como fazê-lo. Os procedimentos menos conhecidos e nunca

executados foram os que se referem aos “cuidados e documentação do laço e/ou nó” e posterior “documentação das características do sulco” e “material utilizado” em casos de enforcamento e “preservar o corpo estranho” em casos de oclusão intrínseca das vias respiratórias. Em consonância com outras categorias, a “preservação de vestígios localizados no leito subungueal” é desvalorizada (com apenas 15,0% conhecida com rigor e com 86,6% nunca executada). Os conhecidos com rigor e já executados pelos Enfermeiros foram os procedimentos que se referem à “colheita de amostra de sangue antes de qualquer procedimento” apresentam um valor de 28,1% e 37,0%, respectivamente, ainda assim, estas percentagens são reduzidas uma vez que este é um procedimento já preconizado pelo ERC ([Council, 2015]) o que revela o fraco conhecimento do que deveria ser um procedimento já intrínseco à prática de Enfermagem, assim como o “registo das manobras de reanimação” (apenas 26,7% conhecem com rigor e 44,2% o executam).

EXECUTABILIDADE			MECANISMOS DE AÇÃO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
22,10%	65,00%	12,90%	Gestão dos vestígios	<u>31,70%</u>	50,10%	18,20%
16,00%	69,00%	15,00%	Agressão sexual	<u>29,90%</u>	46,20%	23,90%
26,10%	63,00%	10,90%	Nas lesões	20,30%	55,30%	<u>24,40%</u>
20,90%	65,90%	13,20%	Arma branca	<u>37,80%</u>	46,60%	15,60%
21,40%	66,00%	12,60%	Arma de fogo	<u>26,00%</u>	53,20%	20,70%
42,40%	40,50%	17,10%	Acidentes de viação	<u>30,60%</u>	45,20%	24,20%
28,70%	58,10%	13,20%	Intoxicações	<u>37,80%</u>	42,00%	20,20%
10,70%	72,60%	16,7%	Asfixias	<u>43,00%</u>	44,50%	12,50%

Tabela 6.1: A executabilidade dos procedimentos e a percepção de conhecimento (valores médios) segundo as diferentes categorias.

De notar que, a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes aos registos de Enfermagem e documentação variam de categoria para categoria. No entanto, no estudo desenvolvido por [Silva, 2010] a sua importância para a investigação criminal e processo legal é reconhecida, quer no que concerne às declarações proferidas pelas vítimas (93,24%) e seu registo no processo clínico (65,77%) assim como na documentação das marcas corporais presente nas vítimas (96,62%) e o registo dos itens recolhidos e a identificação de quem realizou o procedimento, com hora e data (84,56%). Já no estudo desenvolvido por [Abdool e Brysiewicz, 2009] 71% dos inquiridos referiram que os Enfermeiros executam uma documentação escrupulosa

objetivando o seu uso na investigação criminal. Também [McGillivray, 2005] considera que uma documentação meticulosa é soberana na preservação dos vestígios, reforçando o princípio da Enfermagem de que “só o que foi documentado é que ocorreu”. Contrapondo, temos o estudo de [Santos, 2013] onde se verifica que apenas 16% dos Enfermeiros inquiridos descreve as lesões.

De um modo geral, apesar de constatar, no presente estudo, níveis de percepção do conhecimento com rigor e executabilidade muito baixos, no estudo desenvolvido por [Silva, 2010], 81,21% dos Enfermeiros inquiridos concordam que os Enfermeiros do Serviço de Urgência e/ou Emergência devem estar aptos para proceder à identificação, recolha e preservação de potenciais vestígios. No entanto, 64,87% referem não os executarem, resultado concordante com o nosso estudo. No estudo de [Santos, 2013] verificamos também esta relação, no sentido em que apenas 34,0% refere “colher e preservar provas médico-legais” mas 90,6% dos Enfermeiros inquiridos considera ter responsabilidade na “recolha e manutenção das provas” porque é o primeiro profissional a entrar em contacto com o utente.

No estudo desenvolvido por [Abdool e Brysiewicz, 2009] encontramos dados relativamente semelhantes, isto é, este estudo demonstra que a maioria dos Enfermeiros inquiridos referiu não proceder à recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal, acrescentando ainda que 56% dos inquiridos refere sentir dificuldades nesta tarefa no serviço de urgência onde exercem a profissão, e 91% refere não ter recebido informação que considere ser suficiente sobre Enfermagem Forense. Neste estudo, os Enfermeiros acreditam que por causa do que foi supracitado eles estão a contribuir para a baixa taxa de condenações dos criminosos. Também no estudo de [Gonçalves, 2011] verificamos que os conhecimentos dos Enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência sobre a “manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar” são na sua maioria vagos e a minoria que tem alguns conhecimentos, não estão habituados a colocá-los em prática. Os Enfermeiros justificam, afirmando que a preservação dos vestígios não é um tema ao qual seja dada importância nas suas práticas diárias no urgência e/ou emergência, mas reconhecem que podem ter um papel preponderante na preservação dos vestígios. Neste sentido, concordamos com [Pashley et al., 2000] que refere que os profissionais de Saúde podem inadvertidamente causar estragos na investigação criminal, tanto pela contaminação dos vestígios como pela sua destruição.

Q.2. A percepção do conhecimento dos Enfermeiros em Serviço de Urgência/Emergência dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses está associada à sua executabilidade?

Neste estudo, de um modo geral, percebemos que os procedimentos que são conhecidos com rigor são os mais executados, assim como os desconhecidos quase nunca são executados. No entanto, para melhor percebermos e caracterizarmos a relação entre a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos efetuou-se uma

análise da correlação de Spearman e teste de Kruskal-Wallis entre estas duas variáveis. Obtivemos uma correlação estatisticamente significativa e positiva em quase todos os procedimentos (de 0,000 a 0,02) com apenas algumas exceções (ver gráfico da Figura 6.1). Este teste vem confirmar a possibilidade de existir uma forte relação entre estas duas variáveis.

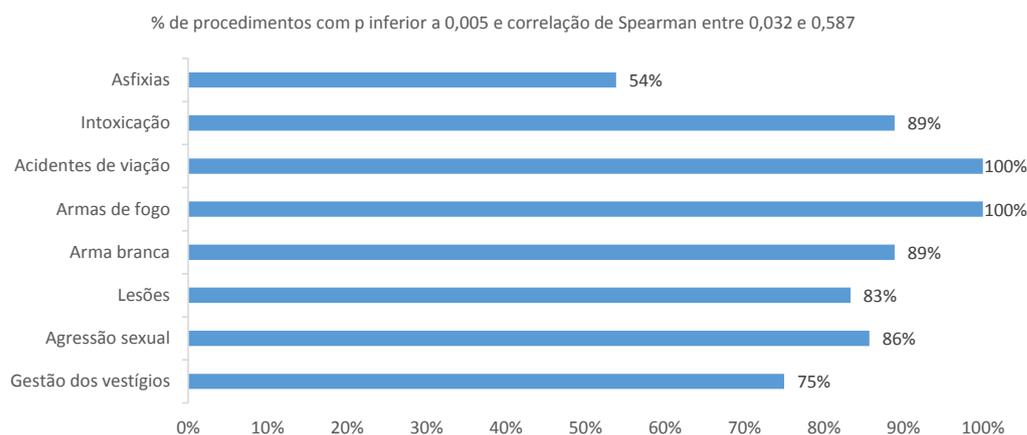


Figura 6.1: Percentagem de procedimentos estatisticamente significativos por categorias.

De ressaltar, que existe ainda a possibilidade de alguns Enfermeiros estarem a executar procedimentos sem possuírem um conhecimento com rigor, como é o caso dos procedimentos referentes à categoria “Gestão de vestígios” com uma percentagem de conhecimento com rigor de 18,2% e percentagem de executabilidade de 22,1%, o que nos induz a pensar que cerca de 3,9% dos Enfermeiros executam sem ter um conhecimento rigoroso, o que pode prejudicar irremediavelmente a preservação dos vestígios na assistência à vítima. O mesmo acontece para os procedimentos das categorias “Lesões”, na “Arma branca”, na “Arma de fogo”, nos “Acidentes de viação”, e nas “Intoxicações”, onde cerca de 1,7%, 4,9%, 0,7%, 18,2% e 8,5% dos Enfermeiros, respetivamente, executam procedimentos sem um conhecimento rigoroso.

Mais uma vez, estes dados vêm corroborar a necessidade de formação do Enfermeiro para que este adquira um conhecimento rigoroso sobre os procedimentos de interesse forense na assistência à vítima e assim executá-los com maior frequência também com rigor, contribuindo para a preservação dos vestígios. Esta linha de pensamento é também defendida por [Eldredge, 2008], referindo que uma educação especializada e o subsequente treino em Ciências forenses poderá aumentar a eficácia da preservação dos vestígios e manutenção da cadeia de custódia por Enfermeiros, levando a uma acusação criminal bem-sucedida.

Q.3. As habilitações académicas, a formação em Medicina Legal e/ou

Ciências Forenses, a categoria profissional, o tempo de exercício da profissão em Enfermagem, o tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência e/ou Emergência, a frequência de assistência à vítima, a existência de um protocolo no serviço e o local de trabalho estão associados à percepção de conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Q.3.1 Qual a relação entre a habilitação acadêmica e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Já percebemos pelos resultados apresentados anteriormente que existe uma forte relação entre o conhecimento e a executabilidade dos procedimentos. No entanto, para podermos perceber exatamente como as variáveis inerentes à formação acadêmica/carreira do Enfermeiro poderão influenciar a percepção do conhecimento e a executabilidade tentamos conhecer como se distribui a variável executabilidade dos procedimentos de acordo com as habilitações acadêmicas Bacharelato ($n = 4$), Licenciatura ($n = 105$), Mestrado ($n = 18$) e Doutorado ($n = 1$) utilizando o teste Qui-quadrado.

Referindo-nos aos resultados que foram estatisticamente significativos no teste supracitado, verificamos que na categoria referente às vítimas de arma branca 10,5% dos mestres e doutores executam o único procedimento estatisticamente significativo com um p de 0,002 (procedimento 37, “decalcar a lesão incisa com um plástico transparente e caneta”) e nenhum Enfermeiro com bacharelato ou licenciado o executou (ver Tabela 6.2). Portanto, em termos proporcionais, são os Mestres e os Doutores que mais executam procedimentos desta categoria.

	Detentores de Bacharelato ou licenciatura (n=103 Enfermeiros)	Detentores de Mestrado ou doutorado (n=19 Enfermeiros)
Executa	0,00%	10,5%
Não executa	83,5%	84,2%
Não se aplica	16,5%	5,3%

Tabela 6.2: Habilitações acadêmicas e executabilidade dos procedimentos em vítimas de arma branca.

No entanto, a ausência de um número considerável de procedimentos estatisticamente significativos poderá indicar-nos que para esta categoria, a habilitação acadêmica pode ter pouco peso no que concerne à manifestação do conhecimento e executabilidade deste tipo de procedimentos.

Nas vítimas de acidente de viação, verificamos que no único procedimento com uma relação estatisticamente significativa com um p de 0,043 (procedimento 64, referente à “documentação e/ou fotografar o estado dos veículos intervenientes, a sua localização ou a aparente ocupação dos ocupantes”) apenas 1,0% dos bacharelados e licenciados o executam e 10,5% dos mestres e doutores o executam (ver Tabela 6.3). Portanto, em termos proporcionais, nesta categoria são também os Mestres e os Doutores que mais executam procedimentos. De notar que segundo [McGillivray, 2005] os diagramas, mapas corporais ou fotografias podem ser muito úteis para documentar as características de uma lesão, no entanto, não substituem a necessidade da descrição meticulosa em narrativa.

	Detentores de Bacharelato ou licenciatura (n=104 Enfermeiros)	Detentores de Mestrado ou doutoramento (n=10 Enfermeiros)
Executa	1,0%	10,5%
Não executa	45,2%	36,8%
Não se aplica	53,8%	52,6%

Tabela 6.3: Habilitações académicas e executabilidade dos procedimentos em vítimas de acidentes de viação.

Novamente, a ausência de um número considerável de procedimentos estatisticamente significativos poderá nos indicar que para esta categoria, a habilitação académica pode ter pouco peso no que concerne à manifestação do conhecimento e executabilidade deste tipo de procedimentos.

Nas vítimas de intoxicação, verificamos que no único procedimento com uma correlação estatisticamente significativa com um p de 0,006 (procedimento 70, “obter historial social e terapêutico e fazer inventário/substâncias suspeitos encontrados no local”) foram os mestres e doutores que proporcionalmente mais executaram este procedimento com 66,7% de execução, contrapondo com os 30,8% dos bacharelados e licenciados (ver Tabela 6.4).

À semelhança das categorias anteriores a ausência de um número considerável de procedimentos estatisticamente significativos poderá indicar-nos que para esta categoria, a habilitação académica pode ter pouco peso no que concerne à manifestação do conhecimento e executabilidade deste tipo de procedimentos.

Nas vítimas de asfixias obtivemos três procedimentos que foram estatisticamente significativos (procedimentos 74, 76, e 78) com um p de 0,03, 0,031 e 0,039 consecutivamente. Também nesta categoria continuam a ser os mestres e doutores que proporcionalmente mais executam (com 5,9% de execução nos três procedimentos),

	Detentores de Bacharelato ou licenciatura (n=104 Enfermeiros)	Detentores de Mestrado ou doutoramento (n=18 Enfermeiros)
Executa	30,8%	66,7%
Não executa	45,2%	33,33%
Não se aplica	24,0%	0,0%

Tabela 6.4: Habilitações académicas e executabilidade dos procedimentos em vítimas de intoxicação.

sendo que nenhum dos bacharelados e licenciados executaram os procedimentos 74 e 78 (referente à “documentação da forma do laço à volta do pescoço” e “documentar as cores do sulco, sua localização, tamanho, profundidade e largura” respetivamente) e apenas um executou o procedimento 76 (referente a “documentar qual o lado do pescoço onde se encontra o nó”) (ver Tabela 6.5, valores médios).

	Detentores de Bacharelato ou licenciatura (n=109 Enfermeiros)	Detentores de Mestrado ou doutoramento (n=19 Enfermeiros)
Executa	0,34%	5,9%
Não executa	77,2%	86,3%
Não se aplica	22,46%	7,8%

Tabela 6.5: Habilitações académicas e executabilidade dos procedimentos em vítimas de asfixia (valores médios).

Após esta análise podemos verificar que o fator mestrado e/ou doutoramento pode ser um fator de maior predisposição para a executabilidade dos procedimentos de interesse forense em algumas categorias. Constata-se que a formação pode ter influência na executabilidade, podendo adiantar como hipótese que este maior conhecimento provoca mais disponibilidade e conforto aos Enfermeiros para realizar estes procedimentos.

No entanto, a baixa existência de procedimentos estatisticamente significativos pode indicar-nos que na hora de realizar procedimentos de interesse forense que visem a preservação de vestígios, o fator habilitação académica pode não ser influenciador para os procedimentos de algumas categorias.

Apenas foi analisada estatisticamente a existência de uma possível relação entre habilitação académica e a executabilidade dos procedimentos uma vez que sabendo a sua habilitação académica facilmente se poderá deduzir acerca do seu conhecimento.

Q.3.2 Qual a relação entre a formação em Medicina Legal e/ou Ciências

Forenses e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Tendo em conta que apenas 2,3% (3 Enfermeiros) dos inquiridos referiram ter formação em Medicina Legal e/ou Ciências Forenses, revelando assim uma escassa formação académica nesta área, não foi possível analisar esta questão de investigação pois a amostra não era estatisticamente significativa.

Em vários estudos verificamos também esta realidade. No estudo desenvolvido por [Eldredge, 2008], refere-se que o conhecimento em Ciências Forenses dos Enfermeiros não é o mais desejado, com 42% dos inquiridos a referir que não recebeu qualquer formação nesta área e 63% a admitir que não estão bem preparados para lidar com estes casos. Estes dados são congruentes com os resultados dos estudos de [Abdool e Brysiewicz, 2009] e de [Silva, 2010] como supracitado anteriormente.

No estudo desenvolvido por [Gonçalves, 2011] verificamos que a pouca formação que os Enfermeiros têm é referente ao curso de Trauma Nursing Core Course, desenvolvido pela Emergency Nurses Association, e que serve de base para uma abordagem estandarizada para os cuidados iniciais em trauma. Apesar de haver pouca formação, o Enfermeiro reconhece a sua importância, ideia reforçada também por [Eldredge, 2008], afirmando que a necessidade de formação em Ciências Forenses é reconhecida por cerca da 95% dos Enfermeiros inquiridos no seu estudo. Também no estudo de [Santos, 2013] verificamos que 89,4% dos Enfermeiros inquiridos consideram que a formação em medicina legal e/ou Ciências forenses deveria estar incluída na formação base do Enfermeiro (licenciatura).

Q.3.3 Qual a relação entre a categoria profissional e a percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Para podermos responder a esta questão de investigação considerámos como categorias profissionais de Enfermagem as categorias vigentes ao período anterior ao [Decreto-Lei, 2009] n.º 248/2009 de 22 de setembro, que reformula as categorias para Enfermeiro ou Enfermeiro especial. Esta decisão tem por base o facto de que na prática os Enfermeiros ainda se consideram como Enfermeiros, ou Enfermeiros graduados ou Enfermeiros especialistas. Acresce ainda o facto de que na prática em Portugal ainda não existe nenhum Enfermeiro que preencha os requisitos de enfermeiro especial previstos neste decreto, pelo que são todos Enfermeiros. Sem a distinção de categorias não haveria qualquer interesse em perceber como a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos variam segundo a carreira profissional, pelo que optou-se por analisar as categorias precedentes a este Decreto.

Relativamente à categoria profissional dos Enfermeiros inquiridos (enfermeiro

$n = 63$; enfermeiro graduado $n = 50$, e enfermeiro especialista $n = 15$), quanto à percepção do conhecimento obtivemos resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) em todas as categorias com a exceção da categoria referente às vítimas de arma branca e de acidentes de viação. Quanto à executabilidade dos procedimentos não obtivemos resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) apenas na categoria lesões.

Quanto à categoria “Gestão de vestígios”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos podemos verificar que são os Enfermeiros especialistas que evidenciam uma maior percepção do conhecimento com rigor (36,6%, em valores médios) e também são aqueles que mais executam os procedimentos (21,3%, em valores médios). No lado oposto, os resultados bifurcam, pois temos os Enfermeiros graduados que são aqueles que mais desconhecem (49,43%, em valores médios), e os Enfermeiros que menos executam (82,68%, em valores médios) (ver Tabela 6.6). Na “Gestão de vestígios”, a categoria profissional poderá ser um bom indicador para obter melhores resultados na preservação dos vestígios, isto é quanto maior for o seu grau profissional maior será a probabilidade de conhecer com rigor os procedimentos no entanto a executabilidade parece focar-se na categoria intermédia, o que nos leva a pensar que podem ser estes os profissionais que mais contacto têm com este tipo de vítimas e que por isso também mais executam apesar de não serem os que mais conhecem com rigor.

		Enfermeiros Especialistas ($n=15$)	Enfermeiros Graduados ($n=50$)	Enfermeiros ($n=63$)
Conhecimento	Conhece com rigor	36,6%	14,0%	10,06%
	Conhece vagamente	39,67%	41,2%	51,83%
	Desconhece	23,66%	49,43%	38,1%
Executabilidade	Executa	21,3%	11,26%	8,4%
	Não executa	58,43%	62,35%	82,68%
	Não se aplica	20,16%	26,4%	8,63%

Tabela 6.6: Categoria profissional, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos para a categoria gestão de vestígios (valores médios).

Quanto à categoria “Agressão sexual”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos podemos verificar que são também os Enfermeiros especialistas que evidenciam uma maior percepção do conhecimento com rigor (28,60%, em valores médios), no entanto são os Enfermeiros graduados que mais executam (31,8%, em valores médios). No lado oposto, os resultados são mais concordantes uma vez que temos os Enfermeiros que são aqueles que mais desconhecem (51,6%, em valores médios) e também os que menos executam (73,66%) sendo este último item à semelhança da categoria anterior (ver Tabela 6.7). Na “Agressão sexual”, parece revelar-se a categoria profissional como um bom indicador quanto à executabilidade, isto é, quanto maior a categoria profissional maior será a probabilidade de executar os procedimentos, no entanto, o

conhecimento não acompanha esta tendência, centrando-se no grau intermédio.

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	28,6%	7,45%	4,8%
	Conhece vagamente	46,45%	52,15%	43,6%
	Desconhece	25,0%	40,4%	51,6%
Executabilidade	Executa	15,56%	31,8%	19,86%
	Não executa	53,33%	46,3%	73,66%
	Não se aplica	31,1%	21,8%	6,46%

Tabela 6.7: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de agressões sexuais (valores médios).

Quanto à categoria “Lesões”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos apenas referentes à percepção do conhecimento podemos verificar que são também os Enfermeiros especialistas que evidenciam uma maior percepção do conhecimento com rigor (40%, em valores médios), no entanto, são os Enfermeiros graduados que mais desconhecem (58,1%, em valores médios) (ver Tabela 6.8). Em “Lesões” parece que a categoria profissional nos indica que quanto ao conhecimento são os Enfermeiros especialistas que predominam, no entanto no lado oposto a tendência varia, deixando algumas dúvidas relativamente ao ser ou não ser um indicador de percepção de conhecimento e muito menos da executabilidade.

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	40,0%	27,1%	35,5%
	Conhece vagamente	53,3%	45,8%	58,1%
	Desconhece	6,7%	27,1%	6,5%
Executabilidade	Executa	*	*	*
	Não executa	*	*	*
	Não se aplica	*	*	*

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.8: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em lesões (valores médios).

Quanto à categoria “Arma branca”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos apenas referentes à executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros graduados que evidenciam uma maior executabilidade (57,60%, em valores médios), sendo os Enfermeiros os que menos executam (61,50%, em valores médios) (ver Tabela 6.9). Em “Arma branca” parece que a categoria profissional nos indica que

quanto à executabilidade são os Enfermeiros graduados que mais executam, no entanto no lado oposto a tendência é variante, deixando algumas dúvidas relativamente ao ser ou não ser um indicador da executabilidade e muito menos da percepção do conhecimento.

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*
	Desconhece	*	*	*
Executabilidade	Executa	40,00%	57,60%	34,45%
	Não executa	50,00%	29,35%	61,50%
	Não se aplica	10,00%	13,00%	4,10%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.9: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de arma branca (valores médios).

Quanto à categoria “Arma de fogo”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos podemos verificar que são os Enfermeiros especialistas que evidenciam uma maior percepção do conhecimento (40%, em valores médios) no entanto quem tem maior executabilidade são os Enfermeiros graduados (39,66%, em valores médios) (ver Tabela 6.10). Nesta categoria verificamos um resultado díspar, isto é, não é aquele que mais conhece o que mais executa, provando novamente que poderá existir a possibilidade de haver procedimentos a serem realizados sem conhecimento com rigor. No lado oposto temos novamente os Enfermeiros especialistas que mais desconhecem (46,70%, em valores médios) sendo os Enfermeiros os que menos executam (72,31%, em valores médios) (ver Tabela 6.10). Em “Arma de fogo” parece que a categoria profissional nos indica que existem algumas lacunas na dispersão da percepção do conhecimento não podendo aferir-se quanto ao seu valor correlacional. Já quanto à executabilidade parece ser novamente os Enfermeiros graduados que mais executam.

Quanto à categoria “Acidentes de viação”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos apenas referentes à executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros graduados que evidenciam uma maior executabilidade (32,2%, em valores médios), sendo os Enfermeiros os que menos executam (48,4%, em valores médios) (ver Tabela 6.11). Em “Acidentes de viação” parece que a categoria profissional nos indica que quanto à executabilidade são os Enfermeiros graduados que dominam tendo no lado oposto novamente os Enfermeiros, deixando algumas dúvidas relativamente ao ser ou não ser um indicador da executabilidade e muito menos da percepção do conhecimento.

Quanto à categoria “Intoxicação”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos podemos verificar que são também os Enfermeiros especialistas que

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	40,00%	15,60%	22,20%
	Conhece vagamente	13,30%	53,30%	55,60%
	Desconhece	46,70%	31,10%	22,20%
Executabilidade	Executa	33,30%	39,66%	17,71%
	Não executa	56,98%	42,83%	72,31%
	Não se aplica	9,72%	17,51%	9,95%

Tabela 6.10: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de arma de fogo (valores médios).

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*
	Desconhece	*	*	*
Executabilidade	Executa	30,0%	32,2%	24,2%
	Não executa	33,3%	32,85%	48,4%
	Não se aplica	36,65%	34,9%	27,4%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.11: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de acidentes de viação (valores médios).

evidenciam uma maior percepção do conhecimento com rigor (34,05%, em valores médios), e são também estes que mais executam (28,35%, em valores médios). No lado oposto, temos os Enfermeiros graduados que são aqueles que mais desconhecem (51,55%, em valores médios) e os Enfermeiros que menos executam (78,95%) (ver Tabela 6.12). Na “Intoxicação”, a categoria profissional parece ser um bom indicador pois quanto maior a categoria profissional maior será a probabilidade de conhecer e executar os procedimentos.

Quanto à categoria “Asfixias”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos podemos verificar que são os Enfermeiros especialistas que evidenciam uma maior percepção do conhecimento (23,35%, em valores médios) sendo também eles que mais executam (14,3%, em valores médios). No lado oposto temos novamente os Enfermeiros especialistas que mais desconhecem (43,35%, em valores médios) sendo os Enfermeiros os que menos executam (84,41%, em valores médios) (ver Tabela 6.13). Em “Asfixias” parece que a categoria profissional nos indica que existem algumas lacunas na dispersão da percepção do conhecimento não podendo aferir-se quanto ao seu valor correlacional. Já quanto à executabilidade parece serem os Enfermeiros especialistas

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	34,05%	26,9%	9,55%
	Conhece vagamente	34,3%	38,25%	49,2%
	Desconhece	31,65%	51,55%	41,25%
Executabilidade	Executa	28,35%	14,45%	15,3%
	Não executa	47,35%	65,55%	78,95%
	Não se aplica	24,3%	20,0%	5,7%

Tabela 6.12: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de intoxicações (valores médios).

que dominam.

		Enfermeiros Especialistas (n=15)	Enfermeiros Graduados (n=50)	Enfermeiros (n=63)
Conhecimento	Conhece com rigor	23,35%	11,65%	3,2%
	Conhece vagamente	33,3%	48,8%	60,5%
	Desconhece	43,35%	39,55%	37,9%
Executabilidade	Executa	14,3%	6,73%	2,86%
	Não executa	75,01%	56,92%	84,41%
	Não se aplica	10,7%	28,82%	12,72%

Tabela 6.13: Categoria profissional, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de asfixias (valores médios).

De um modo geral, verifica-se uma tendência quanto à percepção do conhecimento, pois parecem ser os Enfermeiros especialistas que mais conhecem com rigor. Já quanto ao desconhecimento varia entre as três categorias. Quanto à executabilidade parece ser o Enfermeiro graduado e o Enfermeiro especialista, aqueles que mais executam, e o que menos executa é o Enfermeiro.

[Sekula, 2005] sugere que, para que os procedimentos forenses referentes à preservação dos vestígios sejam estabelecidos como uma actividade credível e rigorosa para os Enfermeiros, as Escolas de Enfermagem devem ser mandatadas para atender às necessidades forenses das vítimas e dos perpetradores de qualquer tipo de violência, incluindo o ensino destes conteúdos nos seus currículos académicos. Esta talvez seja uma solução para diminuir a percentagem de Enfermeiros com níveis de conhecimento e executabilidade tão baixa como verificado no nosso estudo, e que ao longo da sua carreira profissional sigam investindo na sua formação adquirindo o nível de perito ou especialista.

	CATEGORIA PROFISSIONAL			
	ENFERMEIRO	ENFERMEIRO GRADUADO	ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
Gestão de vestígios		-	+	Conhecimento
	-		+	Executabilidade
Agressão sexual	-		+	Conhecimento
	-	+		Executabilidade
Lesões		-	+	Conhecimento
				Executabilidade
Arma branca				Conhecimento
	-	+		Executabilidade
Arma de fogo			+/-	Conhecimento
	-	+		Executabilidade
Acidente de viação				Conhecimento
	-	+		Executabilidade
Intoxicações		-	+	Conhecimento
	-		+	Executabilidade
Asfixias			+/-	Conhecimento
	-		+	Executabilidade

Tabela 6.14: Tabela resumo da polaridade dos resultados obtidos tendo em conta a categoria profissional do Enfermeiro, a percepção do conhecimento, a executabilidade e as categorias dos procedimentos analisados.

Esta relação fica mais clara no Tabela 6.14 onde o + significa maior conhecimento com rigor e maior executabilidade observada em valores médios, o – significa maior desconhecimento e menor executabilidade observada em valores médios.

3.4 Qual a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

De acordo com [Gonçalves, 2011] o conhecimento não surge do nada, resulta das experiências acumuladas ao longo da vida, através de vivências pessoais, profissionais, relacionais, culturais, leituras, etc. Neste sentido, para percebermos como a percepção do conhecimento e a executabilidade varia ao longo dos anos de experiência profissional elaborámos esta questão de investigação.

Relativamente ao tempo de exercício da profissão em Enfermagem dos Enfermeiros inquiridos (≤ 8 anos $n = 35$; 9 – 14 anos $n = 29$, 15 – 21 anos $n = 28$ e ≥ 22 anos $n = 32$), quanto à percepção do conhecimento obtivemos resultados estatística-

mente significativos ($p < 0.05$) apenas nas categorias agressão sexual, lesões e arma branca. Quanto à executabilidade dos procedimentos obtivemos resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) em todas as categorias, exceto na categoria das lesões.

Quanto à categoria “Gestão de vestígios”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros com 15 a 21 anos de experiência profissional que mais executam (21, 29%, em valores médios) e os Enfermeiros com menos de 8 anos de experiência profissional são os que menos executam (88, 23%, em valores médios) (ver Tabela 6.15).

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	10,3%	21,1%	21,29%	19,96%
	Não executa	88,23%	70,3%	58,75%	61,77%
	Não se aplica	1,45%	8,6%	19,96%	18,27%

* Resultado estatisticamente não significativo com ($p > 0.05$).

Tabela 6.15: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e Executabilidade dos procedimentos na gestão de vestígios (valores médios).

Quanto à categoria “Agressão sexual”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a percepção do conhecimento verificamos que são os Enfermeiros com mais de 22 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (28, 92%, valores médios) contudo não são os que mais executam. Os Enfermeiros que têm entre 15 a 21 anos de experiência são os que têm maior executabilidade (21, 29%, valores médios), no entanto são também os que mais desconhecem (49, 28%, valores médios) (ver Tabela 6.16). Estes dados desnudam a problemática de que os profissionais que mais desconhecem são os que mais executam, significando que executam sem conhecimento. Este facto é muito importante na medida em que evidencia a possibilidade de os vestígios poderem estar a ser tratados de forma indiscriminada sem qualquer base científica colocando em risco a preservação dos vestígios e o seu valor probatório em tribunal.

Quanto à categoria “Arma branca”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a percepção do conhecimento verificamos que são também os Enfermeiros com mais de 22 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (6, 3%, valores médios) contudo não são os que mais executam, à semelhança da categoria agressão sexual. Os Enfermeiros que têm entre 9 a 14 anos de experiência são os que têm maior executabilidade (45, 05%, valores médios) (ver Tabela 6.17). Por sua vez os que menos executam são os que têm experiência profissional inferior a 8 anos, à semelhança da categoria agressão sexual. Os Enfermeiros que mais desconhecem são

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	12,2%	13,08%	5,0%	28,92%
	Conhece vagamente	50,66%	40,02%	45,72%	59,72%
	Desconhece	37,16%	46,9%	49,28%	11,38%
Executabilidade	Executa	10,3%	21,1%	21,29%	19,96%
	Não executa	88,23%	70,3%	58,75%	61,77%
	Não se aplica	1,45%	8,6%	19,96%	18,27%

Tabela 6.16: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de agressão sexual (valores médios).

os que têm experiência profissional entre 15 a 21 anos (75%, valores médios) também à semelhança da categoria agressão sexual. De notar que os Enfermeiros que mais executam (experiência profissional entre 9 a 14 anos) têm um conhecimento com rigor de 0,0%. Novamente, é identificada a problemática de que estes profissionais de saúde executam procedimentos sem qualquer conhecimento rigoroso colocando em risco a preservação dos vestígios e o seu valor probatório em tribunal.

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	5,0%	0,0%	0,0%	6,3%
	Conhece vagamente	41,2%	6,9%	25,0%	25,0%
	Desconhece	52,9%	93,1%	75,0%	68,7%
Executabilidade	Executa	21,2%	45,05%	27,55%	38,7%
	Não executa	78,8%	50,0%	46,55%	46,8%
	Não se aplica	0,0%	15,5%	25,85%	14,5%

Tabela 6.17: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas por arma branca (valores médios).

Quanto à categoria “Arma de fogo”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros com 15 a 21 anos de experiência profissional que mais executam (21,29%, em valores médios), à semelhança das categorias gestão de vestígios e agressão sexual. Os Enfermeiros com menos de 8 anos de experiência profissional são os que menos executam (87,14%, em valores médios) (ver Tabela 6.18), à semelhança de todas as categorias anteriormente analisados.

Quanto à categoria “Acidentes de viação”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros com menos de 8 anos de experiência profissional que mais executam (59,70%, em

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	6,61%	32,25%	35,8%	33,43%
	Não executa	87,14%	55,23%	48,44%	53,15%
	Não se aplica	6,26%	12,52%	15,76%	13,42%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.18: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas por (valores médios).

valores médios), contrariando a tendência das categorias anteriores. Os Enfermeiros com experiência profissional entre 9 a 14 anos são os que menos executam (45,35%, em valores médios) (ver Tabela 6.19).

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	59,7%	32,75%	57,15%	48,4%
	Não executa	38,8%	45,35%	33,95%	29,05%
	Não se aplica	2,2%	21,9%	8,9%	22,55%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.19: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas por acidentes de viação (valores médios).

Quanto à categoria “Intoxicações”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a executabilidade podemos verificar que são os Enfermeiros com experiência profissional entre 15 e 21 anos que mais executam (59,7%, em valores médios), à semelhança das categorias gestão de vestígios, agressão sexual, arma branca e arma de fogo. Os Enfermeiros com experiência profissional entre 9 a 14 anos são os que menos executam (45,35%, em valores médios) (ver Tabela 6.20), à semelhança da categoria acidentes de viação.

Quanto à categoria “Asfixias”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos para a percepção do conhecimento verificamos novamente que são os Enfermeiros com mais de 22 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (17,85%, valores médios) contudo também não são os que mais executam. Os Enfermeiros que têm entre 15 a 22 anos de experiência são os que têm maior executabilidade (12,76%,

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	64,7%	48,3%	66,7%	61,3%
	Não executa	35,3%	48,3%	22,2%	19,4%
	Não se aplica	0,0%	3,4%	11,1%	19,4%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.20: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas por intoxicações (valores médios).

valores médios) (ver Tabela 6.21). Por sua vez, os que mais desconhecem são os que têm experiência profissional inferior a 8 anos (63%) e são também os que menos executam (91,2%). Neste último caso em particular é identificada uma combinação que seria a expectável, isto é, quem menos sabe é também quem menos executa.

		<=8 anos (n=35)	9-14 anos (n=29)	15-21 anos (n=28)	>=22 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	1,45%	10,3%	8,9%	17,85%
	Conhece vagamente	33,55%	68,55%	35,75%	53,55%
	Desconhece	65,00%	21,15%	55,35%	28,6%
Executabilidade	Executa	6,85%	6,5%	12,76%	12,14%
	Não executa	91,2%	79,32%	59,97%	66,89%
	Não se aplica	1,95%	14,17%	27,27%	20,97%

Tabela 6.21: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas por asfixias (valores médios).

De um modo geral, percebemos que o conhecimento com rigor reside nos Enfermeiros com mais experiência, portanto com mais de 22 anos, no entanto não são estes os que mais executam, estando estes maioritariamente na categoria antecedente, portanto com experiência profissional entre 15 a 21 anos. Uma possível explicação para este acontecimento poderá ser o facto de que normalmente os Enfermeiros com mais anos de experiência são aqueles que ocupam cargos de coordenação e não têm um desempenho ativo de contacto próximo e diário com o utente, o que limita a sua executabilidade deste tipo de procedimentos. Por sua vez, os que mais desconhecem varia entre menos de 8 anos de experiência e entre 15 a 21 anos, no entanto nos que menos executam são os que têm menos de 14 anos de experiência. Os que têm menos anos de experiência podem estar a delegar a assistência à vítima a um colega com mais experiência profissional o que poderá explicar a sua baixa executabilidade. Esta possibilidade é corroborada pelo estudo de [Santos, 2013] onde se verifica que cerca de 35,9% dos Enfermeiros inquiridos

recorre a Enfermeiros mais experientes ao mesmo ao Enfermeiro chefe/responsável pelo serviço (20,6% dos inquiridos).

	TEMPO DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO				
	<8 anos	9-14 anos	15-21 anos	>22 anos	
Gestão de vestígios					Conhecimento
	-		+		Executabilidade
Agressão sexual			-	+	Conhecimento
	-		+		Executabilidade
Lesões					Conhecimento
					Executabilidade
Arma branca	-			+	Conhecimento
	-	+			Executabilidade
Arma de fogo					Conhecimento
	-		+		Executabilidade
Acidente de viação					Conhecimento
	+	-			Executabilidade
Intoxicações					Conhecimento
		-	+		Executabilidade
Asfixias	-			+	Conhecimento
	-		+		Executabilidade

Tabela 6.22: Tabela resumo da polaridade dos resultados obtidos tendo em conta o tempo de exercício da profissão de Enfermagem, a perceção do conhecimento, a executabilidade e as categorias dos procedimentos analisados.

Esta relação fica mais clara no Tabela 6.22 onde o + significa maior conhecimento com rigor e maior executabilidade observada em valores médios, o – significa maior desconhecimento e menor executabilidade observada em valores médios.

Q.3.5 Qual a relação entre o tempo de exercício da profissão em Enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência e a perceção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Relativamente ao tempo de exercício da profissão em Enfermagem num Serviço de Urgência e/ou Emergência dos Enfermeiros inquiridos (≤ 5 anos $n = 34$; 6 – 9 anos $n = 28$, 10 – 16 anos $n = 28$ e ≥ 17 anos $n = 32$), quanto à perceção do conhecimento obtivemos resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) apenas nas categorias agressão sexual, lesões e arma branca. Quanto à executabilidade dos procedimentos obtivemos resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$) em todas as categorias, exceto na categoria das lesões.

Quanto à categoria “Gestão de vestígios”, analisando os procedimentos estatística-

mente significativos para a percepção do conhecimento verificamos que são os Enfermeiros com mais de 17 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (35,15%, valores médios) e são também os que mais executam (38,18%). Os Enfermeiros que têm entre 10 a 16 anos de experiência são os que mais desconhecem (40,3%, valores médios) no entanto os que menos executam são os que têm menos de 5 anos de experiência (ver Tabela 6.23).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	24,3%	16,6%	27,0%	35,15%
	Conhece vagamente	37,15%	54,4%	32,7%	46,20%
	Desconhece	38,55%	29,0%	40,3%	18,65%
Executabilidade	Executa	14,12%	14,52%	33,46%	38,18%
	Não executa	73,98%	64,18%	58,36%	48,48%
	Não se aplica	11,9%	21,3%	8,18%	13,34%

Tabela 6.23: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em gestão de vestígios (valores médios).

Quanto à categoria “Agressão sexual”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos verificamos que são os Enfermeiros com mais de 17 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (23,04%, valores médios) à semelhança da categoria anterior, no entanto, não são os que mais executam. Os que mais executam são os que têm experiência entre 10 – 16 anos (43,44%, valores médios). Os Enfermeiros que têm menos de 5 anos de experiência são os que mais desconhecem (62,58%, valores médios) sendo também os que menos executam, sendo este último item semelhante à categoria anterior (ver Tabela 6.24).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	5,14%	9,46%	5,02%	23,04%
	Conhece vagamente	32,28%	47,14%	45,0%	57,72%
	Desconhece	62,58%	43,40%	49,98%	25,24%
Executabilidade	Executa	9,98%	38,02%	43,44%	27,28%
	Não executa	87,06%	60,28%	51,5%	53,92%
	Não se aplica	2,96%	1,7%	5,06%	18,8%

Tabela 6.24: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos em vítimas de agressão sexual (valores médios).

Quanto à categoria “Lesões”, analisando os procedimentos estatisticamente signifi-

cativos apenas para a executabilidade verificamos que são os Enfermeiros com menos de 5 anos de experiência profissional que mais executam (42,65%, valores médios). Este dado contraria os resultados obtidos nas categorias anteriores. Os que menos executam são os que têm entre 6 a 9 anos de experiência profissional (61,15%, valores médios) no Serviço de Urgência e/ou Emergência (ver Tabela 6.25).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	42,65%	38,85%	19,5%	33,95%
	Não executa	55,9%	61,15%	59,4%	55,0%
	Não se aplica	1,45%	0,0%	21,1%	11,05%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.25: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria lesões (valores médios).

Quanto à categoria “Arma branca”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos apenas para a executabilidade verificamos que são os Enfermeiros com mais de 17 anos de experiência profissional que mais executam (57,8%, valores médios), à semelhança da categoria “Gestão de vestígios”. Os que menos executam são os que têm menos experiência profissional com menos de 5 anos no Serviço de Urgência e/ou Emergência (72,75%, valores médios), à semelhança das categorias “Gestão de vestígios” e “Agressão sexual” (ver Tabela 6.26).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	25,75%	41,1%	53,6%	57,8%
	Não executa	72,75%	51,8%	32,11%	31,25%
	Não se aplica	1,5%	7,1%	14,3%	10,95%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.26: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria vítima de arma branca (valores médios).

Quanto à categoria “Arma de fogo”, analisando os procedimentos estatisticamente

significativos apenas para a executabilidade verificamos que são os Enfermeiros com mais de 17 anos de experiência profissional que mais executam (42,23%, valores médios), à semelhança da categoria “Gestão de vestígios” e “Arma branca”. Os que menos executam são os que têm menos experiência profissional com menos de 5 anos no Serviço de Urgência e/ou Emergência (72,75%, valores médios), à semelhança das categorias “Gestão de vestígios”, “Agressão sexual” e “Arma branca” (ver Tabela 6.27).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	13,71%	23,08%	37,48%	42,23%
	Não executa	78,43%	60,25%	48,8%	38,86%
	Não se aplica	7,86%	16,67%	13,72%	18,9%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.27: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria vítima de arma de fogo (valores médios).

Quanto à categoria “Acidentes de viação”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos verificamos que são os Enfermeiros com mais de 17 anos de experiência profissional que mais conhecem com rigor (30,0%, valores médios), à semelhança da categoria “Gestão de vestígios” e “Agressão sexual”, sendo também estes os que mais executam (77,4%). Os que mais desconhecem e menos executam são os que têm entre 10 e 16 anos de experiência profissional no Serviço de Urgência e/ou Emergência (62,1% e 42,9%, valores médios, respetivamente) (ver Tabela 6.28).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	17,1%	14,8%	24,1%	30,0%
	Conhece vagamente	54,3%	59,3%	13,8%	46,7%
	Desconhece	28,6%	25,9%	62,1%	23,3%
Executabilidade	Executa	70,6%	75,0%	50,0%	77,4%
	Não executa	29,4%	21,4%	42,9%	9,7%
	Não se aplica	0,0%	3,6%	7,1%	12,9%

Tabela 6.28: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria vítima de acidentes de viação (valores médios).

Quanto à categoria “Intoxicações”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos apenas para a executabilidade verificamos que são os Enfermeiros com experiência profissional entre 10 a 16 anos que mais executam (36,0%, valores médios), à semelhança da categoria “Agressão sexual”. Os que menos executam são os que têm menos experiência profissional com menos de 5 anos no Serviço de Urgência e/ou Emergência (72,75%, valores médios), à semelhança das categorias “Gestão de vestígios”, “Agressão sexual”, “Arma branca” e “Arma de fogo” (ver Tabela 6.29).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*	*	*
	Conhece vagamente	*	*	*	*
	Desconhece	*	*	*	*
Executabilidade	Executa	17,63%	14,46%	36,0%	20,43%
	Não executa	80,0%	68,53%	56,73%	57,0%
	Não se aplica	1,97%	17,0%	7,00%	22,57%

* Resultado estatisticamente não significativo com (p>0.05).

Tabela 6.29: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria vítima de intoxicações (valores médios).

		<=5 anos (n=34)	6-9 anos (n=28)	10-16 anos (n=28)	>=17 anos (n=32)
Conhecimento	Conhece com rigor	2,9%	0,0%	21,4%	13,8%
	Conhece vagamente	20,6%	40,7%	17,9%	27,6%
	Desconhece	76,5%	59,3%	60,7%	58,6%
Executabilidade	Executa	7,28%	13,32%	19,46%	20,0%
	Não executa	85,44%	68,92%	69,48%	54,0%
	Não se aplica	7,28%	17,76%	11,06%	26,0%

Tabela 6.30: Tempo de exercício da profissão de Enfermagem no serviço de Urgência/emergência, conhecimento e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria vítima de asfixias (valores médios).

Quanto à categoria “Asfixias”, analisando os procedimentos estatisticamente significativos verificamos que são os Enfermeiros com experiência profissional entre 10 a 16 anos que mais conhecem com rigor (21,4%, valores médios), à semelhança da categoria “Agressão sexual”, no entanto não são os que mais executam, pois são os que têm mais de 17 anos de experiência que mais executam (20,0%), sendo este último item semelhante às categorias “Gestão de vestígios”, “Arma branca”, “Arma de fogo” e “Acidentes de viagem”. Os que mais desconhecem e menos executam são os que têm menos anos de experiência com menos de 5 anos (76,5% e 85,44%, valores médios),

TEMPO DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA						
		<5 anos	6-9 anos	10-16 anos	>17 anos	
Gestão de vestígios				-	+	Conhecimento
		-			+	Executabilidade
Agressão sexual		-			+	Conhecimento
		-		+		Executabilidade
Lesões						Conhecimento
		+	-			Executabilidade
Arma branca						Conhecimento
		-			+	Executabilidade
Arma de fogo						Conhecimento
		-			+	Executabilidade
Acidente de viação				-	+	Conhecimento
				-	+	Executabilidade
Intoxicações						Conhecimento
			-	+		Executabilidade
Asfixias		-		+		Conhecimento
		-			+	Executabilidade

Tabela 6.31: Tabela resumo da polaridade dos resultados obtidos tendo em conta o tempo de exercício da profissão de Enfermagem no Serviço de Urgência e/ou Emergência, a percepção do conhecimento, a executabilidade e as categorias dos procedimentos analisados.

respetivamente) à semelhança da categoria “Agressão sexual” (ver Tabela 6.30).

De um modo geral, percebemos que os profissionais que possuem um conhecimento com rigor e maior executabilidade são aqueles que têm mais experiência profissional no Serviço de Urgência e/ou Emergência, com mais de 10 anos de experiência. Por outro lado, os que possuem maior desconhecimento e menor executabilidade são os que têm menor experiência profissional, com menos de 9 anos de experiência. Esta relação fica mais clara no Tabela 6.31 onde o + significa maior conhecimento com rigor e maior executabilidade observada em valores médios, o – significa maior desconhecimento e menor executabilidade observada em valores médios.

Q.3.6 Qual a relação entre a frequência de assistência à vítima e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Parece-nos ser mais pertinente perceber como a frequência de assistência à vítima se relaciona com a executabilidade no sentido em que a prática dos procedimentos está intimamente ligada à frequência de contacto com este tipo de vítimas. Assim sendo, quanto à relação entre a frequência de assistência à vítima e a executabilidade dos procedimentos, na única categoria com uma relação estatisticamente significativa, a

gestão dos vestígios, podemos verificar que quanto maior a frequência de assistência à vítima maior será a executabilidade dos procedimentos (44,0%, em valores médios) (ver Tabela 6.32). No entanto pela larga ausência de categorias com relação estatisticamente significativa parece que o fator frequência de assistência à vítima pode não ter grande peso na executabilidade dos procedimentos, isto é, a executabilidade poderá ser independente da frequência de assistência à vítima nos serviços de Urgência e/ou Emergência.

	Poucas vezes ou nunca (1x/mês)	Algumas Vezes (1x/semana)	Muitas vezes ou sempre (3x/semana ou diariamente)
Executa	30,3%	9,8%	44,0%
Não executa	60,6%	78,0%	52,0%
Não se aplica	9,1%	12,2%	4,0%

Tabela 6.32: Frequência de assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária e executabilidade dos procedimentos referentes à categoria gestão de vestígios.

Q.3.7 Qual a relação entre a existência de protocolo, a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos vestígios forenses?

Quanto à possibilidade de se verificar uma relação entre a existência de um protocolo e a percepção do conhecimento e a executabilidade obtivemos resultados estatisticamente significativos para apenas algumas categorias sendo seguidamente exploradas. Cerca de 92% dos inquiridos referiram não haver protocolo no Serviço de Urgência e/ou Emergência onde exercem funções que delineiem a sua atuação durante a assistência a vítimas de agressão voluntária ou involuntária que visem preservar os vestígios, contraponto com os apenas 8% que confirmam a sua existência.

Para a categoria de "Gestão de vestígios" verificamos que, em valores médios, dos Enfermeiros que referem não haver protocolo no Serviço de Urgência e/ou Emergência onde exercem funções, cerca de 20% executam os procedimentos e 73,35% dos que referem existir protocolo não executam os procedimentos (ver Tabela 6.33). Portanto, podemos verificar que os que dizem que não há protocolo são os que mais executam e vice-versa. Neste sentido, ficamos na dúvida sobre o modo como os Enfermeiros executam os procedimentos não tendo um protocolo que os guie, levando-nos a pensar num tratamento desadequado, intuitivo e pouco fundamentado no que concerne à preservação dos vestígios, uma vez que a sua formação académica na área é também escassa (2,3% dos Enfermeiros).

Para a categoria "Agressão sexual" verificamos que os Enfermeiros que referem a existência de um protocolo são aqueles que também referem conhecer com rigor (45,00%, valores médios) e os que referem não haver protocolo são os que mais desco-

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*
	Conhece vagamente	*	*
	Desconhece	*	*
Executabilidade	Executa	15,3%	20,0%
	Não executa	73,35%	50,0%
	Não se aplica	11,35%	30,0%

* Resultado estatisticamente não significativo com $p > 0.05$.

Tabela 6.33: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria gestão de vestígios.

nhecem (30,00%, valores médios) (ver Tabela 6.34). Estas parecem ser combinações que reforçam a necessidade e a importância da existência de protocolos no sentido de criar um conhecimento científico rigoroso. No entanto, é de lamentar, ainda assim, a baixa percentagem daqueles que conhecem com rigor sabendo da existência de um protocolo.

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	45,0%	10,0%
	Conhece vagamente	46,8%	60,0%
	Desconhece	8,1%	30,0%
Executabilidade	Executa	*	*
	Não executa	*	*
	Não se aplica	*	*

* Resultado estatisticamente não significativo com $p > 0.05$.

Tabela 6.34: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria agressão sexual.

Para a categoria “Arma branca” verificamos que os que referem a existência de um protocolo são aqueles que também referem conhecer com rigor (27,5%, valores médios) e os que referem não haver protocolo são os que mais desconhecem (50,0%, valores médios) (ver Tabela 6.35). Novamente este facto reforça a necessidade e a importância da existência de protocolos. No entanto, é de lamentar novamente, e neste caso é ainda mais evidente, a baixa percentagem daqueles que conhecem com rigor e sabem da existência de um protocolo.

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	27,5%	20,0%
	Conhece vagamente	56,0%	30,0%
	Desconhece	16,5%	50,0%
Executabilidade	Executa	*	*
	Não executa	*	*
	Não se aplica	*	*

* Resultado estatisticamente não significativo com $p > 0.05$.

Tabela 6.35: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria vítimas de arma branca.

Para a categoria “Arma de fogo” verificamos que tanto os que referem a existência de um protocolo assim como a sua ausência não executam os procedimentos (78,00% e 50,00%, valores médios, respetivamente) (ver Tabela 6.36). No entanto é perceptível verificar que são os que referem a existência do protocolo que menos executam, o que é de lamentar.

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*
	Conhece vagamente	*	*
	Desconhece	*	*
Executabilidade	Executa	6,4%	30,0%
	Não executa	78,0%	50,0%
	Não se aplica	15,6%	20,0%

* Resultado estatisticamente não significativo com $p > 0.05$.

Tabela 6.36: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria vítimas de arma de fogo.

Para a categoria “Acidentes de viação” verificamos que os que referem a existência de um protocolo apenas conhecem com rigor 22,9% e todos os que referem a sua ausência conhecem apenas vagamente (100%) (ver Tabela 6.37). No entanto, ainda assim, é perceptível verificar que são os que referem a existência do protocolo que mais conhecem com rigor, o que pode reforçar a necessidade e importância dos protocolos.

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	22,9%	0,0%
	Conhece vagamente	53,2%	100,0%
	Desconhece	23,9%	0,0%
Executabilidade	Executa	*	*
	Não executa	*	*
	Não se aplica	*	*

* Resultado estatisticamente não significativo com $p>0.05$.

Tabela 6.37: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria vítimas de acidentes de viação.

Para a categoria “Intoxicações” verificamos que os que referem a existência de um protocolo são os que conhecem com rigor 26,40%, no entanto esta percentagem é baixa, ainda assim estes dados podem reforçar a necessidade e importância dos protocolos. Realça-se que, dos Enfermeiros que referem a ausência de um protocolo, 80% conhecem vagamente os procedimentos (ver Tabela 6.38).

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	26,4%	10,0%
	Conhece vagamente	38,2%	80,0%
	Desconhece	35,5%	10,0%
Executabilidade	Executa	*	*
	Não executa	*	*
	Não se aplica	*	*

* Resultado estatisticamente não significativo com $p>0.05$.

Tabela 6.38: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria vítimas de intoxicações.

Para a categoria “Asfixias” verificamos que os que referem a existência de um protocolo são os que menos executam os procedimentos (55,70%, valores médios) e os que referem a sua ausência são os que mais executam (40,0%, valores médios) (ver Tabela 6.39). Nesta categoria parecem inverter-se as combinações no sentido em que o expectável seria o inverso, isto é, existe protocolo e executa, não existe protocolo e não executa.

		Sim	Não
Conhecimento	Conhece com rigor	*	*
	Conhece vagamente	*	*
	Desconhece	*	*
Executabilidade	Executa	37,7%	40,0%
	Não executa	55,7%	30,0%
	Não se aplica	6,6%	20,0%

* Resultado estatisticamente não significativo com $p > 0.05$.

Tabela 6.39: Existência de um protocolo que delinea a atuação do enfermeiro na assistência à vítima, percepção do conhecimento e executabilidade dos procedimentos na categoria vítimas de asfixias.

De um modo geral, podemos verificar que os Enfermeiros que confirmam a existência de um protocolo são aqueles que parecem ter um conhecimento mais rigoroso, o os que negam a sua existência são os que mais executam (em termos percentuais). Estes dados parecem indicar-nos que existem vestígios que estão a ser tratados de um modo intuitivo e pouco fundamentado por intermédio de formação e protocolos.

Verificámos também que existem Enfermeiros que sabem da existência do protocolo e lamentavelmente desconhecem como proceder.

Um outro aspeto a destacar reside no facto de que em nenhuma categoria foi possível obter resultados estatisticamente significativos tanto para a percepção do conhecimento assim como para a executabilidade em simultâneo, o que poderia ter-nos fornecido dados mais enriquecedores para analisar esta relação.

[McGillivray, 2005] refere que é exetável que a colheita e preservação de vestígios possa ser efetuada por Enfermeiros do Serviço de Urgência seguindo políticas ou procedimentos intrínsecos ao serviço de Urgência e/ou Emergência e/ou Instituição. No entanto, o que o autor verifica é que por vezes estas indicações são apenas guidelines básicas, ou no caso deste estudo em particular quase não existem. Para este autor a explicação deste facto reside na dificuldade em desenvolver e implementar guidelines de interesse forense a aplicar par a par entre a classe médica generalista e o enfermeiro generalista. Sugere que manuais com políticas e procedimentos deveriam existir e ser usados como guidelines para instruir o profissional de saúde em vários níveis do conhecimento, começando com o nível de iniciante até gradualmente atingirem o nível de perito.

Q.3.8 Qual a relação entre o local de trabalho e a percepção do conhecimento e a executabilidade dos procedimentos referentes à preservação dos

vestígios forenses?

Para podermos responder a esta questão de investigação preconizou-se a atribuição de scores médios de conhecimento das categorias segundo o hospital (0 – Desconhecimento total a 2 – Conhecimento total), tendo-se constatado a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os Enfermeiros das diferentes Instituições Hospitalares nas categorias “Gestão de vestígios”, “Agressões sexual”, “Lesões” e “Armas de fogo”.

Para a executabilidade determinou-se atribuição de *scores* médios de executabilidade das categorias segundo o hospital (0 – Inexistência de aplicabilidade a 2 – Total executabilidade). Constata-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os Enfermeiros das diferentes Instituições Hospitalares nas categorias “Lesões” e “Armas de fogo”.

Tendo em conta os valores médios dos *scores* atribuídos percebemos que na categoria “Gestão dos vestígios” são, o Hospital de Coimbra, de Viseu e da Guarda, que lideram o *ranking* de procedimentos com maior conhecimento. Neste ranking, em último lugar encontra-se o Hospital de Aveiro (ver Tabela 6.40).

Tendo em conta os valores médios dos *scores* atribuídos percebemos que na categoria “Agressão sexual” é o Hospital da Guarda, Coimbra, e Viseu que lideram o *ranking* de procedimentos com maior conhecimento. Neste ranking, em último lugar encontra-se o Hospital de Aveiro (ver Tabela 6.40), à semelhança da categoria anterior. Tendo em conta os valores médios dos *scores* atribuídos percebemos que na categoria “Lesões” são, o Hospital da Guarda, de Viseu e de Coimbra, que lideram o *ranking* de procedimentos com maior conhecimento, à semelhança das categorias anteriores e maior executabilidade. Neste *ranking*, em último lugar encontra-se novamente o Hospital de Aveiro com menor conhecimento e executabilidade (ver Tabela 6.40).

Tendo em conta os valores médios dos *scores* atribuídos percebemos que na categoria “Armas de fogo” são também o Hospital de Viseu, de Coimbra e da Guarda, que lideram o *ranking* de procedimentos com maior conhecimento e o Hospital de Viseu, Coimbra e Covilhã lideram com uma maior executabilidade. Neste *ranking*, em último lugar encontra-se novamente o Hospital de Aveiro com um menor conhecimento e o hospital de Leiria com uma menor executabilidade (ver Tabela 6.40).

		COIMBRA	Score	UISEU	Score	GUARDA	Score	COVILHÃ	Score	LEIRIA	Score	AVEIRO	Score
Gestão de vestígios	Conhecimento	1°	1,03 ± 0,47	2°	0,95 ± 0,6	3°	0,92 ± 0,24	5°	0,76 ± 0,45	4°	0,77 ± 0,36	6°	0,34 ± 0,3
	Executabilidade												
Agressão sexual	Conhecimento	2°	1,06 ± 0,46	3°	0,92 ± 0,66	1°	1,24 ± 0,46	5°	0,81 ± 0,44	4°	0,81 ± 0,42	6°	0,81 ± 0,26
	Executabilidade												
Lesões	Conhecimento	3°	1,18 ± 0,48	2°	1,21 ± 0,66	1°	1,28 ± 0,37	4°	1,01 ± 0,52	5°	0,97 ± 0,45	6°	0,53 ± 0,29
	Executabilidade	3°	1,16 ± 0,35	2°	1,38 ± 0,39	1°	1,38 ± 0,29	5°	1,13 ± 0,42	4°	1,00 ± 0,55	6°	0,64 ± 0,5
Arma de fogo	Conhecimento	2°	1,13 ± 0,49	1°	1,17 ± 0,75	3°	0,84 ± 0,31	4°	0,83 ± 0,44	5°	0,79 ± 0,43	6°	0,73 ± 0,41
	Executabilidade	2°	1,20 ± 0,29	1°	1,24 ± 0,42	5°	1,04 ± 0,24	3°	1,07 ± 0,46	6°	0,97 ± 0,23	4°	1,05 ± 0,13

Tabela 6.40: Tabela resumo dos *scores* da percepção do conhecimento e da executabilidade dos procedimentos por Instituição Hospitalar.

Capítulo 7

Considerações Finais

O crime violento flagela a nossa sociedade e, como resultado, o sistema de saúde. À medida que as vítimas de violência recorrem aos Serviços de Urgência e/ou Emergência, os profissionais de saúde, e em especial os Enfermeiros, têm a oportunidade única de executar procedimentos que visam preservar os vestígios forenses. Para que tal possa ocorrer, estes têm que possuir um conhecimento rigoroso na área das Ciências forense e/ou Medicina Legal através de uma formação sólida sobre como os vestígios podem ser contaminados ou mesmo destruídos durante a assistência à vítima e quais os procedimentos, intrínsecos à prestação de cuidados, a adotar para garantir a sua preservação.

Com este estudo percebemos que os Enfermeiros, admitem possuir um conhecimento vago ou mesmo ausente sobre os procedimentos que visam a preservação dos vestígios forenses, enquanto assistem vítimas e/ou perpetradores de violência. Admitir que se desconhece algo é fundamental para adquirir novos conhecimentos. Neste sentido, pensamos que os Enfermeiros desta amostra deram um importante passo no seu progresso profissional, evidenciando e “desnudando” uma problemática premente no nosso dia-a-dia, que não se restringe apenas à Região Centro, mas sim a nível nacional e internacional como referido em outros estudos citados nesta dissertação. Percebemos, também que esta é uma preocupação mundial e começa a despertar interesse nos que estão na primeira linha de atendimento ao utente, o que na realidade é um bom presságio. Os Enfermeiros Portugueses concebem a importância deste conhecimento rigoroso e a sua subsequente prática, no entanto, neste estudo identificámos uma baixa executabilidade de procedimentos que visam a preservação dos vestígios forenses, o que nos remete para a problemática em estudo.

O conhecimento e a executabilidade, ambos com rigor, devem caminhar lado a lado. Apesar de em algumas categorias analisadas verificarmos níveis oscilantes, na sua generalidade, percebemos que existe uma lacuna nos conhecimentos e na prática dos nossos Enfermeiros. O caminho para se atingir a excelência pode ser tanto sinuoso como trabalhoso, mas o seu primeiro passo passará sempre pela identificação das lacunas e desenvolver estratégias para as ultrapassar.

Identificamos então, dois grandes pilares inerentes ao cuidar com excelência, um cuidar que visa não só a manutenção da vida, mas também a garantia de uma vida com qualidade após assistência imediata à vítima: a identificação da lacuna (na área do Saber-Saber e na área do Saber-Fazer) e a vontade de mudar. Por conseguinte, pensamos que esta identificação representa um dos impactos deste estudo, pois permitiu uma análise atual da prestação dos cuidados à Pessoa, por parte dos Enfermeiros, numa perspetiva holística bio-psico-social, incluindo as preocupações legais.

Se por um lado, temos o Enfermeiro que “pouco ou nada sabe ou faz” relativamente aos procedimentos forenses para a preservação de vestígios, por outro lado temos a Instituição de Saúde que pode ter o poder para fazer toda a diferença, e não a tem feito, isto porque, a existência de protocolos nos serviços de Urgência e/ou Emergência, ou melhor, a sua ausência, foi detetada. O desenvolvimento e a adoção de protocolos forenses, na prática clínica, é uma preocupação mundial, no entanto, tem sido um processo pouco célere, mais ainda se de Portugal se tratar. Poucas têm sido as Instituições Portuguesas de Saúde com a visão focada nas necessidades forenses do utente. Neste estudo, na maioria das categorias analisadas, verificamos que a minoria de Enfermeiros que afirma a existência de protocolo no seu serviço, possui conhecimentos mais rigorosos. Este é, sem dúvida, um bom sinal para a mudança.

Concomitantemente, temos a formação académica dos Enfermeiros que é grandemente voltada para as Ciências da Enfermagem, sendo que a formação em Ciências Forenses e/ou Medicina Legal tem tido pouca representação. Investir no seu conhecimento, pode muito depender da vontade pessoal e profissional do Enfermeiro, e se no seu percurso académico (especialmente Licenciatura e Mestrado) lhe for estimulado o interesse na área forense, certamente mais tarde não ficará “cego” às questões forenses do seu utente. Portanto, é urgente moldar os conteúdos curriculares para que estes sejam sensíveis às reais necessidades do utente, seja vítima ou perpetrador de violência.

Percebemos, com este estudo, que o Enfermeiro não graduado e não especialista é o que “menos conhece com rigor e menos executa procedimentos forenses”. O Enfermeiro com mais anos de experiência dentro ou fora do Serviço de Urgência e/ou Emergência é também aquele que por excelência “mais conhece com rigor e executa procedimentos forenses”, tirando algumas exceções entre as categorias analisadas. Neste sentido, verificamos que a experiência tem um grande poder na aquisição de boas práticas forenses. A necessidade de sensibilizar estes profissionais mais experientes para a transmissão de conhecimento e boas práticas para os seus colegas menos experientes é vital. O cuidar em equipa no serviço de Urgência e/ou Emergência passa pela multidisciplinaridade mas deve também passar pela entreaajuda profissional, que no nosso entender, contribuirá para o sucesso global, especialmente se das necessidades do utente se tratar.

Tendo em conta que este estudo foi realizado em várias Instituições Hospitalares da região Centro, percebemos que existem algumas diferenças nos níveis de conhecimento e executabilidade dos procedimentos forenses entre elas. Adaptar a prestação de cuidados a cada utente de forma individualizada e única, é uma das premissas do profissional de saúde. Neste sentido, cada Instituição Hospitalar deve fazer um levantamento das necessidades reais dos utentes residentes na sua área de abrangência, e investir passo a passo no que se identifica como campo prioritário de intervenção, neste caso, quais as categorias analisadas neste estudo, que carecem de um maior investimento a nível de conhecimentos e práticas. Ao avaliarmos o nível de conhecimento e executabilidade iremos estar a poupar recursos que nos permitirão avançar mais rapidamente no processo da melhoria contínua do cuidar holístico.

No entanto, para que este estudo seja o mais transparente possível, há que salientar algumas limitações intrínsecas e extrínsecas ao contexto. De facto, optou-se pelo estudo da perceção do conhecimento e executabilidade de alguns procedimentos forenses por parte dos Enfermeiros Portugueses dos Serviços de Urgência e/ou Emergência da região Centro, por serem estes muitas das vezes os primeiros profissionais de saúde a contactarem com uma vítima/perpetrador. Contudo, a adesão de resposta ao QPVAVE foi de apenas 36,6%. Neste sentido, apenas podemos inferir quanto às variáveis analisadas. A amostra de 128 Enfermeiros pode parecer ter pouco impacto a nível nacional, no entanto, não se descarta a possibilidade de termos identificado e caracterizado a problemática em estudo. O problema da amostra pequena pode ser facilmente resolvido se alargarmos a população alvo, o que poderá ser resolvido se este tipo de estudo se alargar a nível nacional.

De notar que, o QPVAVE foi desenvolvido de raiz, usado pela primeira vez para avaliar a perceção do conhecimento e a executabilidade dos Enfermeiros sobre a preservação de vestígios na assistência à vítima em serviços de Urgência e/ou Emergência, pelo que, no futuro será necessário realizar testes paramétricos/não paramétricos para validação do instrumento, e confirmar a confiabilidade deste, para poder ser usado em larga escala. No entanto, este instrumento de medida pode ser aplicado para realizar uma avaliação inicial dos Enfermeiros no que se refere aos seus conhecimentos e práticas no contexto forense de preservação de vestígios, no Serviço de Urgência e/ou Emergência, sob a forma de uma *check list*, sendo este um dos contributos deste estudo.

Durante a análise dos resultados sentimos a necessidade de melhor caracterizar o tipo de vítima que o Enfermeiro assiste, isto é, poderia ter sido mais frutífero se no QPVAVE, à questão 7 da secção dados pessoais/académicos/profissionais, referente à “frequência da assistência à vítima” tivéssemos colocado “Qual o tipo de vítimas que assiste?” e colocar como instrução de resposta: “Coloque por ordem decrescente de frequência (de 1 a 5): vítimas de violência sexual, vítimas de arma de fogo, vítimas de acidentes de viação, vítimas de intoxicação, vítimas de asfixia”. Neste sentido, o cruzamento entre o tipo de vítima e a subsequente categoria de procedimentos

analisados teria sido clarificada com maior rigor.

Por último, terminamos estas considerações finais, realçando que os objectivos propostos inicialmente foram atingidos, tendo em conta os recursos disponíveis, no entanto, de salientar a possibilidade de uma melhoria contínua do estudo, sempre despertados para a mudança, se disso depender o sucesso da investigação. Os dados colhidos e subsequente análise permitiu-nos dar resposta às questões de investigação.

Com este estudo identificámos lacunas reais, que podem ser colmatadas, que muito dependerá daqueles que querem marcar a diferença num presente tão voltado para o futuro.

Bibliografia

- [Abdool e Brysiewicz, 2009] Abdool, N. N. e Brysiewicz, P. (2009). A description of the forensic nursing role in emergency department in Durban, South Africa. *Journal of Emergency Nursing*, V.35 n^o 1, pags 16–21.
- [Administração Regional de Saúde do Centro, 2014] Administração Regional de Saúde do Centro, I. (2014). Administração regional de saúde do centro. <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Paginas/Hospitais.aspx>.
- [Amaral, 2012] Amaral, A. F. S. (2012). O Valor da Enfermagem. In *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde: Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- [Amendoeira, 2004] Amendoeira, J. (2004). *Entre Preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem uma Transição Inacabada. 1950-2003 Um contributo sócio-histórico*. Tese de Doutoramento em Sociologia da Educação. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- [Amendoeira, 2006] Amendoeira, J. (2006). Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX. *Coimbra: Formasau*.
- [Amendoeira, 2008] Amendoeira, J. (2008). Profissão e Estado: o conhecimento profissional em Enfermagem. In *J.Lima & H.Pereira (orgs.), Políticas públicas e conhecimento profissional: a Educação e a Enfermagem em reestruturação, Porto: Livpsic*, pags 209–240.
- [ANA, 2015] ANA, A. N. A. I. A. o. F. N. (2015). Forensic Nursing: Scope and Standards of Practice. *American Nurses Association International Association of Forensic Nurses, Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.*, pag 107.
- [APAV, 2014] APAV, A. P. d. A. . V. (2014). Estatísticas APAV. Relatório anual. *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Unidade de estatística*.
- [APEFORENSE, 2015] APEFORENSE (2015). *Regulamento das competências do Enfermeiro Forense*. Associação Portuguesa de Enfermagem Forense. Disponível em <http://pt.slideshare.net/apeforense/competencias-do-enfermeiro-forense>.

- [Araújo, 2005] Araújo, B. R. (2005). *Vivências, Satisfação e Rendimento Acadêmicos em Estudantes de Enfermagem*. Tese de Doutorado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- [Badeia, 1999] Badeia, M. (1999). Ética e profissionais de saúde. *Santos Editora*, pag 238.
- [Bader e Gabriel, 2010] Bader, D. G. e Gabriel, S. (2010). Forensic Nursing. *in Bader & Gabriel, Forensic Nursing: a concise manual, CRC Press. Taylor & Francis Group*, pags 1–9.
- [Ballou et al., 2013] Ballou, S., Bamberger, P., Brown, R., Buiney, Y., e Davenport, D. (2013). The Biological Evidence Preservation Handbook: Best Practices for Evidence Handlers. *National Institute of Standards and Technology. U.S. Department of Commerce, Disponível em <http://nvlpubs.nist.gov/nistpubs/ir/2013/NIST.IR.7928.pdf>*, pags 1–64.
- [Barra et al., 2006] Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P. d., Martins, J. d. J., Albuquerque, G. L., e Erdmann, A. L. (2006). Evolução Histórica e Impacto da Tecnologia na Área da Saúde e da Enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem V. 08, nº 03. http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm*, pags 422–430.
- [Barreira e Baptista, 2003] Barreira, I. d. A. e Baptista, S. d. S. (2003). O Movimento de Reconsideração do Ensino e da Pesquisa em História da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem V. 56, nº 6*, pags 702–706.
- [Bear, 2006] Bear, Z. G. S. (2006). Crime Scene Processing. *in Lynch & Duval, Forensic Nursing Science, Elsevier. Mosby*, pags 80–96.
- [Besant-Matthews, 2006] Besant-Matthews, P. E. (2006). Blunt, Sharp, and Firearm Injuries. *in Lynch & Duval, Forensic Nursing Science, Elsevier. Mosby*, pags 290–313.
- [Cabelus e Spangler, 2006] Cabelus, N. B. e Spangler, k. (2006). Evidence Collection and Documentation. *in Hammer, Moynihan & Pagliaro, Forensic Nursing: A Handbook for Practice*, pags 490–517.
- [Campos et al., 2002] Campos, M., Greik, M., e Vale, T. (2002). História da Ética. *CientiFico, Ano II, V. I, Salvador*.
- [Chasson, 2006] Chasson, S. (2006). Legal and Ethical Issues in Forensic Nursing Roles. *in Lynch & Duval, Forensic Nursing Science*, pags 537–543.
- [Chaves, 2007] Chaves, M. (2007). Vivências pedagógicas de qualidade no ensino superior: A opinião dos docentes de enfermagem em análise. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.

- [Chaves, 2012] Chaves, M. (2012). O Ensino da Enfermagem: de Nightingale a Bolonha. *In Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde: Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.*
- [Chemello, 2007] Chemello, E. (2007). Ciência Forense: Manchas de Sangue. *Química Virtual (Disponível em http://www.quimica.net/emiliano/artigos/2007jan_forense2.pdf).*
- [Collière, 1999] Collière, M. F. (1999). Promover a Vida. *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, pags 1–4.
- [Conselho de Enfermagem, 2009] Conselho de Enfermagem, C. (2009). Parecer N.º 109 / 2009. *Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf.*
- [Council, 2015] Council, E. R. (2015). ERC Guidelines for resuscitation 2015. <http://ercguidelines.elsevierresource.com/>.
- [Couto, 2010] Couto, S. P. (2010). Manual de investigação forense. *Ideia Ação.*
- [CPP, 2016] CPP, C. d. P. P. (2016). Código de Processo Penal. *Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa.*
- [Cristal, 2009] Cristal, I. F. L. (2009). A recolha de vestígios no local do crime pela investigação criminal da GNR. *Dissertação de Mestrado apresentada à Academia Militar*, pags 1–118.
- [Darnell, 2011] Darnell, C. (2011). Forensic Science Healthcare. Caring for patients, preserving the evidence. *CRC Press. Taylor & Francis Group. Northumbria University Library*, pags 1–107.
- [Davis, 2014] Davis, C. (2014). The importance of professional standards. *Nursing made Incredibly Easy!, Lippincott Williams & Wilkins.*
- [Decreto-Lei, 1947] Decreto-Lei (1947). *Decreto-Lei nº 36.219 Diário do Governo, 1ª Série Nº 81*, pags 277–280.
- [Decreto-Lei, 1966] Decreto-Lei (1966). Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação. *Lei nº 47344/66, de 25 de Novembro, Diário da República.*
- [Decreto-Lei, 1981] Decreto-Lei (1981). *Decreto-lei 305/81, de 12 de Novembro, Diário da República, 1ª Série Nº 261*, pags 2998–3004.
- [Decreto-Lei, 1996] Decreto-Lei (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República.*

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>.

- [Decreto-lei, 1998] Decreto-lei (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República*.
- [Decreto-Lei, 2009] Decreto-Lei (2009). Regime da carreira especial de enfermagem. *Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro Diário da República, 1.ª série N.º 184*, pags 6761–6765.
- [Dicionário, 2016] Dicionário, P. (2016). Dicionário da Língua Portuguesa: “Investigação”. *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*, <https://www.priberam.pt/DLPO/investiga23> de Janeiro de 2016].
- [Dix, 2000] Dix, J. (2000). *Color Atlas of Forensic Pathology*. CRC Press LLC.
- [dos Enfermeiros, 2014] dos Enfermeiros, O. (2014). Dados Estatísticos a 31-12-2013. <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/basic-html/page3.html>.
- [Eisert et al., 2015] Eisert, P. J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O’Brien, P., Rozzi, H. V., Pugh, L. C., e March, K. S. (2015). Development of Forensic Evidence Collection Guidelines for the Emergency Department. *Crit Care Nurs Q. Vol. 33, No. 2.*, pags 190–199.
- [Eldredge, 2008] Eldredge, K. (2008). Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. *Journal of Forensic Nursing 4; International Association of Forensic Nurses*, pags 157–165.
- [Entidade Reguladora de Saúde, 2012] Entidade Reguladora de Saúde, E. (2012). Estudo para a carta Hospitalar. Especialidades De Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Pediatria, Obstetrícia E Infeciologia.
- [Espíndula, 2006] Espíndula (2006). Perícia criminal e Cível. *Milenium Editora, 2.ed. São Paulo*.
- [Ferrari, 2012] Ferrari, E. J. (2012). A cadeia de custódia e a prova pericial. *Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 3192 Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/21391>*.
- [Ferreira, 2000] Ferreira, J. S. A. B. N. (2000). A responsabilidade civil e o nexó de causalidade. *UNOPAR Ciênc. Juríd. Empres., Londrina, v. 1, n. 1*, pags 15–21.
- [Figueiredo, 2014] Figueiredo, A. (2014). Missionários, Conservadores e Visionários: Modos de ser professor. pags 422–430.
- [Figueiredo, 2004] Figueiredo, A. S. (2004). *À conquista de uma identidade : enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde*. Lisboa : Climepsi, 2004. p.131.

- [Foresman-Capuzzi, 2014] Foresman-Capuzzi, J. (2014). CSI & U: Collection and preservation of evidence in the emergency department. *Emergency Nurses Association. Published by Elsevier Inc. J Emerg Nurs; VOLUME 40 - ISSUE 3*, pages 229–236.
- [Fortin, 2003] Fortin, M.-F. (2003). O Processo de Investigação: da concepção à realização. pag 388.
- [Fortin, 2009] Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. *Lusodidacta. Loures*, pag 595.
- [França, 2008] França, G. V. d. (2008). Traumatologia Médico-Legal. *In Medicina Legal. Guanabara Koogan, 8.a Ed. Rio de Janeiro, Disponível em <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/traumatologia-forense-les%C3%B5es-corporais>*.
- [Gabriel, 2010] Gabriel, S. (2010). Emergency Department Dos and Don'ts. *in Bader & Gabriel, Forensic Nursing: a concise manual, CRC Press. Taylor & Francis Group*, pages 337–344.
- [Gall et al., 1996] Gall, M., Borg, W., e Gall, J. (1996). Educational Research: An Introduction. *6ª ed., White plans. New York. Longman*.
- [Garcia, 2000] Garcia, E. M. (2000). A escola de enfermagem no ensino superior politécnico: Perspectiva dos seus estudantes. *In G. Mestrinho et al., Formação em enfermagem: Docentes investigam, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros*, pages 129–173.
- [Gomes, 2014] Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense. *Lidel*.
- [Gonçalves, 2011] Gonçalves, S. I. F. (2011). Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência. pages 1—77.
- [Grawtitz, 1996] Grawtitz, M. (1996). Méthodes des Sciences Sociales. *10ª ed. Paris, Dalloz*, pag 388.
- [Green, 1993] Green, M. A. (1993). Preservation of forensic evidence in the Accident and Emergency department. *Accident & Emergency Nursing. V.1. Longman Group UK Limited*, pages 1–7.
- [Grubbs, 2014] Grubbs, T. C. (2014). Preserving Crime Scene Evidence when Treating Patients at an MCI. *Journal of Emergency Medical Services, Disponível em <http://www.jems.com/article/patient-care/preserving-crime-scene-evidence-when-tre>*.
- [Hammer et al., 2006] Hammer, R. M., Moynihan, B., e Pagliaro, E. M. (2006). Forensic Nursing: A Handbook for Practice. *Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts*, pages 1–879.
- [Hill e Hill, 2005] Hill, M. M. e Hill, A. (2005). Investigação por questionário. *Edições Sílabo, Lda*.

- [James et al., 2014] James, S. H., Nordby, J., e Bell, S. (2014). Forensic Science: An introduction to scientific and investigation techniques.
- [Johnson, 1997] Johnson, D. (1997). Forensic Evidence Preservation. The Emergency Nurses' Role. pags 37–40.
- [Koerich et al., 2005] Koerich, M. S., Machado, R. R., e Costa, E. (2005). Ética e Bioética: Para Dar Início à Reflexão. *Texto Contexto Enferm* 14(1):106-10.
- [Law, 2015] Law, J. (2015). Alibi. *Dictionary of Law - Oxford University Press*, Disponível em: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199664924.001.0001/acref-9780199664924-e-168>, pags 1–4.
- [Lei, 2006] Lei (2006). Novo Regime Jurídico das Armas e suas Munições. *Lei nº 5/2006 de 23 de Fevereiro, Diário da República, 39, Série I-A*, pags 1–48.
- [Lei, 2008] Lei (2008). Lei de Organização da Investigação Criminal. *Lei nº 49/2008 de 27 de Agosto, Diário da República*.
- [Lei, 2015] Lei (2015). Código Penal Português. *Lei nº 110/2015, de 26 de agosto. Diário da República*.
- [Lourenço e Lisboa, 1996] Lourenço, N. e Lisboa, M. (1996). *Violência, Criminalidade e Sentimento de Insegurança*. Centro de Estudos Judiciários.
- [Lynch, 2006] Lynch, V. A. (2006). Forensic Nursing Science. *in Lynch & Duval, Forensic Nursing Science, Elsevier. Mosby*, pags 1–19.
- [Machado, 2007] Machado, M. d. C. S. (2007). Gestão da saúde e o Plano Nacional 2004/2010. *Cadernos de economia*.
- [Magalhães et al., 2013] Magalhães, T., Corte-Real, F., e Vieira, D. (2013). Gestão de vestígios forenses. In *Abuso & Negligência. ed. Teresa Magalhães e Duarte Nuno Vieira. Maia: SpeCan*, pags 175–196.
- [Marôco, 2011] Marôco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS Statistics. *Pero Pinheiro: Report Number*, pag 990.
- [Marconi e Lakatos, 2002] Marconi, M. d. A. e Lakatos, E. M. (2002). Técnicas de Pesquisa. *Atlas Ed. São Paulo*, pag 282.
- [Martins, 2008] Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensa Enfermagem Vol. 12, N 2*.
- [McCracken, 1999] McCracken, L. (1999). Living forensics: a natural evolution in emergency care. *Accident and Emergency Nursing. v.7. Harcourt Publishers Ltd*, pags 211–216.

- [McDonough, 2006] McDonough (2006). Practical Aspects of Forensic Nursing. *in Hammer, Moynihan & Pagliaro, Forensic Nursing: A Handbook for Practice*, Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts, pages 401–485.
- [McGillivray, 2005] McGillivray, B. (2005). The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*. V.13. Elsevier Ltd., pages 95–100.
- [Mendes, 2000] Mendes, J. (2000). Ser enfermeiro Estudo de uma representação social. *In M.G.Mestrinho [et. al] (org.), Formação em Enfermagem. Docentes investigam, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros*, pages 273–305.
- [OE, 2011] OE (2011). A Organização dos cuidados de Enfermagem. Projectos e percursos 2008/2011 - Colectânea de Comunicações. *Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Centro*.
- [Okoye, 2010] Okoye, M. I. (2010). Crime Scene Investigation. *in Bader & Gabriel, Forensic Nursing: a concise manual*, CRC Press. Taylor & Francis Group, pages 55–68.
- [Oliveira, 2010] Oliveira, F. J. X. M. (2010). *A Polícia Judiciária e a recolha de prova*. Dissertação de Mestrado em Direito. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- [Olsen, 2006] Olsen, D. (2006). Ethical Consideration in Forensic Nursing. *in Hammer, Moynihan & Pagliaro, Forensic Nursing: A Handbook for Practice*, pages 139–169.
- [Ordem dos Enfermeiros, 2012] Ordem dos Enfermeiros, O. (2012). A evolução histórica da profissão de Enfermagem em Portugal. <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>.
- [OSPFSD, 2015] OSPFSD, O. S. P. F. S. D. (2015). Physical evidence manual. *Oregon State Police Forensic Services Division*, [http://www.oregon.gov/osp/FORENSICS/docs/Physical%20Evidence%20Manual%20\(3940_2\).pdf](http://www.oregon.gov/osp/FORENSICS/docs/Physical%20Evidence%20Manual%20(3940_2).pdf), page 94.
- [Padilha e Mancianca, 2005] Padilha, M. I. C. S. e Mancianca, J. R. (2005). Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Revista Brasileira de Enfermagem* V. 58, n° 6, pages 723–726.
- [Pashley et al., 2000] Pashley, H. S., Wick, J. M., e Ullmann, E. J. (2000). Don't Destroy the Evidence. *AORN Journal*, VOL 72, NO 5., pages 37–40.
- [Pires, 2009] Pires, D. (2009). A Enfermagem Enquanto Disciplina, Profissão e Trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem* V. 62, n° 5, pages 739–744.
- [Polit e Hungler, 2004] Polit, Denise, F. B. C. e Hungler, B. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. *Porto Alegre: Artemed*. 5ª ed.

- [Pollak e Saukko, 2000] Pollak, S. e Saukko, P. (2000). Blunt Injury. *in Siegel, Knupfer & Saukko, Encyclopedia of forensic Science, tree volume set. 1-3, Elsevier Ltd.*
- [Pounder, 2000] Pounder, D. (2000). Sharp Injury. *in Siegel, Knupfer & Saukko, Encyclopedia of forensic Science, tree volume set. 1-3, Elsevier Ltd.*
- [Pyrek, 2006] Pyrek, K. (2006). Forensic Nursing. pags 1–664.
- [Romano, 2011] Romano, C. (2011). Examining the role of the forensic nurse death investigator. *Lippincott's 2011 Nursing Career Directory.*
- [Safarik e Ressler, 2006] Safarik, M. E. e Ressler, R. K. (2006). Behavioral analysis. *in Lynch & Duval, Forensic Nursing Science*, pags 80–96.
- [Santos, 2013] Santos, C. (2013). Contributos Para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal.
- [Santos, 2008] Santos, J. C. M. (2008). Orientações motivacionais e estratégias de aprendizagem no ensino superior: contributos para a compreensão da assiduidade às aulas dos estudantes de enfermagem. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.*
- [Sekula, 2005] Sekula, L. S. (2005). The advance practice forensic nurse in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine, vol.27, nº 1*, pags 5—14.
- [Silva, 2010] 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 em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- [Silva, 2006] Silva, F. G. S. G. d. (2006). Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses : caracterização da situação actual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos. *Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.*
- [Smock, 2000] Smock, W. S. (2000). Evaluation of gunshot wounds. *in Siegel, Knupfer & Saukko, Encyclopedia of forensic Science, tree volume set. 1-3, Elsevier Ltd.*
- [SSI, 2014] SSI (2014). *Relatório Anual de Segurança Interna 2013.* editado por Sistema de segurança interna. gabinete do secretário-geral.
- [Tong, 2001] Tong, A. (2001). Clinical guidelines: can they be effective? *Nursing Times. VOL: 97, ISSUE: 09*, pag 3.
- [UNODC, 2009] UNODC, U. N. O. o. D. C. (2009). Crime scene and physical evidence awareness for non-forensic personnel. *United Nations Publication. Sales No. E.09.IV.5.*

- [Vaz, 2011] Vaz, M. J. (2011). Crime e sociedade. Portugal na segunda metade do século XIX. *in Nunes & Capela, Mundo Continuará a Girar. Prémio Victor de Sá de História Contemporânea, 20 anos (1992-2011)*, pags 129–135.
- [Viegas, 2014] Viegas, F. (2014). Pesquisa, identificação e recolha de vestígios. *in Gomes, 2014, Enfermagem Forense, LIDEL*, pags 142–158.
- [Wyatt et al., 2011] Wyatt, J., Squires, T., Norfolk, G., e Payne-James, J. (2011). Oxford Handbook of Forensic Medicine. *Oxford University Press (Verlag)*.

Apêndices e Anexos

Apêndice I

Carta de agradecimento e de incentivo aos Enfermeiros enviada por email ao Enfermeiro/a Chefe de cada Serviço.

Coimbra, 10 de Julho de 2014

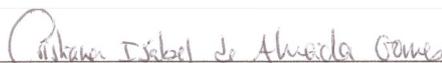
Exmo.(a). Senhor(a) Enfermeiro(a)

Vimos desta forma agradecer a sua valiosa colaboração para o preenchimento e entrega do Questionário sobre a Preservação dos Vestígios na Assistência à Víctima por Enfermeiros (QPVAVE).

Se por algum motivo ainda não respondeu ao QPVAVE lembro-o(a) que ainda o poderá preencher e entregar até ao día 21 de Agosto, pois ainda está à sua disposição na sala de reuniões do Serviço.

Subscrevo-me com estima e consideração

Cristiana Isabel de Almeida Gomes



investigacao.cgomes@gmail.com tlm.960020276

Investigação desenvolvida sob a orientação do Professor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfc) e do Professor Doutor Francisco Corte-Real Gonçalves, Subdiretor e Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Apêndice II

Guião de avaliação para o pré-teste ao QPVAVE

GUIÃO DE AVALIAÇÃO

Ex.mo/a Sr.o/a Enfermeiro/a

Na qualidade de Enfermeiro, a exercer atividade profissional no âmbito do Serviço de Urgência e/ou Emergência, peço-lhe que leia e analise o questionário que pretendo utilizar como base na minha investigação académica que visa compreender a importância da preservação dos vestígios nos cuidados de enfermagem na assistência à vítima.

Agradeço a sua preciosa colaboração no melhoramento deste instrumento de investigação.

Deve ler este guião de avaliação antes de preencher o Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) e só depois responder criticamente às questões deste guião de avaliação.

1. Teve alguma dificuldade para entender as instruções que lhe foram dadas?

Sugestões de melhoria:

2. Na sua opinião, o número de questões é adequado?

3. Na sua opinião, quais as questões onde teve maior dificuldade a responder e porquê?

4. Qual é a sua apreciação geral do Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)?

5. Observações/sugestões

Agradeço mais uma vez a sua colaboração que irá com certeza contribuir para o aperfeiçoamento do Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE).
Subcrevo-me com estima e consideração
Cristiana Gomes

Apêndice III

Versão final do QPVAVE - Questionário sobre a Preservação de Vestígios de Assistência à Vítima por Enfermeiros.

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

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

Sou a Cristiana Isabel de Almeida Gomes, aluna do Mestrado de Medicina Legal e Ciências Forenses da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e venho por este meio pedir a sua imprescindível colaboração para o preenchimento de um questionário no âmbito da minha dissertação de Mestrado, que tem por base uma investigação académica que pretende compreender a importância da preservação dos vestígios nos cuidados de enfermagem na assistência à vítima.

Pretendo interrelacionar a Enfermagem com a Medicina Legal e com as Ciências Forenses, garantindo o auxílio à vítima para além do cuidado de saúde.

Este questionário, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com Of. Ref.^a 078-CE-2013, e pelo Conselho de Administração do Hospital de São Teotónio, Viseu, em 02.02.2015, tem um objetivo académico e com ele ambiciono contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem Forense em Portugal.

Por favor responda a todas as questões segundo as suas convicções e conhecimento científico/académico e/ou prático. **Não existem respostas erradas**. Este questionário é anónimo e confidencial, por isso peço que não assine o seu nome em nenhuma das secções do questionário.

Depois de responder ao questionário, coloque-o dentro do envelope.

Agradeço desde já o tempo que vai disponibilizar para a realização desta tarefa.

Para qualquer esclarecimento adicional contacte: investigacao.cgomes@gmail.com ou tlm (960020276)

Investigação desenvolvida sob a orientação do Professor Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves, Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) e do Professor Doutor Francisco Corte-Real Gonçalves, Subdiretor e Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Questionário sobre a Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

Instruções de preenchimento

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

Para cada **PROCEDIMENTO** (coluna central), coloque uma **cruz (x)** nas **colunas à esquerda** do quadro para indicar a **EXECUTABILIDADE** do procedimento, isto é, se no exercício da profissão de Enfermagem já executou ou não o procedimento descrito na coluna central. Se o procedimento não se aplica ao exercício da sua profissão no atual serviço coloque uma **cruz (x)** na coluna **Não se aplica**.

Para cada procedimento, coloque uma **cruz (x)** nas **colunas à direita** do quadro para indicar a sua percepção do **CONHECIMENTO** do procedimento, isto é, se desconhece, conhece vagamente ou conhece com rigor o procedimento descrito na coluna central.

Em resumo, para cada procedimento colocará duas cruzes (x), uma à esquerda e outra à direita.

Colunas à esquerda			Coluna central	Colunas à direita		
EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço.			

**Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por
Enfermeiros (QPVAVE)** (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

Dados sociodemográficos/académico/profissionais

1. Sexo

Masculino Feminino

2. Idade _____ (Anos)

3. Habilitação Académica

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

**3.a) Possui algum tipo de formação académica em Medicina Legal
e/ou Ciências Forenses?**

Sim Não

3.a.1) Se Sim, indique qual e denomine:

Pós-Graduação _____

Mestrado _____

4. Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro graduado

Enfermeiro Especialista

Especifique:

Enfermagem Comunitária

Enfermagem Médico-cirúrgica

Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

5. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem _____ (Anos)

**6. Tempo de exercício da profissão de Enfermagem em Serviço de Urgência
e/ou Emergência _____ (Anos)**

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

7. No seu atual serviço, indique com que frequência assiste vítimas de agressão voluntária ou involuntária:

Nunca	Poucas vezes (1 x mês)	Algumas vezes (1 x por semana)	Muitas vezes (3 x por semana)	Sempre (diariamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.a) Se assiste indique se no seu atual serviço existe algum protocolo que delinea a sua atuação:

Sim Não

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

GESTÃO DE VESTÍGIOS

Os procedimentos seguintes referem-se apenas à **gestão de vestígios**.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			1. Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima/agressor durante o transporte até ao Serviço de Urgência/Emergência.			
			2. Documentar o tipo de tratamento efetuado.			
			3. Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.			
			4. Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor usando a forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.			
			5. Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.			
			6. Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.			
			7. Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de ADN do agressor.			
			8. Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.			
			9. Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.			
			10. Consoante as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica	Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...	Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			11. Informar a vítima que deve evitar tocar na local do crime, incluindo esvaziar contentores de lixo ou puxar o autoclismo.			
			12. Colher os vestígios usando uma zaragatoa esterilizada e, se necessário, a ponta desta pode ser humedecida com água esterilizada, colocando-a em contacto com área da lesão e com a área circundante.			
			13. Proceder à raspagem das marcas de mordeduras, com uma zaragatoa, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.			
			14. Tirar fotografias às lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.			
			15. Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sémen e vomitado em contentores esterilizados com tampa ou em frascos coletores.			
			16. Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da colheita, assim como com o nome da pessoa que efetuou a colheita.			
			17. Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, devo embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar papel de marquesa, não sacudindo.			
			18. Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.			
			19. Documentar o que recolhi, o que fiz, e a quem entreguei.			
			20. Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada do Médico Legista para realizar o exame do local.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

AGRESSÃO SEXUAL

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a agressões sexuais.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma ou agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			21. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.			
			22. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.			
			23. Colher vestígios biológicos (para estudos de ADN) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.			
			24. Trabalhar o mais possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.			
			25. Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.			
			26. Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.			
			27. Usar luvas de látex limpas para colher cada vestígio.			
			28. Efetuar a colheita de zaragatoas em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.			
			29. Recorrer a uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na deteção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.			

LESÕES

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a lesões.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			30. Ter em conta que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.			
			31. Ter em conta que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.			
			32. Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.			
			33. Detetar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua colheita.			
			34. Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo e com diagramas/fotografias.			
			35. Documentar a localização de lesões resultantes de auto-defesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

ARMA BRANCA

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de arma branca.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			36. Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.			
			37. Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.			
			38. Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime.			
			39. Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.			
			40. Preservar a roupa da vítima intacta, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.			
			41. Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.			
			42. Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.			
			43. Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

ARMA DE FOGO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de arma de fogo.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma agressão física ou agressor em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			44. Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.			
			45. Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.			
			46. Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil.			
			47. Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo e colocá-los separadamente em sacos de papel.			
			48. Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.			
			49. Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante da deposição de resíduos de pólvora incombusta.			
			50. Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.			
			51. Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.			
			52. Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes.			
			53. Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.			
			54. Quando um padrão de lesão é detetado, documentá-lo/registá-lo antes de qualquer procedimento médico.			
			55. Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica.			
			56. Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em taças de metal.			
			57. Evitar lavar as balas e/ou projeteis.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)
(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

ACIDENTES DE VIAÇÃO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a vítimas de acidentes de viação.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de acidente de viação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			58. Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.			
			59. Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.			
			60. Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.			
			61. Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.			
			62. Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto			
			63. Ter sempre presente que a composição química do vidro do pára-brisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.			
			64. No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)
(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

INTOXICAÇÃO

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a **vítimas de intoxicação**.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima de uma intoxicação em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			65. Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.			
			66. Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefactos.			
			67. Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde administro o fármaco para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.			
			68. Preservar os vestígios eméticos.			
			69. Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada.			
			70. Obter o historial social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local.			
			71. Antes de administrar qualquer fármaco para a reanimação da vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registar.			
			72. Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo de salvamento e preservá-lo.			
			73. Colher e preservar amostras biológicas em contentores apropriados em tamanho e tipo.			

Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE)

(Gomes, Corte-Real & Chaves, 2014)

ASFIXIA

Os procedimentos seguintes referem-se apenas a **vítimas de asfixia**.

EXECUTABILIDADE			PROCEDIMENTO	PERCEÇÃO DE CONHECIMENTO		
Já executei	Nunca executei	Não se aplica		Desconhecia	Conhecia vagamente	Conhecia com rigor
			Quando em contacto com uma alegada vítima/agressor de asfixia em Serviço de Emergência e/ou Urgência devo...			
			74. Fotografar ou desenhar a forma do laço à volta do pescoço.			
			75. Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.			
			76. Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.			
			77. Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco de papel corretamente identificado.			
			78. Documentar as cores visualizadas no sulco do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.			
			79. Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.			
			80. Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocação facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.			
			81. Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.			
			82. Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.			
			83. Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.			
			84. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areias, lama, algas ou seres aquáticos.			
			85. Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.			
			86. Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.			

FIM

Muito Obrigada pelo seu contributo imprescindível.

Cristiana Gomes

Anexo I

Parecer favorável Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com Ref.^a 078-CE-2013.



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref.^a 078-CE-2013
Data 28/5/2013

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor
Prof. Doutor Armando Carvalho
Coordenador do Gabinete de Estudos
Avançados da FMUC

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. (ref.^a CE-081/2013)

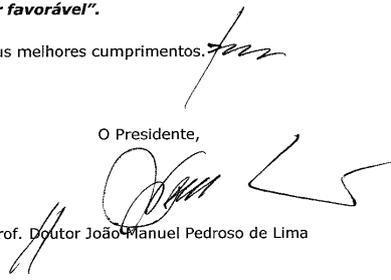
Candidato(a): Cristiana Isabel de Almeida Gomes

Título do Projecto: "A importância da preservação dos vestígios nos cuidados de enfermagem na assistência à vítima".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central
Avenida de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.ucp.pt | www.fmed.ucp.pt