

**“OS ENFERMEIROS E A PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS
PERANTE VÍTIMAS DE AGRESSÃO SEXUAL, NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA.”**

CRISTINA JOSÉ DIOGO CATANHO DA SILVA

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2010

CRISTINA JOSÉ DIOGO CATANHO DA SILVA

**“OS ENFERMEIROS E A PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS
PERANTE VÍTIMAS DE AGRESSÃO SEXUAL, NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA.”**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Medicina Legal submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Maria do
Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem
do Porto

Co-orientador – Mestre Albino Manuel
Marques Ferreira Gomes

Categoria – Professor Coordenador
Convidado

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem
São Francisco das Misericórdias

*«Sem instrução médico-legal nem haverá boa investigação criminal, nem
consciente ou sensata punição, nem se reprimirá convenientemente a
criminalidade.»*

Lopes Vieira

Resumo

Actualmente, os serviços de urgência são o palco de diversas situações relacionadas com a agressão e a violência. Como elementos activos de uma equipa multidisciplinar de saúde os enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro profissional com quem as vítimas de agressões sexuais se deparam e, por esta razão, devem estar sensibilizados para saber como prestar cuidados de enfermagem de forma a respeitar, não só os princípios clínicos da assistência, mas também a preservação de vestígios.

Os vestígios são vitais para o sucesso de uma investigação criminal, pois é através destes últimos que se torna possível provar a culpa ou a inocência de um determinado suspeito. Contudo, o estudo desses mesmos vestígios poderá ficar comprometido se a sua recolha e preservação não for devidamente salvaguardada, podendo levar à sua deterioração ou contaminação.

As preocupações de âmbito profissional, em relação aos procedimentos que envolvem a identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal, em vítimas de agressão sexual que recorram aos serviços de Urgência, formam a matriz deste estudo.

Assim, as principais finalidades da presente dissertação estão relacionadas com a necessidade de cooperar nos avanços do conhecimento dos enfermeiros no que concerne à Medicina Legal, e também com a necessidade de sensibilizar estes profissionais para as repercussões que as suas intervenções acarretam, perante casos clínicos em que se apliquem as questões da Justiça.

A abordagem metodológica escolhida insere-se no âmbito exploratório - descritivo. A população estudada foi constituída pelos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional nos Serviços de Urgência da Região Autónoma da Madeira, e foram aplicados questionários a 204 sujeitos. Foram obtidos 151 questionários, o que corresponde a 74,02% da população - alvo.

A grande maioria dos inquiridos considera que a preservação de vestígios e o registo de enfermagem em casos considerados como pertencentes ao foro forense é “Muito Importante” e que a identificação, recolha e preservação de vestígios em meio hospitalar contribui para a salvaguarda dos direitos das vítimas.

Referem possuir pouco contacto com vítimas de agressão sexual e consideram que, além da assistência clínica à vítima deste tipo de crime ser importante, a preservação de vestígios também assume uma consideração relevante.

A maioria dos enfermeiros participantes neste estudo concorda que as equipas de enfermagem devem de estar envolvidas nos casos clínicos do foro forense e que estas matérias não são delimitadas apenas à intervenção dos profissionais da Medicina Legal e da Polícia Judiciária. Por outro lado referem que a existência de um documento específico de consulta de procedimentos para situações de agressão sexual seria útil na abordagem destas situações.

Palavras – chave: Enfermagem Forense, recolha de vestígios, registos de enfermagem, agressão sexual, serviços de urgência.

Abstract

Nowadays, the emergency services are the stage of a variety of situations, related to aggression and violence. Since nurses are active members of a multidisciplinary team, these professionals are often the first ones to encounter the victims of a sexual assault. Due to this fact, nurses should be aware to provide nurse care and, at the same time, to respect the principles of clinical assistance and the principles of trace preservation.

Evidences are vital for the success of any criminal investigation, because it gives the possibility to prove the innocence (or the guilt) of a certain suspect. Nevertheless, evidence's investigation could be ruined if its collection and preservation isn't properly safeguarded, and this may lead to its deterioration and contamination.

Professional concerns, regarding the procedures that involves the identification, collection and preservation of medico-legal evidences presented in sexual assault victims (that entry in the emergency department), forms the matrix of the present investigation.

Thus, the main purposes of this dissertation are related with the need to cooperate in the improvement of the Portuguese nurse's knowledge (respecting Forensic Medicine), and with the need to sensitized these professionals to the repercussions that their actions lead to, when facing clinical cases which implies Law and Justice issues.

The current study is based on a descriptive - exploratory method, and data collection was obtained from questionnaires that were delivered on all active emergency services that exist in Madeira Island (Portugal), including the main one, located in Hospital Dr Nélio Mendonça facilities.

Respondents consisted of active nursing staff, which works in emergency services, and so 204 questionnaires were applied.

The sample consisted in 151 answers, from the questionnaires that were delivered. That result corresponds to 74,02% of the "target population".

The majority of the responders consider that trace preservation, and also nurse clinical notes, were "Very Important", regarding clinical cases with forensic implications.

The majority of the participants also considered that the identification, collection and preservation of evidence, in health care institutions, contribute to the protection of victim's rights.

Respondents also referred that they have little experience and contact with sexual assault victims, and although clinical assistance is a priority, trace evidence

preservation is also very relevant.

The majority of the participants agree that nurse teams should also be involved in clinical cases with medico-legal repercussions, and this kind of subject is not limited to medico-legal clinicians and law enforcements. On the other hand, respondents refers that the institution of a protocol (regarding nurse interventions in sexual assault cases) would be very helpful when dealing with this specific situation, in emergency departments facilities.

Key Words: Forensic Nursing, evidence collection, nurse clinical notes, sexual assault, emergency departments.

Agradecimentos

Um estudo de investigação representa algo mais do que um trabalho de cariz individual. É antes o resultado da colaboração de muitas pessoas que ajudaram a construir este trabalho, desde que este figurava apenas no meu imaginário, até hoje, em que o sonho se torna realidade.

A colaboração de pessoas únicas e especiais foi indispensável para que esta investigação chegasse a bom porto. Assim, gostaria de expressar a minha profunda gratidão:

Ao Prof. Dr. José Eduardo Lima Pinto da Costa, pela inspiração que a sua personalidade muito característica e singular infunde no estado de espírito dos seus alunos, e ainda pela sabedoria, humor e notoriedade que imprime nas suas conferências.

À Prof. Dr.^a Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa, pelo seu carisma, frontalidade, simpatia, compreensão, apoio e pela oportunidade que concede aos mais variados profissionais, das mais variadas ciências e artes, de participar nos seus programas formativos.

À minha orientadora, Prof. Dr.^a Maria do Céu Barbieri, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por ter acolhido o meu projecto, e por ter-me ajudado ao longo das etapas mais difíceis desta investigação. As nossas reuniões foram imprescindíveis para a concretização deste estudo, e os seus ensinamentos e observações foram de um contributo inestimável.

Ao meu co-orientador, Mestre Albino Manuel Gomes, pelo apoio e pela inspiração facultada, pela sua dedicação à Enfermagem Forense.

À Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, e ao seu Director, por ter acreditado no projecto da Enfermagem Forense.

À Andreia Sousa, do Departamento dos Recursos Humanos do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, que acreditou desde o início em mim e que me apoiou nos momentos mais decisivos, cooperando para que o meu pedido de autorização para frequência do Mestrado em Medicina Legal tivesse parecer positivo. Os meus sinceros agradecimentos pela sua simpatia e profissionalismo.

À Direcção Clínica do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, pela possibilidade concedida para frequência do Mestrado em Medicina Legal.

Ao Serviço de Neurocirurgia do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, ao corpo

clínico e aos meus colegas de profissão, em especial aos que acreditaram no meu projecto na área da Medicina Legal. A vossa amizade é importante, mesmo quando não entendiam muito bem o âmago social esta disciplina científica. Fico agradecida pelo vosso interesse, curiosidade e apoio.

Aos serviços de Urgência do SESARAM e a todos os colegas que participaram neste estudo o meu muito obrigado, pois sem vós a finalização do mesmo não seria possível

À Ana Isabel Homem de Gouveia, do Gabinete Médico-Legal do Funchal, pela amizade e pelas explicações. O teu entusiasmo pela Tanatologia é contagiante, a tua força e dedicação a esta causa são inspiradoras.

Aos colegas da Pós-Graduação em Ciências Médico-Legais e do Mestrado em Medicina Legal, pelos momentos marcantes, pelo conhecimento adquirido e pela boa disposição que caracterizaram a nossa turma. Um agradecimento muito particular para a Ângela Fernandes e Ana Beça, pelos bons momentos de estudo apoio e amizade; ao Mário, Carla, Ashley, Ana Luís e Lúcia Vales.

À Enf.^a Patrícia, do Serviço de Urgências Pediátricas do Hospital de São João, assim como aos seus colegas que participaram no pré-teste do questionário da presente investigação, pelo apoio e ajuda facultadas.

À Enf.^a Amélia, Chefe do Serviço de Neurocirurgia, e à Enf.^a Luísa, Chefe do Serviço de Urgência, ambas do Hospital Pedro Hispano, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

À Andreia Maria Freitas, do Centro de Saúde de São Vicente, pela espontaneidade e colaboração facultada na entrega dos questionários.

À Carolina Paulo, do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, pela amizade e cooperação dadas.

Ao Tiago Tomás, pela ajuda dada a nível informático, pelas dicas, simpatia a boa disposição.

.

Aos meus pais, pela força, vontade de vencer e inspiração.
À minha irmã, Joana, pelas confidências e pelo apoio incondicional.
Ao Ricardo, pelo amor... as palavras não são suficientes para transmitir todo o
meu reconhecimento e gratidão.

Siglas e Abreviaturas

ANA – American Nurses Association

APAV – Associação Portuguesa de Apoio a Vítima

APEEPH – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Emergência Pré Hospitalar

APFN - Associação Portuguesa das Famílias Numerosas

CPP – Código Penal Português

EDTA – Ácido etilenodiaminotetracético

ESEC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESEM – Escola Superior de Enfermagem da Madeira

ESEFSM – Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ESSL - Escola Superior de Saúde de Leiria

EU - União Europeia

EUA – Estados Unidos da América

FDUP - Faculdade de Direito da Universidade do Porto

FMUC - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUL - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FMUP- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

IAFN – International Association of Forensic Nurses

ICBAS- Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

INML - Instituto Nacional de Medicina Legal

ISCSEG - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

ISCSN- Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte

ISMAI - Instituto Superior da Maia

JORAM – Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira

KASAP - Kentucky Association of Sexual Assault Programs, Inc.

MAI - Ministério da Administração Interna

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCP - Partido Comunista Português

RAM – Região Autónoma da Madeira

SANE – Sexual Assault Nurse Examiner

SART – Sexual Assault Response Team

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SPSS – Statistical Package for the Social Science

SRAS – Serviço Regional Assuntos Sociais

SU – Serviço de Urgência

UP – Universidade do Porto

MSI – Ministério da Segurança Interna

Índice de Figuras

Figura 1 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros por faixas etárias.....	99
Figura 2 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros de acordo com o sexo.	99
Figura 3 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelas categorias profissionais.....	100
Figura 4 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício na profissão em anos.	100
Figura 5 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício no Serviço de Urgência em anos.....	101
Figura 6 - Gráfico da carga horária semanal.....	101
Figura 7 - Gráfico relativo a frequência das Habilitações académicas.	102
Figura 8 - Gráfico da percentagem da posse de uma Pós - Graduação. .	102
Figura 9 - Gráfico da distribuição da opinião dos enfermeiros acerca de questões colocadas em relação a procedimentos do foro forense e enquadramento legal dos crimes sexuais.....	105
Figura 10 - Gráfico dos elementos passíveis de serem considerados vestígios médico-legais.	109
Figura 11 - Gráfico da Distribuição da opinião dos Enfermeiros relativamente à realização do espólio da vítima de abuso sexual.	110
Figura 12 -Gráfico da distribuição da concepção dos enfermeiros em relação ao responsável pela realização do espólio da vítima.....	110

Índice de Quadros

Quadro 1 - Dados estatísticos relativos a idade dos enfermeiros participantes (anos).....	99
Quadro 2 - Grau de importância atribuído à preservação de vestígios e aos registos de enfermagem, em casos clínicos forenses.....	103
Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com a prestação de cuidados a vítimas de abuso sexual e consequente declaração às autoridades de investigação.	103
Quadro 4 - Questões formuladas para averiguação do conhecimento dos enfermeiros quanto a questões relacionadas com a Medicina Legal.....	104
Quadro 5 - Cursos Superiores, leccionados em Portugal, na área da Medicina Legal	137

Índice Geral

Introdução.....	16
1. A Fase Conceptual	20
1.1 Ciências Médico-Legais	20
1.1.1 Breve história das ciências forenses.....	20
1.1.2 A Medicina Legal.....	28
1.1.3 A Sexologia Médico-Legal.....	30
1.1.3.1 A violação sexual	31
1.1.3.2 O abuso sexual de menores.....	40
1.1.4 Os Vestígios.....	49
1.2 Enfermagem e Ciências Médico-legais	51
1.2.1 Breve história da Enfermagem Forense	55
1.2.2 Enfermeiros forenses: o exemplo americano.....	59
1.2.2.1 A identificação de vestígios	61
1.2.2.2 A cadeia de custódia	63
1.2.2.3 A documentação de vestígios	64
1.2.2.4 A preservação de vestígios	68
1.2.2.5 Vestígios relacionados com a violação sexual	70
1.2.3 Enfermagem Forense em Portugal	76
1.3 Enfermagem e Serviços de Urgência	77
1.3.1 Definição, objectivos e deveres dos serviços de Urgência....	77
1.3.2 Enfermagem no contexto das Urgências e Emergências	79
1.3.3 Breve descrição da organização dos serviços de Urgência do SESARAM.....	81
1.3.4 Aspectos médico-legais relacionados com os serviços de Urgência	83
2. A Fase Metodológica.....	88

2.1 Definição e concepção do estudo de investigação.....	88
2.1.1 Objectivo e justificação do estudo	89
2.1.2 Metodologia.....	90
2.1.3 Questão-partida	91
2.1.4 Questões de investigação.....	91
2.1.5 População e Amostra	92
2.1.6 Instrumento de recolha de dados	93
3. A Fase Empírica ou de Verificação	95
3.1 Comissão de Ética e autorização para a realização do estudo de investigação	95
3.2 Pré-teste	96
3.3 Colheita de dados	97
3.4 Tratamento Estatístico	97
3.4.1 Análise e interpretação dos resultados	98
3.4.2 Discussão dos resultados.....	111
4. Conclusões Finais	123
5. Bibliografia.....	128
Apêndice	136
Apêndice 1	137
Anexos	140
Anexo 1 - Conceitos Médico-Legais.	141
Anexo 2 – Questionário.....	147
Anexo 3 – Resposta ao pedido de autorização à Comissão de Ética do SESARAM para realização do estudo de Investigação.....	153
Anexo 4 – Dados estatísticos referentes a entradas nas Urgências Hospitalares e Centros de Saúde do SESARAM, com o motivo de entrada “Abuso sexual”. no período compreendido entre 2000 e Maio de 2010.	154

Introdução

Os meios de comunicação, essencialmente as séries televisivas, impulsionaram o mundo forense para as luzes da ribalta promovendo o interesse nas ciências médico-legais, quer por motivos meramente lúdicos, quer por motivos profissionais ou académicos.

Contudo, a Medicina Legal e toda a sua envolvência não se cinge meramente às concepções transmitidas pelos meios audiovisuais; é um mundo muito vasto e complexo, que envolve várias áreas do conhecimento científico e jurídico.

As suas origens remontam a civilizações tão antigas como a egípcia, romana ou chinesa. Assim, desde as mais antigas comunidades, os mais variados agentes judiciais, forças policiais e profissionais de saúde se preocuparam em findar com a violência e em comprovar a culpa ou a inocência de um determinado indivíduo.

Cada profissional tem, actualmente, o seu próprio papel a desempenhar na prossecução de um dos princípios e ideais mais nobres da Humanidade: a Justiça.

Um utente que se dirija aos serviços de saúde, não está a pensar em consequências médico-legais, apenas procura tratamentos e cuidados. Mas... e se o caso clínico rumar para as vias jurídicas? E se o enfermeiro for intimado a prestar declarações, para esclarecer o “porquê” de não ter assegurado a protecção de eventuais vestígios? E se for intimado a depor para explicar algum detalhe acerca das notas de enfermagem que configuram o processo clínico? Estas questões formam exemplos de alguns caminhos que a Enfermagem actualmente percorre, e que envolvem o Direito, a Justiça e as ciências forenses.

Assim, o estreito relacionamento existente entre a Enfermagem e as disciplinas supracitadas constituiu o ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo.

A Enfermagem e a sua interligação às ciências médico-legais foi colocada em evidência partir dos estudos efectuados nos Estados Unidos da América nos anos 70, 80 e 90 do século XX e, desde então, a sua repercussão estendeu-se a países como o Canadá, Inglaterra, Austrália e países do norte da Europa. No entanto, reivindica-se que as primeiras ligações entre as ciências de enfermagem e as ciências médico-legais surgiram quando, no século XVIII, as parteiras eram intimadas, pelos tribunais, a dar o seu parecer sobre assuntos relacionados com

gravidez, virgindade e violação sexual (Riviello, 2010).

Nos países anteriormente referidos, a actuação 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 objectivos neste campo de acção; a implementação de intervenções de enfermagem e ainda a avaliação constante dos resultados obtidos.

Uma das primeiras investigadoras a estudar de forma sistemática o impacto de uma agressão sexual foi a Enf.^a Ann Burgess, em 1974, que é considerada uma das pioneiras no desenvolvimento de uma resposta adequada, por parte dos sistemas de saúde, às vítimas deste crime (Pinto da Costa, 2003; Lynch, 2006; Ledray, 2008).

Actualmente, os serviços de urgência são o palco que acolhe diversas situações relacionadas com a agressão e a violência. Como elementos activos de uma equipa multidisciplinar de saúde, os enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro profissional com quem as vítimas e os perpetradores se deparam quando se dirigem, por exemplo, a uma instituição hospitalar.

Assim, os profissionais dos serviços de urgência, por serem as típicas profissões não forenses que se podem deparar com vítimas de agressões sexuais, devem estar sensibilizados para saber quando deverão tratar a vítima de forma a respeitar simultaneamente os seus códigos deontológicos, os princípios médico-legais e ainda a preservação de vestígios (Vales da Silva, 2009).

Os vestígios são vitais para o sucesso de uma investigação, pois podem contribuir para a descoberta de uma solução que conduza à resolução dos processos-crime. A investigação criminal procura a descoberta da verdade, com vista à perseguição penal dos agentes do crime, e o estudo dos vestígios é decisivo para provar a culpa ou a inocência de um determinado suspeito (Galvão da Silva, 2006).

No campo de acção de uma investigação de agressão sexual, é fundamental pesquisar os vestígios deixados no corpo ou nas peças de vestuário da vítima (Pinheiro, 2008).

No entanto, o estudo desses mesmos vestígios poderá ficar comprometido se, por exemplo, a sua recolha e preservação não for devidamente acautelada, podendo levar à sua deterioração ou contaminação (Galvão da Silva, 2006).

Os estudos portugueses de enfermagem sobre a recolha de vestígios a

vítimas de agressões sexuais são praticamente inexistentes, pois a pesquisa bibliográfica revelou existir uma lacuna a este respeito.

Desta forma, a presente pesquisa justifica-se pela sua pertinência e actualidade, pois é crucial colaborar nos avanços do conhecimento dos enfermeiros acerca das ciências médico-legais com o propósito de sensibilizar os profissionais desta classe para a importância da temática deste estudo.

Assim, pretende-se que este trabalho contribua para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros perante vítimas de agressão sexual, no sentido de cooperar, com as suas acções, na investigação cível e criminal.

A Enfermagem Forense não é uma utopia, muito menos uma tentativa de criar uma nova moda. É, sobretudo, uma vertente muito importante de qualquer sistema de saúde, e um colaborador relevante do sistema judicial, mas que está ainda pouco divulgada no nosso país.

Os que subestimam a ligação entre esta profissão e o mundo forense poderão argumentar que as ciências médico-legais em nada se relacionam com a Enfermagem, e que os casos forenses apenas dizem respeito às forças policiais, elementos judiciais, técnicos e médicos dos gabinetes e institutos médico-legais.

No entanto, ressalva-se que a própria Ordem dos Enfermeiros preconiza, no Código Deontológico do Enfermeiro, nos Artigos 78.º, 79.º, 80º, 81º e 82º, que as intervenções de enfermagem deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e devem assegurar, na sua relação profissional, a igualdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, o respeito pelos direitos humanos, o bem da comunidade, a defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, a excelência do exercício e a competência profissional (OE, 2009).

Na presente dissertação irá proceder-se, inicialmente, ao enquadramento conceptual do estudo, abordando-se temas como a Medicinal Legal, a Sexologia Forense, a violação sexual e o abuso sexual, com respectivas reflexões sobre alguns aspectos legais acerca destas temáticas. Seguidamente é abordado o tema da recolha de vestígios, e ainda a Enfermagem no âmbito dos serviços de urgência. Ainda dentro do enquadramento teórico, será efectuada uma alusão ao contexto de trabalho dos enfermeiros forenses dos EUA.

Posteriormente serão apresentados os objectivos do estudo, a metodologia empregue, as questões de investigação formuladas e ainda a população estudada.

Por fim, irá proceder-se à exposição, análise e discussão dos resultados,

com consequente apresentação das conclusões aferidas e considerações acerca do impacto deste estudo.

Espera-se, então, que o estudo que se apresenta em seguida contribua para uma reflexão acerca do paradigma actual das intervenções de enfermagem, e que auxilie na procura de ganhos para a saúde das pessoas, que vivem nessa demanda incessante pela coexistência em harmonia.

1. A Fase Conceptual

Na primeira parte da presente tese, pretende-se analisar e trabalhar a ideia mentora da investigação. Segundo Fortin (1999), esta ideia poderá resultar a partir de uma observação pessoal, da revisão literária, de um conceito, ou até de uma preocupação pessoal em relação a um domínio particular.

Aspira-se, então, que o domínio da presente investigação seja bem delimitado, de forma a justificar a pertinência da mesma, em termos académicos e profissionais.

O quadro conceptual, que seguidamente se apresenta, emana de conceitos e definições ainda não plenamente articuladas entre si, quer ao nível das temáticas escolares mais clássicas das ciências da saúde e do Direito, quer ao nível da praxis.

Assim, os temas principais que serão abordados nesta primeira parte do trabalho relacionam-se com a Medicina Legal, a Sexologia Forense, os crimes relacionados com a liberdade e autodeterminação sexual, a Enfermagem no âmbito dos serviços de Urgência e ainda a recolha de vestígios no contexto anteriormente referido.

1.1 Ciências Médico-Legais

1.1.1 Breve história das ciências forenses

Segundo Roland (2008), no seio das ciências forenses, costuma afirmar-se que “O santo padroeiro das ciências forenses é São Tomé” devido à sua famosa declaração, imortalizada através dos textos bíblicos: *«Se eu não vir o sinal dos cravos em suas mãos, e não puser o dedo no lugar dos cravos, e não puser a minha mão no seu lado, de maneira nenhuma O creerei.»* (João, 20:25). Nesta obra de referência da Humanidade apresenta-se, num breve versículo, uma das primeiras referências históricas à necessidade de alguém carecer de uma “prova” para confirmar algo ou alguma suspeita.

O “sentido de justiça” exige uma maneira de se comprovar a culpa ou a inocência do julgado, e para que tal seja possível, a evolução das ciências forenses contribuiu de forma muito relevante, desde os tempos da Antiguidade, até à nossa era (Roland, 2008).

Os problemas da delinquência e da criminalidade, bem como o combate dos mesmos, foram objectos de estudo que preocuparam diversos autores, e este interesse encontra-se presente em obras de literatura e filosofia.

Não obstante, não se pode afirmar que subsistia, nessas épocas, uma ciência, pois para tal seria de primordial importância que existisse uma investigação séria, com colheita de dados de forma sistemática e através de experiências fidedignas (Maldonado, 1960).

Antigas Civilizações

Nas civilizações mais antigas a que temos acesso histórico, os povos tinham uma legislação com escassa regulamentação. Contudo, é possível fazer referência a algumas sociedades mais diferenciadas e evoluídas, que já possuíam alguma preocupação em relação às questões judiciais.

Na cultura Mesopotâmica e Babilónica, o «Código de Hammurabi», do século XVIII a.C., é um dos exemplos, assim como as práticas médicas, tanatológicas e jurídicas do Egipto antigo, que continham alguns traços da Medicina Forense, relativos principalmente à virgindade, à violação sexual, ao homicídio, às lesões corporais e aos problemas de ordem moral, com forte cariz religioso. (Calabuig, 2004). É também do antigo Egipto que provém a história de umas das primeiras figuras célebres a ter responsabilidade médico-legal: Imhotep, Grão-Vizir, arquitecto, chefe de justiça e médico pessoal do Faraó Zoser, que reinou entre 2668 e 2649 a.C. (Gunn, 2009).

Cultura Hindu

O foco da lei hindu, na Índia, era respeitante à valorização das lesões corporais e a sua relação directa com o castigo que deveria sofrer o autor da mesma. A título de exemplo a pena para o adultério era a amputação do nariz. Este acto teve, apesar de tudo, uma importante repercussão nas modernas técnicas de cirurgia plástica, no que concerne às rinoplastias. (Calabuig, 2004).

Cultura Clássica Grega

Na era dourada do pensamento filosófico da Grécia antiga, a lenda de Arquimedes, eternizada a partir da expressão “Eureka” pode ser considerada

como uma das primeiras alusões à análise forense. Através do exame dos princípios físicos do deslocamento da água e da densidade dos corpos, Arquimedes (287 - 212 a.C.) foi capaz de “provar” que a coroa encomendada a um ourives, pelo Rei Hierão de Siracusa, não era feita de ouro (Lello Universal, 1980).

Na cultura grega destaca-se, ainda, o foco dado à Ética e à Deontologia, relacionados com a profissão médica, que perduram ainda no quotidiano, tendo como uma das suas expressões máximas o juramento de Hipócrates.

Cultura Clássica Romana

Na história europeia, no período romano, pode-se encontrar uma das primeiras menções em relação à aplicação de conhecimentos médicos às questões legais. Na época da “*res publica*” 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 (Lello Universal, 1980; Roland, 2008).

Nesta era destaca-se, ainda, as referências legislativas referentes a “*lex talionis*”, ou seja, olho por olho, dente por dente; a reparação das lesões corporais (*lex aquilia*) e ainda as referências legislativas que restringiam o uso de venenos (*lex cornelia de sicariis et veneficiis*) (Calabuig, 2004).

Idade Média

Uma das primeiras referências literárias que as sociedades usufruem acerca da detecção forense, data da Idade Média: um livro chinês, *Hsi Duam Yu* (em português “A abolição de um erro”), datado de 1248. Nesta obra é feita a descrição das marcas e ferimentos distintos que poderiam ajudar a distinguir entre afogamento e estrangulamento, e auxiliar a determinar se a morte de um determinado indivíduo fora acidental ou não (Roland, 2008).

No mundo ocidental, as ciências forenses eram ainda incipientes. Nomes notáveis da Medicina, como Fortunato Fidelis e Paolo Zacchia, ambos cirurgiões italianos, fundaram as bases da patologia moderna. Os seus principais contributos para este universo foram na área das alterações corporais anatómicas que o corpo comporta, quando acometido por uma doença.

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 Fragoso, 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 (Calabuig, 2004).

Não se pode deixar de mencionar os grandes nomes que tiveram, e ainda têm influência nas ciências forenses, nos séculos que se seguiram às experiências e descobertas anteriormente relatadas: Thomas Bewick, Mathiew Orfila, John Evangelist Purkinji, William Nichol, Leuchs, Henry Goddard, James Marsh, Jean Servais Stas, Maddox, Schönbein, Thomas Taylor, Rudolph Virchow, Alphonse Bertillon, Alexandre Lacassagne, Karl Landsteiner, Sir Edward Richard Henry, Edmund Locard, Albert S. Osborne, Victor Balthazard, entre muitos outros exemplos, moldaram e deram corpo a variados estudos cujos contributos são inestimáveis nas áreas relacionadas com a Dactiloscopia, Biologia Celular, técnicas laboratoriais, Balística, Toxicologia, identificação forense, Antropologia Física, entre outras (Lello Universal 1980; Calabuig, 2004; Roland, 2008).

Idade Moderna

Neste período da História Universal, a investigação virou-se para os fenómenos naturalísticos, químicos, físicos e psíquicos relacionados com os crimes. Desta forma, e à medida que as diversas ciências se foram desenvolvendo e aumentando o seu leque de conhecimento, unificaram-se, por volta do século XIX e, desta forma, contribuíram para dar origem a uma nova ciência – a Criminologia. (Roland, 2008).

Portugal não deixou de participar, em maior ou menor grau, neste movimento mundial, relacionado com o desenvolvimento e impulsão das ciências forenses. As investigações na área da Medicina, Antropologia, Biologia e também da Pedagogia e Filosofia nos meios académicos e profissionais portugueses auxiliaram na codificação da legislação criminal, bem como na reforma dos serviços prisionais e médico-legais.

No final do período da Idade Moderna, ou do período da Renascença na Europa, fortemente marcado por correntes filosóficas humanistas e naturalistas,

destacam-se nomes como Melo Freire e Pereira e Sousa.

Melo Freire organizou e publicou, em 1789, um código de Direito Penal; por seu turno, Pereira e Sousa desenvolveu normas respeitantes à prevenção criminal com base numa filosofia de tendência socialista (Maldonado, 1960).

Idade Contemporânea

A partir da Revolução Francesa, marco importante desta etapa da história, que é influenciada pela corrente filosófica *iluminista*, evidencia-se o desenvolvimento e consolidação do capitalismo no ocidente e também as disputas das grandes potências europeias por territórios, matérias-primas e mercados consumidores.

Nessa altura, Ayres de Gouvêa, Bispo Português, publica, em 1860, uma obra que alerta para a necessidade de se instituir uma reforma no sistema prisional devido à falta de humanismo cujos delinquentes eram sujeitos.

Com base no Iluminismo (que elevava a importância da *razão*) começam a surgir correntes fisionómicas, frenológicas e da psique degenerativa, vindas das escolas italianas, francesas e alemãs, que influenciaram estudiosos como Cesare Lombroso, Lavater, Casper, Gall (entre outros) que desenvolveram as suas teorias na tentativa de atribuir uma causa para o comportamento do delinquente e suas características físicas, com base nas matérias supracitadas (Maldonado, 1960; Lello Universal 1980).

Esta influência estendeu-se até o nosso país e desta forma Basílio Freire, médico, publica em 1886 uma obra baseada na sua tese de doutoramento, com raízes na antropologia e psicopatologia. Intitulou-a de «*Os Degenerados*». Em 1899 publica «*Os Criminosos*» (Maldonado, 1960).

Júlio de Matos, médico e Director do Manicómio de Conde de Ferreira e membro do Conselho Médico-Legal do Porto, é um legítimo representante destas doutrinas, especialmente da corrente italiana. Em 1894 traduz para a nossa língua a obra de Garófalo titulada «*Criminologia*», e deixa um precioso legado no campo da psiquiatria aplicada à Criminologia, entre as quais se destaca «*A Paranóia*» e «*Os Alienados perante o Tribunal*» (Maldonado, 1960; Lello Universal, 1980).

A esta voz, junta-se-lhe ainda a de Miguel de Bombarda, através de publicações de obras como «*Lições sobre Epilepsia e Pseudo-Epilepsia*», que contribuem na divulgação da problemática da psiquiatria e a sua relação com a

criminalidade (Maldonado, 1960; Lello Universal, 1980).

Todavia existiam no nosso país muitas vozes discordantes destas correntes largamente dispersas por vários países na Europa, especialmente os que possuíam uma génese grego-latina. Estas vozes discordantes eram adeptas de uma outra doutrina que surgiu em Bruxelas, por volta de 1892, que se concentrava na psique do criminoso (Maldonado, 1960).

Um desses exemplos foi Francisco de Ferraz de Macedo, que no Congresso de Antropologia Criminal de Paris critica ferozmente as ideias de Lombroso, pois não aceitava que os criminosos tivessem características anatómicas especiais exclusivas. Para comprovar esta ideia, empreende e divulga os resultados de um estudo com 1000 crânios de portugueses. Graças a esta figura, o nosso povo foi alvo de um minucioso estudo antropológico (Maldonado, 1960).

Destaca-se, ainda, os rasgados elogios atribuídos por Henry Joly, na abertura do curso de Direito na Universidade de Paris, citando o nosso país como uma das nações mais adiantadas no estudo acerca da pedagogia no ambiente penitenciário e da psicologia criminal. Este desenvolvimento foi amparado pela obra de Manuel António Ferreira Deusdado, professor de Psicologia aplicada à Educação (Maldonado, 1960).

Franz Liszt foi um dos primeiros estudiosos a cogitar na ideia que poderia existir uma influência relativa de factores biológicos, psíquicos e ambientais, aliados à actividade delinquente. No nosso país, foi o Prof. Caeiro Mata quem mais cedo perfilhou esta ideia entendida como sendo eclética, e que levaram Mendes Corrêa, regente da cadeira de Antropologia da Faculdade de Ciências da Academia do Porto a editar uma obra que se intitulava «*Os Criminosos Portugueses*», onde relacionava aspectos como a morfologia, emotividade, senso moral, nível de instrução e de inteligência de centenas de reclusos da Cadeia da Relação. A obra teve um sucesso considerável e conheceu uma segunda edição em 1914 (Maldonado, 1960).

Destaca-se, ainda nessa época, a obra de Sobral Cid, professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Academia de Coimbra que, à frente da disciplina de clínica psiquiátrica, empreende uma série de estudos de casos patológicos relacionados com a criminalidade, e chega a publicar a obra «*Psicopatologia Criminal*» (Maldonado, 1960).

Após a I Guerra Mundial, a investigação criminal na Europa e no Mundo comporta um notável desenvolvimento, moldando-se a novos estudos, métodos científicos, invenções tecnológicas e orientações filosóficas. Começa-se, então, a

dar grande ênfase a correntes de Psicologia tal como a Psicanálise, a factores hereditários e relevância das glândulas endócrinas no organismo, graças aos estudos e avanços no campo da Biologia e Medicina. Portugal não foi alheio a estas mutações, e assim, estes acontecimentos impulsionaram o crescimento de um novo ramo da Medicina Legal – a Medicina Social – através da sua estreita relação com os aspectos jurídicos das leis ditas sociais, nas quais as intervenções médicas tiveram uma grande significância, nomeadamente no que concerne à batalha empreendida contra a sífilis, tuberculose, alcoolismo, bem como à criminalidade sexual (Maldonado, 1960).

Neste período sobressaem, em Portugal, nomes como Asdrúbal de Aguiar, João Pereira de Azevedo Neves e ainda Fernando Almeida Ribeiro (Maldonado, 1960).

No período anterior à II Guerra Mundial, foi reconhecida a necessidade de se introduzir a Criminologia como complemento científico nas faculdades de Direito e organizou-se, em paralelo, leis que tentavam organizar os Institutos de Criminologia do país, das quais se exemplifica o Decreto nº 26 156, de 26 de Dezembro de 1935 (Maldonado, 1960).

A partir deste período, Portugal foi acompanhando as mudanças que se operavam nas ciências forenses e hoje em dia é possível encontrar, no quotidiano dos mais variados agentes policiais, judiciais e laboratoriais, o emprego de modernas técnicas, ligadas às ciências associadas a esta doutrina, como é o caso da Balística, da Lofoscopia, da Dactiloscopia da fotografia digital, da Biologia Molecular, da Genética, entre outras.

Presentemente...

Em Portugal, o recurso às várias ciências e doutrinas que compõe o universo do conhecimento forense passou da excepção à regra em poucas décadas (Branco, 2010).

Como exemplo desta evolução, poder-se-á referir que os exames forenses eram situações raras no nosso país e, em meio século, passaram a constituir uma «*realidade de massa*».(Branco, 2010).

É possível encontrar, através de uma revisão da literatura relacionada com esta área, inúmeros trabalhos académicos, de componente teórica e profissional, efectuada pelos mais diversos profissionais do nosso país, o que demonstra que as ciências forenses e a Medicina Legal se encontram em permanente evolução,

pesquisa e consequente actualização em Portugal.

Existe, igualmente, uma maior procura em termos de formação académica, na área da Criminologia, do Direito Médico e da Medicina Legal, que se traduz nos mais diversos cursos pré e pós graduados que têm surgido nas faculdades de Direito e nas faculdades de Medicina (ver Apêndice I).

Provavelmente, o aumento no número de pedidos de exames periciais, denotada nos laboratórios da Polícia Científica e INML, reflectem o incremento das actividades universitárias, da investigação e da divulgação supracitadas.

Para além do que foi descrito, e reportando-se a um panorama mais global da evolução das ciências forenses, estas deixaram de ser apenas do domínio dos técnicos de laboratório, médicos, cientistas, criminalistas, agentes policiais e juristas em que os enfermeiros eram excluídos, para passarem a fazer parte, igualmente, do seu léxico e da sua prática (Pyrek, 2006).

Embora esta exclusão não fosse intencional, a inserção dos enfermeiros não foi entendida como sendo uma prioridade, nem foi compreendida ou desejada como tal pela grande maioria dos profissionais de Medicina Legal. Tradicionalmente os enfermeiros têm sido responsáveis pela observação, avaliação, elaboração e implementação de diagnósticos e acções de enfermagem, dentro das suas competências legais. Pode-se afirmar que a percepção do papel dos enfermeiros, por parte dos utentes e restantes profissionais de saúde, não se enquadra com o perfil de investigador de alegados actos criminosos (Pyrek, 2006).

Frequentemente são os enfermeiros os primeiros profissionais a contactar com os utentes que se dirigem aos mais variados serviços de saúde (Pyrek, 2006), e de uma forma muito particular, aos serviços de Urgência (Sheehy, 2001; Marques da Silva, 2010).

Assim que o enfermeiro inicia as suas notas, estas tornam-se parte do processo clínico, logo poderão ser alvo de um processo médico-legal. Geralmente é o enfermeiro o primeiro a observar, avaliar, a implementar cuidados e intervenções no que concerne a ferimentos e lesões, alterações físicas, traumas, bem como procede ao registo de sinais observados e sintomas manifestados, estado emocional e motivo de recurso aos serviços de saúde (Sheehy, 2001; Pyrek, 2006; Marques da Silva, 2010).

Alguns profissionais de saúde começaram a interrogar-se acerca das circunstâncias que causaram o distanciamento entre as forças policiais, o sistema judicial e os sistemas de saúde. A resposta obtida foi relativamente simples: estes

sistemas estavam e estão entrelaçados, contudo os sistemas de saúde precisam de compreender o seu próprio papel nesta área, para então reivindicar o seu legado forense, de forma a almejar uma participação mais plena, interactiva e multidimensional nesta área (Pyrek, 2006).

Prevê-se, então, que em Portugal, as ciências médico-legais sejam disciplinas em expansão e desenvolvimento contínuo, e afigura-se que a Enfermagem se assumirá como uma importante ciência e profissão que em muito contribuirá e auxiliará o universo forense, na sua busca constante pela prossecução da Justiça.

1.1.2 A Medicina Legal

A Medicina Legal é parte integrante das denominadas disciplinas médico-sociais, uma vez que o seu objectivo transcende o Homem, em termos individuais, para se debruçar num contexto mais amplo, de cariz social: a comunidade e a nação onde esta se insere.

A Medicina Legal ocupa-se de questões médicas que interessam à Saúde dos homens que se reúnem em sociedade, e tem repercussões políticas, cíveis e legais.

A Medicina Legal (ou ainda a designada Medicina Judicial ou Medicina Forense), nasceu em conjunto com as questões e exigências da Justiça, e ocupa-se dos problemas médicos que interessam à saúde dos Homens que se reúnem em sociedade. Tem repercussões não só legais, mas também cíveis e políticas (Calabuig, 2004).

A Medicina Legal, na sua concepção, conhecimento e aplicação clássica, é análoga à Medicina Forense; apesar do que foi descrito anteriormente, são diferentes no seu campo de acção. De forma simplificada poder-se-á referir que a Medicina Forense se encontra relacionada com as perícias efectuadas em sede judicial, e a Medicina Legal confronta os problemas que rodeiam o Direito, contribuindo para o aperfeiçoamento das normas jurídicas e para a resolução dos litígios e controvérsias sociais (Calabuig, 2004).

A Medicina Legal afigura-se como um auxiliar insubstituível da Justiça, sem a qual esta última não pode ser correctamente aplicada. Não é possível, tendo em conta as limitações da erudição humana, que um magistrado possa ter conhecimento sobre todas as questões relacionadas com a Medicina sob uma

perspectiva biomédica e ético-social. Assim, o juiz procura a colaboração de todos os profissionais que o podem assistir e auxiliar, de acordo com a sua especialidade, na busca da verdade que o progresso da ciência colocou ao dispor da Humanidade (Calabuig, 2004).

Os campos de acção da Medicina Legal incluem a lei criminal, a lei cível, a lei laboral e ainda a lei administrativa, sempre que nestas estejam implícitos assuntos de ordem biomédica. É, então, uma disciplina essencialmente médica, se bem que não de forma completamente exclusiva (Calabuig, 2004).

A Medicina Legal não tem como competência a cura de uma determinada doença, mas cabe a esta disciplina estudar, investigar e opinar sobre determinada terapêutica em caso de responsabilidade médica. Serve-se de muitas ciências, tal como a Física e a Química, para elaborar hipóteses ou conclusões nas suas pesquisas (Pinto da Costa, 2004).

De entre as mais variadas dimensões desta disciplina, segundo o Prof. J. Pinto da Costa (2004), evidencia-se o papel da Tanatologia, que se dedica ao estudo e realização das autópsias médico-legais e das questões relacionadas com a data da morte. Empenha-se, igualmente, na compreensão dos fenómenos cadavéricos e com a realização das inumações e das exumações. Efectua, ainda, pesquisas acerca dos actos de infanticídio, suicídio, homicídio e dos actos que culminam com a morte devido a acidentes. Dedicar-se, também, ao estudo acerca da morte cerebral, dos sinais da morte e com os conceitos de morte.

Em relação a outra dimensão da Medicina Legal, nomeadamente a Clínica Médico-Legal, sobressaem aqueles aspectos relacionados com o exame de danos corporais (como por exemplo as ofensas e agressões), os acidentes de trabalho, traumatologia, sexologia (onde se sobressaem os problemas relacionados com as violações sexuais, os problemas médico-legais relacionados com a gravidez, parto, esterilidade, esterilização e procriação artificial) (Pinto da Costa, 2004).

A Biologia Forense é outra das vertentes da Medicina Legal e, através da Hematologia e da Genética, é possível investigar a filiação pelos grupos sanguíneos e outros marcadores genéticos, os quais permitem obter valores de probabilidade relacionada com a paternidade superiores a 99,98%. Por outro lado a Biologia Forense permite o estudo do DNA existente nos cabelos, sangue, sêmen e outros espécimes biológicos que atribuem a individualidade certa de cada pessoa (Pinto da Costa, 2004).

Em relação à Criminalística, destaca-se a pesquisa e o exame do local do crime, a recolha e preservação de vestígios (tais como impressões digitais,

manchas de sangue, projecteis de armas de fogo, pêlos, fibras, entre outros), cujos estudos laboratoriais poderão levar à descoberta de criminosos (Pinto da Costa, 2004).

A Toxicologia é outra dimensão importante da Medicina Legal; é muito complexa pois os meios tecnológicos que actualmente a sociedade dispõe colocam em perigo as populações através dos venenos e toxinas disponíveis. Assim, o estudo da dependência do álcool e de outras substâncias de abuso, o “doping”, as substâncias tóxicas existentes na alimentação, os venenos (tais como o arsénio ou chumbo), os gases letais (tal como o monóxido de carbono), a cadeia alimentar deteriorada pelas toxinas, o perigo de uma ameaça terrorista bioquímica são questões que merecem toda a atenção dos que se dedicam à investigação da mesma (Pinto da Costa, 2004).

A Medicina Legal possui muitas faces, das quais ainda se destacam a Polícia Científica, a Antropologia, a Odontologia, o Direito Médico, a Psiquiatria, a Psicologia, a Etologia, a Radioactividade, entre outras. É um mundo vasto, rico em questões apaixonantes. Trata-se de uma disciplina *«(...)eminentemente social, pois contribui para a promoção da saúde das populações»* (Pinto da Costa, 2004:9).

1.1.3 A Sexologia Médico-Legal

Esta disciplina, homónima da Sexologia Forense, é uma das dimensões da Medicina Legal, que relaciona conhecimentos médicos e biológicos às questões e problemas relacionados com a sexualidade humana, entre as quais se destacam: a reprodução humana, a manipulação genética, a reprodução medicamente assistida, a intersexualidade, a transexualidade, os distúrbios sexuais e ainda as agressões sexuais, isto é, os delitos contra a liberdade e autodeterminação sexual (Calabuig, 2004).

A sexualidade humana assume diferentes formas ao longo dos tempos, e os comportamentos sexuais que são entendidos como socialmente aceites variam de acordo com os valores que regem determinada cultura (Antunes, 2007).

A sexualidade humana deveria ser vivida na sua plenitude, de forma harmoniosa e com autonomia pessoal, expressa através do consentimento. Contudo, e não raras vezes, praticam-se infracções a esta componente tão importante do ser humano, expressas em comportamentos que vão desde o

exibicionismo, à pedofilia, ao lenocínio, à agressão, entre outros (Calabuig, 2004).

A agressão sexual consiste na existência de uma relação de carácter sexual não consentida, e que é atingida por meio de intimidação, coação ou violência. É uma acção delinquente e punível legalmente e que possui um grande relevo, a nível social e médico-legal, quer pelas consequências psico-fisiológicas que acarreta, quer pela influência que exerce a nível de medidas jurídicas, de segurança e de protecção à vítima (Calabuig, 2004).

Assim, o estudo, a compreensão e o rumo da Sexologia Forense só é atingível perante o conceito oficial da sexualidade e dos elementos que a compõe, tendo em conta as orientações filosóficas e culturais de uma determinada comunidade (Pinto da Costa, 2004).

Por conseguinte, apresentar-se-á, nos subcapítulos ulteriores, as definições das agressões sexuais, nomeadamente da violação sexual e do abuso sexual, uma vez que são o tema central do presente estudo.

1.1.3.1 A violação sexual

A violação sexual é um fenómeno que não distingue as suas vítimas. Poderá ocorrer a todos os indivíduos, independentemente das suas origens, do seu género, da sua cor, da sua religião, da sua tendência política, dos seus gostos.

O Homem é um ser em constante conflito (pessoal, familiar, social e intelectual). Pese embora muitos conflitos interiores tenham sido a “catapulta” para a evolução do pensamento e do intelecto nas mais variadas áreas da vivência humana, muitos conflitos exteriores deixaram um legado de dor, sofrimento e destruição, que ainda hoje perduram em muitas sociedades.

Analizando os Direitos do Homem (quer através da Declaração Universal dos Direitos do Homem, das Nações Unidas (ONU, 1948), quer através da Carta dos Direitos Fundamentais, da União Europeia (EU 2009), facilmente se depreende que houve e continua a haver a preocupação em colocar o Homem no centro das acções que pretendem criar espaços de liberdade, segurança e justiça para todos. O Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, datada de 1948, preconiza que *«Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (...) devem agir uns para os outros em espírito de*

fraternidade». Já o Artigo 3º proclama que «*Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*». O Artigo 5º declara ainda que: «*Ninguém será submetido (...) tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes*».

Contudo, tal não acontece como se desejaria. O desconhecimento e, não raras vezes, o desprezo pelos direitos do Homem originaram e ainda originam actos classificados (de uma forma individual e particular) como inumanos, que agitam o âmago de qualquer pessoa que respeite o seu próximo. Tendo em conta o que foi descrito nos parágrafos anteriores, facilmente se depreende que a violação sexual é um claro afronto aos Direitos do Homem.

Código Penal Português

O Código Penal Português revela no Capítulo V (Dos Crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual), Secção I (Crimes contra a liberdade sexual), Artigo 164º (Violação) o seguinte:

Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa:

- A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou

- A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão de três a dez anos.

Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa:

- A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou

- A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos; é punido com pena de prisão até três anos.

As penas previstas para o artigo 164.º são agravadas se a vítima for ascendente, descendente, adoptante, adoptado, parente ou afim até ao segundo grau do agente do crime ou se encontrar numa relação familiar, de tutela ou de curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho do agente e o crime for praticado com aproveitamento desta relação. Existem algumas penas

agravadas em artigos previstos neste Código caso se, dos crimes previstos nos mesmos, resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima (Almeida, 2009).

Considerando que as definições supracitadas são ainda um pouco difusas e, por vezes, são susceptíveis de originar mais dúvidas do que propriamente esclarecimentos, procurou-se investigar outras significações para a concepção supracitada.

Ao efectuar-se uma revisão da miríade das leis, publicações e estudos científicos relacionados com a violação sexual chega-se ao seguinte epílogo: a violação sexual tem diferentes significados para grupos de indivíduos, culturas e sociedades diferentes. A compreensão deste fenómeno foi, por variadas vezes, estudado e, consequentemente, a sua concepção foi também redefinida, o que o torna complexo, difícil e até vago (Savino, 2005; Aggrawal, 2009).

Desta forma, existem várias definições legítimas para o fenómeno, região que, logicamente, influenciam os diferentes códigos penais existentes (Savino, 2005; Aggrawal, 2009).

Referências Históricas

O comportamento sexual desviante foi estudado pela primeira vez, de forma científica, por um médico e psiquiatra austríaco, Richard von Krafft-Ebing (Machado, 2003; Aggrawal, 2009).

Este médico estava convicto que o propósito do desejo sexual era a procriação, e que quaisquer actos que não iam ao encontro desse propósito eram perversões sexuais (entre as quais a zoofilia, masturbação e a homossexualidade) (Aggrawal, 2009).

Krafft-Ebing defendia que a violação sexual era um acto aberrante (não um acto perverso), pois este poderia culminar numa eventual gravidez (Aggrawal, 2009).

Referências Religiosas

A *Bíblia* faz referência à violação de Tamara (filha de David) e à violação de Dina (filha de Jacob). Nos textos do Antigo Testamento, a violação sexual de uma mulher casada é penalizada com a morte. Se a mulher fosse virgem, então o

perpetrador teria que pagar 50 moedas de prata e casar com a mesma, e nunca seria permitido o seu divórcio (Aggrawal, 2009).

As *escrituras Hindu* desculpabilizam a violação sexual, e se lermos atentamente uma tradução de uma das passagens do «Brhadāranyaka Upanishad», verifica-se que a linguagem utilizada apologia a mesma: *«Certamente, a mulher que mudou a sua roupa no final do seu período menstrual é a mais auspiciosa de todas. Deve-se, portanto, abordar esta esplendorosa mulher e convidá-la a ter relações sexuais. Se ela recusar a consentir, dever-se-á suborná-la. Se, mesmo assim, ela continuar a recusar, o homem deve bater nessa mulher com uma vara ou com os seus punhos e dominá-la.»* (Aggrawal, 2009).

Referências Clínicas

A definição de ordem clínica estuda o fenómeno de um ponto de vista patológico do perpetrador, e perscruta a vítima em termos da sua crise emocional e pessoal (Savino, 2005). Assim, alguns autores apresentam a violação sexual como uma forma de agressão sexual que não é, contudo, sexualmente motivada. Esta exposição vai ainda mais longe, ao declarar que esta é uma manifestação sexual da agressividade, ao invés de uma manifestação agressiva da sexualidade (Savino, 2005).

Nesta perspectiva violação sexual é um acto “pseudo-sexual” bastante complexo e os seus propósitos não estão, de uma forma primária, centrados na componente sexual.

Referências Morais

As aceções morais do fenómeno em discussão tendem a ser mais sentenciosas, enfatizando aspectos tais como a bondade da vítima e a maldade do suspeito do crime. Visam, não raras vezes, a raiva e a vontade de retaliação, ao discernir o perpetrador utilizando termos tais como “perverso”, “cobarde” “maléfico”, entre outros (Savino, 2005).

Não obstante, evidencia-se que definições e terminologias de ordem moral, rígidas e intransigentes, deverão ser evitadas pois em nada auxiliam no avanço científico e técnico das ciências forenses.

Referências Políticas

A violação sexual pelo seu impacto social e mediático também acarreta conotações de ordem política. As declarações proferidas pelo político japonês Seiichi Ota, do Partido Liberal Democrata de Tóquio, que em 2003 afirmou que os indivíduos que cometem a violação sexual demonstram que possuem qualidades “viris”, são disso um exemplo (Savino, 2005).

No nosso país poder-se-á dar o exemplo de citações dos mais variados partidos políticos, como é o exemplo do documento publicado na página da internet pertencente ao Partido Comunista Português, a propósito de um Projecto de Lei (nº 657/X) - Protecção das mulheres vítimas de violência: *«A violência baseada no sexo e todas as formas de perseguição e exploração sexual (...) são incompatíveis com a dignidade e valor da pessoa humana e devem ser eliminados.»* (PCP, 2009).

Em 2008, o deputado pelo PSD André Almeida, no contexto de uma intervenção no Parlamento, em relação à violência doméstica incluía a violação sexual como uma das formas de violência contra os indivíduos mais desfavorecidos, que atinge todos os sexos, mas em especial as mulheres *«(...) violência sobre as mulheres (...) mil definições técnicas desta chaga social (...) vai emergindo em força o conhecimento do calvário do assédio sexual, dos insultos, da humilhação, dos golpes, das violações e dos assassinios, situações agravadas nos casos das mulheres imigrantes, ilegais, traficadas e prostituídas à força.»* (Almeida, 2008).

Assim, denota-se que a nível político o parecer que existe é que este fenómeno se encontra intimamente relacionado com a violência (ou seja, a violação sexual é um reflexo desta última), e que deverão ser mobilizados meios no sentido de erradicar um acto antagónico à convivência harmoniosa, desejável para a sociedade portuguesa.

Acepções Jurídicas no Mundo

A definição de violação diversifica-se entre as várias nações e existe, nas diferentes legislações vigentes, certos requisitos essenciais para que uma alegada agressão sexual desta natureza seja assim considerada judicialmente, tais como: o tipo de penetração que alegadamente ocorreu, o sexo do perpetrador e da vítima e ainda a forma pela qual a vítima abona que o consentimento foi

corrompido (Aggrawal, 2009).

Em muitas jurisdições, está legislado que apenas a penetração peniana-vaginal constitui a violação, enquanto noutras a penetração pode ser cometida por qualquer outra parte corporal (como é o caso dos dedos), ou até por objectos (Pinto da Costa, 2003; Aggrawal, 2009).

Em relação ao género, uma situação algo extrema é aquela que apenas contempla a possibilidade de uma pessoa do sexo masculino violar uma pessoa do sexo feminino (Aggrawal, 2009). Como exemplo, na Índia, apenas o indivíduo do sexo masculino pode violar uma pessoa do sexo feminino. Não é feita nenhuma ressalva em relação a um homem ser violado sexualmente por outro homem, ou uma mulher violar sexualmente outra mulher, por exemplo. Na maioria dos países desenvolvidos é possível condenar um indivíduo por ter violado sexualmente a sua esposa, mas a lei indiana não possui esse estatuto pois, a nível cultural, quando o homem desposa uma mulher, significa que este pode estabelecer relações sexuais consoante a sua vontade. A violação sexual na Índia é considerada uma ofensa grave, e a pena mínima para este tipo de crime é de sete anos (Aggrawal, 2009).

Antagonizando o que foi descrito anteriormente, pode-se observar que, no Canadá, é utilizada uma linguagem neutra, em relação ao género do perpetrador e da vítima. Por outro lado, a jurisdição do oeste da Austrália não utiliza a terminologia “violação sexual”, mas antes disserta acerca da “penetração sexual sem consentimento” (Aggrawal, 2009).

Urge salvaguardar, neste ponto, o seguinte: enquanto a vontade da pessoa está ligado a conceitos psicológicos, o consentimento para algo tem uma natureza lícita (Aggrawal, 2009).

Casos particulares de violação sexual

Existem alguns casos especiais que são importantes referir, por raramente serem explorados. Um desses casos é o da violação sexual em grupo, geralmente constituído por indivíduos do sexo masculino, que partilham um laço em comum (por exemplo, serem membros de uma determinada equipa desportiva) (Aggrawal, 2009).

As violações que ocorrem quando a vítima pertence ao sexo masculino são pouco divulgadas e denunciadas. Podem ocorrer entre indivíduos do mesmo sexo, ou quando o perpetrador pertence ao sexo feminino (Aggrawal, 2009).

As violações que ocorrem em estabelecimentos prisionais ou em indivíduos sob custódia policial podem ser perpetradas por reclusos, por funcionários e até mesmo pelos próprios guardas prisionais. Os reclusos que possuem baixo intelecto, baixa estatura, ou os indivíduos recém-chegados ao estabelecimento prisional são as vítimas mais comuns (Aggrawal, 2009).

Por fim, mas não menos importante, é indispensável referir as violações sexuais perpetradas em vítimas de especial vulnerabilidade, tal como os indivíduos que possuem algum tipo de deficiência mental, indivíduos portadores de doenças fisicamente incapacitantes, indivíduos cegos, surdos, doentes hospitalizados em estados comatosos, indivíduos pertencentes à terceira idade a viverem sozinhos ou até mesmo institucionalizados, entre outros (Aggrawal, 2009).

Não obstante as enunciações descritas anteriormente, as mesmas possuem alguns pontos em comum, nomeadamente a ausência da vontade e do consentimento da vítima (Aggrawal, 2009).

O consentimento é tido como ausente quando a vítima não concorda com o acto, quando o mesmo foi obtido de forma ilegal (tal como através do uso da força, através de fraude, através da coação, pelo uso de álcool ou de drogas), quando a pessoa em questão é portadora de deficiência mental e psíquica, ou ainda não possui a idade mínima necessária para dar o seu consentimento (Pinto da Costa, 2003; Aggrawal, 2009).

Situação Portuguesa

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima refere que em 2008 houve 132 queixas de violação enquanto em 2009 houve 139, o que representa uma subida de cerca de 5,3%. Tendo em conta as 7639 vítimas de crime assinaladas pela APAV, em 2009, 86% das mesmas são do sexo feminino, mantendo-se a tendência de anos anteriores (APAV, 2010).

Em respeito aos autores do crime, o género masculino prevalece com 85% das situações sinalizadas, sendo que a faixa etária que mais se evidencia, neste género de crime se situa entre os 26 e os 45 anos de idade (26%) (APAV, 2010).

Em termos criminais, a APAV regista os crimes, distribuindo-os por seis categorias: «Violência doméstica» (sendo este o que apresentou maior números de casos, 90%); «contra as Pessoas e a Humanidade» (representando o segundo maior registo com 7% dos casos assinalados), «contra a vida em Sociedade e

Estado»; «contra o Património»; «Rodoviários» e «Outros crimes» (APAV, 2010).

Dentro da categoria da «Violência doméstica», em termos de subcategorias, verifica-se que os «Maus tratos físicos» representam 26,4% dos casos assinalados; os «Maus tratos psíquicos» exprimem 31,7% dos acontecimentos ocorridos; a «Violação» caracteriza 0,8% dos casos e por fim o «Abuso sexual» representa 0,7% das ocorrências (APAV, 2010).

Perfil do Agressor Sexual Português

Em relação às características psicológicas dos agressores sexuais portugueses, as psicólogas da Polícia Judiciária, Cristina Soeiro e Raquel Guerra, apoiadas por uma base de dados existente desde 2002, encontram-se a elaborar um estudo onde, até ao momento, traçaram perfis de agressores sexuais. As psicólogas tentam caracterizar o comportamento criminal, depreender as características individuais do agressor e compreender qual a relação que o agressor estabelece com a vítima (Carmo, 2010).

São *quatro* os principais perfis identificados até à data neste estudo. O *principal tipo* relaciona-se com violações de oportunidade. O agressor é alguém que aborda a vítima de forma impessoal e depois abandona o local do crime. Para o agressor esta é uma forma de exercer o poder e, por esta razão, ataca uma vítima que lhe surja no momento. As vítimas mais vulneráveis a este tipo de violação são aquelas que exercem trabalhos por turnos e utilizam transportes públicos a horas menos movimentadas (Carmo, 2010).

O *segundo perfil* estudado encontra-se associado a um comportamento criminal com antecedentes, como agressão física, extorsão. A violação pode surgir após um furto, na qual o perpetrador encara a agressão sexual como um prémio. Infelizmente para a vítima, são nestes casos em que a probabilidade de a mesma sofrer um homicídio é maior (Carmo, 2010).

O *terceiro perfil* relaciona-se com os “predadores sexuais”, ou seja, encontra-se associado com o prazer do acto da violação. Estes agressores tentam, ainda, personalizar a agressão sexual. São pessoas com perturbações da personalidade, mas com maiores capacidades intelectuais, e estabelecem um “ideal” de vítima. A possibilidade de reincidência deste crime é, portanto, bastante elevada (Carmo, 2010).

No *quarto perfil* traçado encontram-se os agressores simbolizados como violadores com comportamento sexual. Nestes casos, e explanando de forma

muito resumida, o agressor tenta passar tempo com a vítima, de forma a estabelecer um tipo de contacto mais profundo de forma a ganhar a confiança da mesma e, após o crime, poderá deixar a vítima amarrada e agredida, por exemplo (Carmo, 2010).

Apesar das diferenças de perfis estabelecidas, existe algo que os agrega: a baixa auto-estima e a falta de vinculação à família. Muitos agressores levam uma “vida dupla”, por não terem estabelecido este tipo de relacionamento dentro do seu seio familiar. As vítimas têm, em geral, entre 18 a 28 anos, sendo possível depara-se com vítimas menores, e até com 60 ou mais.

Os agressores que constam desta base de dados também foram detidos por abusos sexuais a crianças, e são cerca de 200 os perfis avaliados até ao momento (Carmo, 2010).

Consequências Psíquicas e Fisiológicas da agressão sexual

É indiscutível que a violação sexual acarreta consequências psíquicas, físicas e sexuais no contexto de intimidade e estas têm efeitos a curto e a longo prazo. Esta experiência nefasta e traumática é tida, não só como um problema social, mas igualmente de saúde pública, uma vez que as mulheres vítimas desta agressão sexual apresentam maior vulnerabilidade imunológica, stress pós-traumático e ainda ideação e tentativas de suicídio.

A *curto prazo* pode-se referir a presença de reacções emocionais tal como raiva, medo e isolamento. A nível somático destaca-se as insónias, cefaleias e dor pélvica. Em relação aos problemas físicos destacam-se os problemas gastrointestinais, ginecológicos (tal como concussões vaginais), urinários, feridas, traumas osteo-articulares, entre outros (Pinto da Costa, 2003; Calabuig, 2004).

Em relação aos efeitos a *longo prazo* evidencia-se a depressão, dependência de álcool e drogas, disfunção sexual, baixa auto-estima e comprometimento das relações interpessoais (Pinto da Costa, 2003).

É relevante realizar uma alusão a uma condição ou cláusula em relação à violação sexual. O Código Penal Português, no Capítulo V (Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual), no seu Artigo 178.º, acautela o seguinte: o procedimento criminal pelos crimes previstos nos artigos 163.º “Coacção sexual”, 164.º “Violação”, 165.º “Abuso sexual contra pessoa incapaz de resistência”, 167.º “Fraude sexual” e 170.º “Importunação sexual” *depende de queixa*, salvo se forem praticados contra menor ou deles resultar suicídio ou morte da vítima. É,

então, um crime semi-público (Pinto da Costa, 2003).

1.1.3.2 O abuso sexual de menores

O abuso sexual de menores é antagónico ao ideal de uma sociedade aprazível, na qual as crianças possam crescer e se desenvolver de forma harmoniosa, como consagrado nos Direitos Universais da Criança (APFN, 2010).

O fenómeno do abuso sexual é complexo, e por esta razão é necessário compreendê-lo sob diferentes vertentes, para que no futuro se possam empreender acções, no âmbito das intervenções de enfermagem, que impeçam que este flagelo continue a marcar negativamente as crianças, as famílias e a comunidade.

Nesta problemática encontram-se subentendidas implicações legais e éticas; encerra ainda algumas dificuldades para o seu correcto diagnóstico e para uma correcta avaliação dos seus efeitos nas crianças e adolescentes; comporta a necessidade de compreender o perpetrador e tratá-lo. Acarreta, ainda, a necessidade de constante revisão dos papéis e da formação proporcionada aos profissionais que atendem os mais jovens, vítimas de abuso sexual (Scherer e Scherer, 2000).

A agressão sexual pode ocorrer de vários modos; contudo, a vítima tem uma particularidade: é facilmente agredida, nas mais variadas vertentes, por ser extremamente vulnerável. As crianças e alguns jovens são, por natureza, indefesos, e dependem dos adultos por um período prolongado no tempo (Scherer e Scherer, 2000).

Breve Perspectiva Histórica

A violência contra as crianças tem raízes antigas. Na sociedade romana, por exemplo, as crianças poderiam ser assassinadas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio entre os sexos, medida económicas nos grandes flagelos, por serem fisicamente mais débeis, por motivos religiosos e ainda por ser legítimo, da parte paterna, reconhecer ou não o direito de viver do seu filho: «*Jus vitae et nasci*» (Scherer e Scherer, 2000).

No século XV, a "figura infantil" era a representação da inocência, da

ingenuidade e da bondade, em oposição à violência. A representação da criança invade a pintura e a escultura como símbolo de esperança de uma vida melhor (Scherer e Scherer, 2000).

O século XVI foi uma época marcada pelas agressões contra as crianças. Nesta altura, surgiram alguns "colégios" que abrigavam estudantes pobres e sem família, indesejados pela sociedade, e não raras vezes eram submetidos aos piores maus tratos e humilhações deliberadas (Scherer e Scherer, 2000).

Por outro lado, o século XX é considerado o "século da criança". A criança acaba por ser notada, descrita e aceite como fazendo parte da humanidade. A família, por seu turno, passa a ser responsabilizada por tudo o que de atroz lhe acontece. Salientar-se a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico e fundamental da existência do Homem (Scherer e Scherer, 2000).

Infelizmente, os abusos, nas suas mais variadas formas, não deixaram de acontecer. No Simpósio da Academia Americana de Pediatria, em 1941, as agressões foram caracterizadas e divididas em quatro categorias:

1 - *Violência física* - realizada de forma directa (pontapés, bofetadas, beliscões, etc.), ou indirecta (com instrumentos de punição);

2 - *Abandono físico ou moral* - não provimento de cuidados básicos como alimentação e higiene (físico) e não provimento de um lar (moral), deixando a criança na rua, exposta a sérios perigos;

3 - *Exploração sexual* - agressão sexual por um adulto;

4 - *Maus tratos psicológicos* - agressão verbal, intimidação, insultos, que originam traumas psicológicos graves na criança (Scherer e Scherer, 2000).

Em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas aclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cujo principal objectivo era assegurar uma infância feliz, com direitos e liberdades. Nos seus enunciados consta o seguinte: o direito à especial protecção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; o direito a uma alimentação, moradia e assistência médica adequados para a criança e para a mãe; o direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade e ainda o direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho (Scherer e Scherer, 2000).

Assim, poder-se-á definir o abuso sexual de menores como «(...) o envolvimento da criança ou do adolescente com desenvolvimento imaturo em actividades sexuais que ele não compreende completamente, para as quais não é capaz de informar consentimento ou que violam tabus das relações familiares.»

(Emans, Herriot e Golstein, 2008:777). É também uma «(...) *forma específica de abuso físico relacionado ao trauma de natureza sexual, ou coerção de actividades sexuais.*» (Smith, 2004:410).

O abuso sexual não requer, forçosamente, penetração, ejaculação, uso de força ou evidências de resistência; apenas a falta de consentimento (Smith, 2004).

Esta forma de agressão sexual pode ocorrer através de comportamentos exibicionistas, contacto físico com carícias (que pode ocorrer com ou sem uso da força), visão da genitália, contacto oral e genital, inserção de objectos, penetração rectal, vaginal ou oral (Machado, 2003; Emans, Herriot e Golstein, 2008).

A interacção sexual pode ser iniciada com carícias e evoluir para a penetração. O relacionamento sexual pode ser de longa duração, e geralmente o agressor é conhecido da criança (entre 70% a 90% dos casos) e metade dos casos envolvem um parente próximo como por exemplo um dos pais, padrasto ou madrasta (Machado, 2003; Emans, Herriot e Golstein, 2008).

Código Penal

No caso de Portugal, a definição de abuso sexual de menores encontra-se no Capítulo V do Código Penal Português, na Secção II (Crimes contra a autodeterminação sexual). O Artigo 171.º, relativo ao Abuso sexual de crianças, refere o seguinte:

- Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

Quem:

- Importunar menor de 14 anos, praticando acto previsto no artigo 170.º (relativo a Importunação sexual); ou

- Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográfico;

É punido com pena de prisão até três anos.

Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção

lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

O nosso Código Penal contém ainda artigos relativos a Abuso sexual de menores dependentes (Artigo 172.º), Actos sexuais com adolescentes (Artigo 173.º), Recurso à prostituição de menores (Artigo 174.º), Lenocínio de menores (Artigo 175.º) e Pornografia de menores (Artigo 176.º).

Ainda dentro destes crimes, a lei prevê Agravações (Artigo 177.º), no caso de a vítima ser descendente, adoptada, parente ou afim até ao segundo grau do agente; se a mesma se encontrar numa relação familiar de tutela ou de curatela; se o agente for portador de doença sexualmente transmissível; se das acções descritas resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima.

Existem algumas penas exacerbadas em artigos previstos neste Código caso se, dos crimes previstos nos mesmos, a vítima for menor de 16 anos (a pena é intensificada de um terço) ou se a vítima for menor de 14 anos (sendo a pena, neste caso intensificada em metade).

Por fim, o Código Penal Português antevê a inibição do poder paternal, e ainda a proibição do exercício de funções, que impliquem ter menores à sua responsabilidade, educação, tratamento ou vigilância, caso o agente do crime exerça alguma das funções acima descritas (Artigo 179.º) (Almeida, 2009).

Sinais e Sintomas na Vítima

No abuso sexual, os sinais e sintomas apresentados pela vítima são altamente variáveis e o diagnóstico correcto é estabelecido em menos de 5% das vítimas (Smith, 2004).

Enquanto as lesões por abuso físico apresentam localizações um pouco mais específicas (compreendidas a nível do crânio, tórax, pescoço, abdómen e mamas) as características clínicas, isto é, os sinais e sintomas de abuso sexual são inespecíficos (Smith, 2004). As *lesões agudas*, com penetração, podem ser caracterizadas por edema perianal e equimoses, equimose labial, aumento do hímen, lacerações profundas (com extensão para a fúrcula posterior) e lacerações estreladas entre as três e nove horas. Nas *lesões crónicas*, ao exame ginecológico, pode o perito deparar-se com o arredondamento e aumento do orifício himenal, fibrose, aderências e distorção do orifício do hímen. Deve o perito ter em atenção que a fusão dos lábios poderá não ser proveniente de trauma. (Smith, 2004)

«A maioria dos casos de abuso sexual infantil não é descoberta com uma lesão aguda e em vez disso está associada a achados genitais normais ou inespecíficos» (Berek, Adashi e Hillard, 1998). Nesta obra de referência, é evidenciado que outras formas de abuso, como as carícias consideradas de natureza sexual, ou a penetração digital, podem não resultar em lesões genitais visíveis.

A presença de condilomas poderá levar o profissional que procede ao exame físico genital a suspeitar de abuso sexual embora, segundo a obra supracitada, dever-se-ão excluir outras causas; foi sugerido que os condilomas que surgem durante os dois primeiros anos de vida poderão ter sido adquiridos durante o período perinatal através da mãe, com infecção pelo vírus do papiloma humano (Berek, Adashi e Hillard, 1998).

A presença de espermatozóides na vagina e noutras cavidades, tal como na região anal e oral, são fortes indícios e praticamente definitivos, em casos de suspeita de abuso sexual (Berek, Adashi e Hillard, 1998).

Aspectos Forenses

Deve-se realizar a recolha de vestígios forenses quando ocorreu abuso sexual nas últimas 72 horas, ou quando é detectado corrimento hemorrágico ou lesão aguda (Emans, Herriot e Golstein, 2008). A recolha e preservação de vestígios podem incluir várias zaragatoas, desde a área genital, anal e oral, bem como áreas da pele que se apresentem “manchadas”. Os cabelos, pêlos e sangue também são recolhidos, assim como as peças de roupa. Estes itens, de uma forma geral, são devidamente separados em embalagens e/ou recipientes apropriados, identificados, selados e enviados a um laboratório apropriado e credenciado. Estes itens devem ser acompanhados com a documentação que informe acerca de todos os indivíduos que manipularam as mesmas, a fim de se manter a “cadeia de custódia” (Emans, Herriot e Golstein, 2008).

Os itens recolhidos são, posteriormente, sujeitos a diversos testes na tentativa de identificar o causador do abuso sexual.

«A história da criança é a parte mais importante da avaliação» (Emans, Herriot e Golstein, 2008). Para diminuir o stress emocional, e para reduzir as hipóteses de sugestão, o número de entrevistas deve ser o mais reduzido possível. O número de entrevistadores deve, igualmente, ser minimizado (Machado, 2003; Emans, Herriot e Golstein, 2008).

A reacção dos pais pode influenciar a criança, nomeadamente no que concerne à sua resposta emocional ao acontecimento. A criança deverá ser tranquilizada e deverá ser informada que o comportamento agressivo dos pais e as reacções que envolvem a raiva e desespero são dirigidos ao agressor e não à própria (Machado, 2003; Emans, Herriot e Golstein, 2008).

Acrescenta-se que nos casos em que se suspeite que o agressor seja um dos pais da criança, este deve ser interdito de acompanhar a mesma, na observação.

O exame físico da criança deve ser realizado em ambiente calmo e tranquilo (Emans, Herriot e Golstein, 2008). O exame físico deve incluir as seguintes etapas:

- Descrição da aparência geral da criança ou adolescente e do seu estado emocional;
- Descrição das roupas e das condições das mesmas. A criança ou adolescente devem ser questionados se procederam à troca de roupas ou se tomou banho após o abuso ou agressão sexual.

O profissional deverá ter em conta que, por vezes, a criança ou adolescente ocultam a verdade ou mentem, em relação aos factos ocorridos por medo de serem castigadas, desacreditadas e desprotegidas (Scherer e Scherer, 2000).

Em Portugal a perícia médico-legal a menores vítimas de abusos sexuais ainda não é feita nas condições ideais. «*A maior parte das vezes, faz-se primeiro o trabalho médico-legal e só depois a avaliação psicológica*». Deve-se resalvar a preservação dos vestígios, e a necessidade de evitar maiores danos psicológicos às vítimas (In Verbis, 2008).

A equipa multidisciplinar deve fazer perceber que está ali numa atitude de ajuda e não de julgamento, adoptando precauções para não terminar a entrevista rejeitando a criança, ao minimizar a experiência desta.

Dadas as questões jurídicas inerentes a estes casos, a adequada formulação das perguntas são de extrema importância. Devem ser efectuadas, portanto, de uma forma aberta e não-sugestiva (Machado, 2003). Assim, frases como: "A responsabilidade de tudo isto é da pessoa que te agrediu, mas tu foste envolvida, e podes contar-me como tudo aconteceu" apresentam aspectos legais e racionais, logo a criança pode ser compelida a romper o segredo, pois possui a sua experiência, pode falar como se sente em relação à agressão sexual, o que é pré-condição para qualquer trabalho terapêutico a nível da saúde, não só física,

mas também mental. Esta abordagem é vista como o procedimento mais adequado, honesto e atencioso (Scherer e Scherer, 2000).

Situação Portuguesa

Desde 2001 que é efectuada uma monitorização dos crimes sexuais cometidos contra crianças (contando com os dados disponíveis desde 2000, investigados pela Polícia Judiciária) e foram produzidos relatórios com regularidade onde se destacam os aspectos relevantes que caracterizam este tipo de criminalidade e as principais tendências de evolução verificadas até 2008 (Portal da Segurança, 2010).

Verifica-se que o abuso sexual de menores e os actos sexuais com adolescentes têm vindo a sofrer um aumento de situações sinalizadas, de ano para ano. No ano de 2000, os crimes investigados em relação aos *actos sexuais* com adolescentes foram 4, e no ano 2008 este número aumentou significativamente, para 132 casos. Em relação à *violação sexual*, só existem dados a partir de 2005. Neste ano a Polícia Judiciária investigou 72 casos de violação sexual e no ano 2008, o número de casos aumentou para 131 (Portal da Segurança, 2010).

Constata-se que a maioria das vítimas de abuso sexual de menores pertence ao sexo feminino e, os autores do abuso pertencem, na sua esmagadora maioria, ao sexo masculino (Machado, 2003; Portal da Segurança, 2010).

As Unidades Territoriais da região de Lisboa e do Porto são aquelas em que se verifica a maior incidência de casos investigados pela Polícia Judiciária, em relação ao abuso sexual de menores (em que o número médio mensal de inquéritos participados por ano varia entre 210 a 265). Segue-se a Unidade Territorial de Coimbra e a Unidade Regional de Leiria, cujo número varia entre 72 a 210. Em relação à Unidade Regional do Funchal, o número médio mensal de inquéritos participados por ano, em relação aos crimes sexuais contra crianças e jovens, é entre 43 e 53 (Ministério da Segurança Interna, 2010).

Há ainda a referir o envolvimento da comunicação social e uma maior preocupação por parte da sociedade civil em relação a estes casos, foram alguns dos factores que contribuíram para um aumento das denúncias e consequente investigação de inquéritos por crime de abuso sexual de menores (Portal da Segurança, 2010).

Perfil do Agressor Sexual

A pessoa que comete o abuso geralmente é alvo de críticas e de respostas irracionais muito fortes por parte dos cidadãos e dos profissionais de saúde que atendem a vítima. Entender os elementos que intervêm na responsabilidade, participação e culpa no abuso sexual da criança, permite compreender porque é que os pais, familiares e outros indivíduos cometem tais agressões (Scherer e Scherer, 2000).

Neste processo é possível aprender sobre eventos de vida traumáticos na história da pessoa que comete o abuso, incluindo a possibilidade de ela própria ter sido vítima na infância. A distinção legal e psicológica entre responsabilidade e participação torna mais fácil modificar a posição de vingança e rejeição do enfermeiro em relação ao perpetrador para um modo terapêutico de empatia, mantendo, ao mesmo tempo, uma clara noção da sua responsabilidade pelo abuso (Scherer e Scherer, 2000).

O perpetrador é levado à adição ou compulsão, pois a sua "excitação" vem do aspecto sexual do abuso em si, e a gratificação sexual do acto ajuda a evitar os mecanismos frágeis do ego, já de si também débil. Além disso, o perpetrador apresenta uma dependência psicológica, utiliza a negação, e se parar desenvolve sinais e sintomas de abstinência, tais como ansiedade, irritabilidade, agitação, entre outros.

Torna-se fundamental reflectir na importância do papel dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros, que lidam com crianças vítimas de abuso sexual.

Nos casos de abuso sexual ou de ou suspeita deste crime, requerem-se o conhecimento e a perícia de uma variedade de profissionais, quer da área da saúde, quer da educação e ainda das autoridades legais. Esta diversidade de técnicos desbrava um campo de flexibilidade tremendo na resposta que pode ser dada e pode, também, facilitar problemas de comunicação. Se isto não for resolvido, a repercussão pode ser desastrosa (Scherer e Scherer, 2000).

Os agentes das forças policiais e demais técnicos laboratoriais referem-se aos profissionais de saúde que lidam directamente com as crianças e adolescentes como pessoas com pouca formação, na sua maioria, na área da protecção de vestígios, e são, muitas vezes, os próprios profissionais que chegam inclusive a destruí-las. Frente a isto, é necessário integrar o conhecimento em áreas como as ciências médico-legal e demais protocolos e

procedimentos inerentes, para uma abordagem global e complementar às vítimas (Scherer e Scherer, 2000).

A formação do enfermeiro permite-lhe desenvolver intervenções de ordem preventiva, e de reabilitação, logo é indispensável iniciar a discussão acerca da circunscrição de acções com as crianças vítimas de abuso sexual e com as famílias ou pessoas possivelmente perpetradoras. O enfermeiro pode promover uma ligação entre hospitais, escolas e serviços de saúde comunitários, diminuindo a posição insular da instituição hospitalar, que limita, não raras vezes, a capacidade de enfrentar o abuso sexual de crianças na comunidade (Scherer e Scherer, 2000).

Em relação a este assunto é sugerido que os especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pesquisem indicadores baseados no comportamento e nas manifestações emocionais das vítimas de abuso sexual na população pré-escolar, podendo esta mesma identificação precoce salvar a criança do trauma contínuo, intervindo de forma adequada à situação específica de cada vítima (Scherer e Scherer, 2000).

Ressalva-se que a elaboração do processo de enfermagem, de forma detalhada e cuidadosa, bem como a avaliação física da criança por parte destes profissionais, são dados inestimáveis que auxiliam na detecção do abuso sexual. Ainda neste contexto, evidencia-se que os enfermeiros podem ser a primeira pessoa a ver a criança e o progenitor e são os responsáveis mais capacitados para actuar em conformidade, no caso de a criança ser hospitalizada (Wong, 1999).

Torna-se importante, neste ponto da dissertação, efectuar uma ressalva ao que se considera ser um princípio de cidadania, uma responsabilidade civil, ética e deontológica, que se prende com o dever de se proceder a uma queixa, no caso de se suspeitar de abuso sexual de menores (Artigo 78.º e 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro).

No Código Penal Português, no Capítulo V “Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual”, no Artigo 178.º refere o seguinte: os crimes previstos nos artigos 163.º a 165.º, 167.º, 168.º e 170.º (nomeadamente a “Coação Sexual”; “Violação”, “Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência” e ainda “Fraude sexual”, “Procriação artificial não consentida” e ainda a “Importunação sexual”) depende de queixa, salvo se forem praticados contra menor ou deles resultar suicídio ou morte da vítima. Pode-se ainda ler que o procedimento criminal pelo crime previsto no Artigo 173.º, “Actos sexuais com menores”, depende igualmente de queixa, salvo se resultar suicídio ou morte da vítima.

Por fim, relembra-se que os doentes mentais, as pessoas que se encontram sob a influência de drogas ou álcool ou ainda os menores de idade são considerados incapazes para dar o seu consentimento (Smith, 2004).

1.1.4 Os Vestígios

Os vestígios são de primordial importância em qualquer investigação do foro criminal, e contribuem para a resolução dos casos judiciais por relacionarem, de forma simultânea, o local do crime, a vítima e o autor do crime (Galvão da Silva, 2006).

Os vestígios podem ser definidos como: sinais, traços, manchas ou objectos que são deixados por um indivíduo, e que permitem aos serviços laboratoriais forenses e peritos na matéria, com recurso a meios técnicos e metodologia científica, obter evidências e, posteriormente, indícios, em relação a um crime e ao seu autor (Galvão da Silva, 2006). Entre estes podem considerar-se vestígios: as impressões digitais, impressões palmares e plantares (*vestígios lofoscópicos*); sangue, sémen, saliva, cabelo, ossadas, dentes, pêlos, secreções vaginais (*vestígios biológicos*) e ainda pegadas, rastros de pneus, projecteis, armas brancas, armas de fogo, objectos ou instrumentos cortantes e perfurantes (*vestígios físico-químicos*).

Também podem ser considerados vestígios as fibras de roupas, estilhaços de vidros, pastilhas elásticas, selos, envelopes, escovas de dentes, copos, pontas de cigarro, peças de roupa, escovas de pentear (Calabuig, 2004; Savino, 2005).

A urina e as fezes podem ser, de forma análoga, vistas e apreciadas como vestígios (Vaz, 2008).

Em suma, os vestígios incluem todos os sinais, marcas materiais e objectos que possam levar à descoberta do autor do crime, desde que estes se encontrem relacionados.

No universo forense, deve existir uma permanente consideração pela forma como os vestígios são recolhidos, preservados e enviados para o laboratório com competência nesta matéria. Isto porque esta fase é basilar, no que diz respeito à busca da verdade em qualquer processo judicial, pois a consequência poderá ser o seu arquivamento, se houver qualquer falha ou imperfeição no método de trabalho do profissional.

Os locais dos crimes são singulares e únicos, e por esta razão não pode

existir um procedimento padrão para todo e qualquer tipo de averiguação e inspecção; não obstante, é possível seguir princípios fundamentais e orientadores em termos de recolha e preservação de vestígios, desenvolvidos pelos profissionais competentes no assunto em questão (Galvão da Silva, 2006).

Os vestígios podem ter diversas classificações, para além da sua natureza. Assim, tendo em conta a sua localização este podem ser classificados consoante se encontrem: no local do crime; no acesso ao local do crime; na vítima; no autor do acto criminoso, e ainda nos instrumentos utilizados para a ultimação do crime (Galvão da Silva, 2006).

Podem ainda ser classificados como vestígios *verdadeiros* (produzidos directamente pelos autores do delito ou que resultem directamente das acções destes últimos); *forjados* (quando os autores do delito intencionalmente produzem esses mesmos vestígios, na tentativa de modificar o conjunto dos elementos originais, de forma a iludir os peritos) e ainda *ilusórios* (quando são produzidos de forma não intencional e não se relacionam com os autores do delito. Geralmente ocorrem devido à falta de isolamento e preservação do local do crime) (Vaz, 2008).

Os sinais, marcas, objectos ou produtos que são enviados para o laboratório forense competente deverão ser acompanhados de informação referente aos quesitos que se pretende que sejam respondidos e, por esta razão, é fundamental que se façam acompanhar por um relatório escrito, o mais detalhado possível (Galvão da Silva, 2006).

No laboratório competente em matéria de investigação forense, são empregues várias técnicas, no sentido de se proceder a uma identificação ou correspondência, através da comparação dos vestígios e evidências com amostras de referência, encontradas no local do crime, na vítima, no suspeito do crime ou nos instrumentos suspeitos de terem sido utilizados na ultimação do crime.

Esta realidade é alcançável graças à evolução da biologia forense, e das mais modernas técnicas empregues ao nível da genética e da biologia molecular. Muitas das técnicas empregues em meio laboratorial têm como finalidade proceder à identificação das características genéticas que definem um indivíduo. Assim, os laboratórios podem proceder à averiguação do sexo de um indivíduo, ao reconhecimento de vestígios biológicos de vítimas de violação, identificação de indivíduos desconhecidos, de restos cadavéricos, de cadáveres carbonizados, efectuar testes referentes à paternidade, entre outros (Galvão da Silva, 2006; Vaz, 2008).

Muitos destes testes laboratoriais baseiam-se na metodologia do DNA, através da amplificação do mesmo, por uma técnica designada por «Polymerase Chain Reaction», ou simplesmente PCR, o que torna possível a análise de quantidades ínfimas desta molécula, mesmo em vestígios degradados (Galvão da Silva, 2006; Vaz, 2008).

A informação contida nos vestígios é valiosíssima no sentido em que, a partir dos mesmos, poder-se-á constituir a prova que poderá levar à descoberta ou confirmação do indivíduo criminoso. Assim, é necessário que os vestígios fruem de qualidade, ao chegarem aos laboratórios de investigação forense. (Galvão da Silva, 2006).

1.2 Enfermagem e Ciências Médico-legais

Ao longo do seu percurso, a profissão de Enfermagem foi evoluindo e adaptando-se a novas regras e técnicas, permitindo ao enfermeiro ir ao encontro das necessidades do cliente. A maior parte da sua história refere-se à Enfermagem como uma actividade focada na prestação de cuidados directos ao utente, especialmente em meio hospitalar. Esta forte componente de prestação de serviço não se alterou; contudo o papel do enfermeiro modificou-se no decorrer dos anos, fruto do saber próprio, acumulado pela investigação e pelas mudanças que se verificam nas sociedades e no próprio conhecimento científico em geral (Cowen e Moorhead, 2006).

Hoje em dia os enfermeiros encontram-se perante muitos desafios, tais como: a prestação de serviços em contexto domiciliário, gestão de serviços hospitalares, as novas políticas economicistas, as novas técnicas e práticas, as mudanças no sistema de saúde, alterações no próprio sistema de ensino da profissão ou até as novas tecnologias de informação (Cowen e Moorhead, 2006).

Estes novos desafios também representam novas oportunidades para a profissão e a área das ciências forenses é, certamente, uma delas (Cowen e Moorhead, 2006).

Não raras vezes, a definição da Enfermagem e do papel do enfermeiro reflectem o entendimento do público sobre a profissão, entendimento este que não se encontra a par dos avanços científicos das ciências de enfermagem e que não compreende, ainda, que a Enfermagem seja composta por um corpo de conhecimentos científicos próprios (Cowen e Moorhead, 2006).

A Enfermagem finca as suas raízes no início da história do Homem, a partir do momento em que houve uma pessoa que se dedicou a cuidar de outra, que se encontrava doente ou ferida, ou ainda que vivenciara as transições fundamentais do ciclo de vida, como o nascimento ou a morte (Sorensen e Luckmann, 1998; Collière, 2003).

A Enfermagem moderna surge com *Florence Nightingale*, com a criação da primeira escola prática de enfermagem, em 1860, anexa ao Hospital St. Thomas, em Londres (Sorensen e Luckmann, 1998).

Florence Nightingale nasceu em 12 de Maio de 1820 na cidade italiana de Florença (Nightingale, 1989).

Era uma mulher muito culta e avançada para o seu tempo. A escassez de medicamentos, a falta de recursos para os tratamentos médicos e a impossibilidade de meios de assistência aos pobres impressionava-a. Assim, consagrou-se inteiramente à missão de formar enfermeiras competentes que assistissem os doentes, não só fisicamente, mas também moralmente.

Florence Nightingale revolucionou a forma de assistência aos doentes e com seu trabalho, lançou as bases da enfermagem moderna (Sorensen e Luckmann, 1998). Defendia uma filosofia de enfermagem que incluísse os cuidados globais à pessoa, isto é, a enfermeira deveria ter em conta o indivíduo e o seu ambiente, e não centrar-se apenas na doença da pessoa (Sorensen e Luckmann, 1998). A falta de tecnologia ao serviço dos profissionais de saúde leva a que Florence Nightingale se focalize em «(...) luz, calor, limpeza, silêncio (...) dieta», para além da «(...) administração de medicamentos e cataplasmas» (Sorensen e Luckmann, 1998).

A gestão dos cuidados prestados e das intervenções de enfermagem, com base na sua filosofia, leva a que a taxa de mortalidade, na Guerra da Crimeia (na qual possuía o título de superintendente e detinha uma equipa a seu cargo constituída por cerca de 40 enfermeiras, voluntárias, leigas e outras religiosas, quer católicas, quer anglicanas) diminuísse de cerca de 42,7% para 2,2%. (Sorensen e Luckmann, 1998). Um resultado espantoso, numa época em que a teoria microbiana começa a dar os primeiros passos.

Um dos principais recursos que Florence Nightingale utilizou, era os dados que possuía, pois além de se preocupar com a melhoria da assistência aos doentes, também se preocupou com a obtenção e organização de informações úteis e importantes, relacionadas com estes últimos (Nightingale, 1989).

Desta forma, foi pioneira na utilização de gráficos estatísticos e

revolucionou esta disciplina, ligando-a à saúde, ao efectuar análise de gráficos e ao calcular taxas de mortalidade. Empenhou-se em apresentar os dados obtidos de uma forma clara, para que os mais altos membros do Exército britânico e membros do Parlamento os pudessem compreender, sendo assim considerada a primeira enfermeira investigadora (Nightingale, 1989).

Evolução da Enfermagem em Portugal

A história da Enfermagem segue praticamente o mesmo rumo que a dos restantes países europeus, e está estritamente relacionada com os contextos culturais da época histórica que se avalia.

O *primeiro curso* especificamente concebido para formar enfermeiros em Portugal surge no ano de 1881, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, na Escola dos Enfermeiros de Coimbra, fundada pelo Prof. Doutor Costa Simões (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nos *anos 1930-1939*, e apesar da instituição do Estado Novo, iniciam-se movimentos sindicais, com a fundação do Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul e, posteriormente, do Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Norte (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Apesar da formação dos enfermeiros ter uma orientação profundamente biomédica, centrada na doença e no hospital, a *Reforma dos Serviços de Saúde de 1971*, e o conseqüente aparecimento dos Centros de Saúde de primeira geração, desafia os enfermeiros a se dedicarem à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Em 1979, a criação do Serviço Nacional de Saúde consagra o direito a este bem, postulado como sendo universal e gratuito. Expande, ainda, a oferta de cuidados de saúde preventivos e curativos, alterando profundamente os indicadores de saúde existentes, com uma participação activa dos enfermeiros (Amendoeira, 2004).

Nos *anos 80* do século passado, a formação dos enfermeiros passaram das escolas profissionais para escolas integradas no Ensino Superior, a nível dos Institutos Politécnicos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A *década de 90* é considerada o culminar de uma nova reivindicação dos enfermeiros, como Decreto-lei nº 161 de 4 de Setembro, que estabelece o *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, que veio determinar os estatutos da profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem, como os aspectos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros (Ordem dos

Enfermeiros, 2010).

Ainda nesta década é criada a *Ordem dos Enfermeiros*, em 1998, como associação profissional de direito público que promove a «*regulamentação e disciplina da prática de Enfermagem*», e é consagrada a licenciatura como formação generalista (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Actualmente, a Enfermagem continua a desafiar-se em termos científicos e tecnológicos, a evoluir na sua formação académica (com a crescente oferta de Mestrados e Doutoramentos) e profissional. Produz, divulga e aplica conhecimento científico, que resulta das investigações próprias da profissão. Integra-se e exerce influência na comunidade e nos sistemas de saúde, preocupando-se em definir as boas práticas da profissão, baseando a sua praxis na evidência (Amendoeira, 2006).

A Enfermagem continua, então, a evoluir e a se emancipar, em busca de uma autonomia apropriada.

A definição de cuidados de enfermagem, segundo a OE, centra-se no exercício profissional e a relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Realça-se que, quer o enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos particulares, derivados do contexto cultural e ambiental onde se inserem. Neste contexto, o enfermeiro procura prevenir a doença e promove processos de readaptação, procura satisfazer as necessidades humanas e a máxima independência da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Ressalva-se que, na perspectiva da OE, “cliente” designa o participante activo no quadro da relação de cuidados. Esta terminologia é utilizada no contexto como «*(...)aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade*» (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE define “pessoa” como um ser social único, individual e indivisível, com direito a autodeterminar-se e que é detentor de dignidade própria. A pessoa vive numa procura incessante de harmonia e equilíbrio e, ao nível da saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos pessoais. É centro de processos fisiológicos e psicológicos singulares e possui um projecto de saúde próprio, que deverá ser sempre respeitado (OE, 2004).

1.2.1 Breve história da Enfermagem Forense

A Enfermagem Forense é a aplicação dos conhecimentos científicos e técnicos da Enfermagem, a casos clínicos considerados forenses. Pressupõe um cruzamento entre o sistema de saúde (onde os enfermeiros se desenvolvem profissionalmente) e o sistema legal (IAFN, 2006).

A *Enfermagem Forense* inicia-se oficialmente no Verão de 1992, nos EUA, na cidade de Minneapolis, quando setenta e dois enfermeiros se reuniram na Universidade do Minnesota, para formar a Associação Internacional dos Enfermeiros Forenses, «*International Association of Forensic Nursing*». Estes enfermeiros tinham em comum o facto de serem «SANE» (Sexual Assault Nurse Examiner) (IAFN, 2006).

A Enfermeira *Virginia Lynch* é considerada a fundadora da Enfermagem Forense, sendo também responsável pela criação da IAFN, tendo sido a sua primeira presidente.

O seu interesse em ciências forenses iniciou-se em 1982, quando foi colocada no gabinete Médico-Legal, da cidade de Fort Worth, Condado de Tarrant, norte do Texas, e a sua primeira investigação incidiu sobre causas de morte (Lynch, 2006).

A sua tese de Mestrado intitulada «*Clinical Forensic Nursing: A Descriptive Study in Role Development*», de 1990, tornou-se na primeira publicação relacionada com o desenvolvimento de um novo papel na enfermagem: o especialista em Enfermagem Forense (Lynch, 2006).

Segundo Lynch (2006), a enfermagem enfrenta alguns desafios no virar deste século e o mundo forense é dos exemplos da expansão dos papéis que os enfermeiros irão preencher num futuro breve. Este novo aspecto da prática de enfermagem representa uma nova abordagem a adicionar às forças da lei, no seu combate ao crime e à violência interpessoal.

A génese desta nova vertente dos cuidados e intervenções de enfermagem surge como resposta à agressividade e ao delito crescente; assim, a Enfermagem une-se ao Direito e à Medicina Legal para que estas ciências, trabalhando em sintonia, possam construir uma sociedade mais justa (Bader e Gabriel, 2010).

De acordo com Lynch (2006), a enfermagem forense possui um potencial muito vasto. A perda de vidas humanas e as consequências físicas e psicológicas da violência, nas suas mais variadas vertentes, afecta a vida de milhões de indivíduos por todo o mundo.

Os casos médico-legais afiguram custos elevados na saúde, e aumentam o trabalho e o fardo do sistema judicial de qualquer país (Lynch, 2006). Desta forma, a prestação de serviços de enfermagem, interligada com uma formação em ciências médico-legais, é um passo estratégico inteligente a adoptar para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou sociedade.

O sonho e o desejo de centenas de enfermeiros com formação em ciências forenses projectam-se na concepção idealista de que, um dia, todos os hospitais e restantes instituições de saúde reclamem a presença de enfermeiros formados nesta área, de forma a assegurar que os requisitos médico-legais, em casos que assim o justifiquem, são cumpridos (Lynch, 2006).

O objectivo da IAFN centra-se no desenvolvimento de uma organização com um corpo diversificado de conhecimentos e práticas da profissão, para os que a exerciam em serviços e instituições que se interligassem, frequentemente, com os serviços judiciais (IAFN, 2006). Na óptica dos enfermeiros desta associação, os serviços considerados críticos para o aparecimento de casos clínicos forenses incluem os serviços de urgência; serviços de traumatologia; serviços de saúde infantil e pediatria; serviços de ginecologia, saúde da mulher e obstetrícia; cuidados intensivos; serviços de saúde mental e psiquiatria e ainda os departamentos hospitalares onde se incluam as comissões de ética (Lynch, 2006).

Desta forma, os enfermeiros com experiência nestes campos de acção poderiam definir estratégias e intervir junto de vítimas de crimes, bem como junto de perpetradores, nesta nova interferência da prática de Enfermagem (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

Para além do que foi descrito anteriormente, os enfermeiros com formação médico-legal poderão dar um inestimável contributo em termos de implementação de novas medidas de actuação das equipas de emergência pré-hospitalar e hospitalar, em termos de salvaguarda dos direitos das vítimas; poderão também colaborar com as equipas de investigação das forças judiciais e policiais bem como cooperar na prevenção das mais variadas formas de violência, através de acções de sensibilização e de educações para a saúde (IAFN, 2006).

As áreas de actuação da enfermagem forense, nos países onde esta vertente da profissão já se encontra implementada, são:

- A *violência interpessoal* (que abarca a violência doméstica, violação sexual, abuso sexual de menores, negligência de menores; abuso, violência e violação de indivíduos idosos e tráfico de seres humanos) (Lynch, 2006);

- A *saúde mental* (que abrange a prestação de serviços a crianças e jovens em risco de desenvolver problemas psíquicos por terem sido vítimas de trauma, violência ou violação; o trabalho com agressores sexuais e com as vítimas de violação sexual; a intervenção junto dos reclusos e dos agressores que sofrem de perturbações da personalidade, de psicoses e outras psicopatias, sem esquecer o seu seio familiar e a sua comunidade, com vista à sua reintegração) (Lynch, 2006);

- Os *serviços de urgência e trauma* (Lynch, 2006; Riviello, 2010);

- A *saúde pública e a segurança* das populações, nas quais estão abarcados os riscos ambientais; abuso de álcool; abuso de drogas; prevenção de acidentes rodoviários, investigação das causas de morte e ainda as catástrofes¹ (tais como epidemias, guerra, terremotos ou inundações) e desastres de efeitos limitados², (tais como acidentes com transportes público (IAFN, 2006).

A enfermagem forense, para ser aceite como especialidade pela Associação dos Enfermeiros Americanos, «ANA», foi intimada a definir a prática dos enfermeiros forenses, em termos de processo de enfermagem (Bader e Gabriel, 2010).

O *processo de enfermagem*³ é um instrumento de organização muito importante que, neste contexto, é utilizado nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa vítima de actos de negligência, agressão, violação ou trauma,

¹ Segundo Bandeira (2008), existem três condições principais para o conceito de catástrofe: afluxo intenso de vítimas; destruição de ordem material avultada e ainda desproporção entre o número de vítimas e os meios de socorro disponíveis, derivado de um acontecimento súbito de origem natural ou tecnológica, e que afecta gravemente a segurança, as condições de vida, a sociedade e a economia de um País.

² Infortúnio imprevisto e fortuito; emergência de tal magnitude que requer uma mobilização extraordinária de serviços de urgência e emergência (Bandeira, 2008).

³ O processo de enfermagem é a abordagem organizada e sistemática dos cuidados de enfermagem. Está intimamente relacionada com a identificação dos problemas na prestação de cuidados a uma pessoa, família ou comunidade, e a utilização de acções de enfermagem que, de forma eficaz, aliviem, minimizem ou previnam os problemas quer existentes quer em desenvolvimento. É baseado na avaliação da enfermagem e no diagnóstico de enfermagem a uma pessoa. O plano é composto por quatro pontos essenciais: a) identificação de problemas de cuidados de enfermagem; b) plano dos meios e medidas a utilizar para resolver esses problemas; c) descrição das acções específicas a utilizar para alcançar os objectivos delineados; d) registo dos resultados (Weller, 2004).

(quer a nível físico, quer a nível psicológico). O processo de enfermagem forense, segundo o modelo americano aqui exposto, é baseado no método científico, e compreende quatro etapas essenciais: a *colheita de informação* e de *dados*; *formulação de hipóteses*; *verificação das hipóteses* e, por fim, a *avaliação*. Dito isto, ao processo de enfermagem, ligado aos casos médico-legais, implica a identificação do problema, sumário dos factos e colheita de informação relativa ao caso, planificação de intervenções de enfermagem e, por fim, a avaliação final, que corresponde ao estabelecimento de uma correlação entre os resultados obtidos e as intervenções formuladas (Hammer *et al.*, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

A colaboração com os restantes membros do sistema judicial que acompanham os casos forenses é vital para a implementação e consequente sucesso do processo de enfermagem, e neles estão incluídos os advogados, elementos policiais, técnicos de laboratórios, médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros (Bader e Gabriel, 2010).

Os principais *diagnósticos de enfermagem*⁴ abordados na área forense dizem respeito às vítimas de violência, vítimas de trauma e até às pessoas cujas consequências de actos criminosos tenham resultado na sua morte. Ressalva-se, contudo, que estes não são totalmente inclusivos.

Os potenciais *domínios dos diagnósticos* de enfermagem estão relacionados com a psicologia, os comportamentos humanos e ainda os sistemas familiares, judiciais e de saúde.

Assim sendo, os possíveis diagnósticos de enfermagem relativos a casos forenses que poderão ser identificados são: descuido pessoal; gestão ineficaz da própria saúde; processos familiares disfuncionais; risco de desequilíbrio nutricional; privação do sono; transtorno do padrão do sono; deterioração da actividade física; fadiga; deterioração da comunicação verbal; confusão aguda; risco de choque; padrão respiratório ineficaz; ansiedade; ansiedade perante a morte; deterioração da capacidade de recuperação pessoal; temor; transtorno da

⁴ O diagnóstico de enfermagem resulta de uma série de julgamentos clínicos; são decisões complexas acerca do *status* individual ou familiar ou do contexto individual ou familiar. É imperativo que se compreenda que a sua funcionalidade não se relaciona com a semiótica de doenças, mas sim com a investigação e hierarquização de uma determinada condição, situação ou problema (Mota, 2009).

identidade pessoal; risco de compromisso da dignidade; conflito de decisão; sofrimento moral; sofrimento espiritual; risco de violência auto infligida; risco de violência dirigida a outros; risco de traumatismo; desconforto; dor aguda; dor crónica e ainda isolamento social (Lynch, 2006; Nanda International, 2009; Bader e Gabriel, 2010).

A planificação e as intervenções de enfermagem deverão ter em conta todos os intervenientes, isto é, não só a vítima, mas também a família, o agressor, a família, a comunidade e igualmente os profissionais de saúde, os profissionais do sistema judicial e os profissionais das forças policiais (Mota, 2009).

A documentação rigorosa é uma preocupação dos enfermeiros desde há mais de 100 anos. Os registos de enfermagem permitem, sobretudo, a continuidade dos cuidados. Os dados obtidos pelos enfermeiros são as informações sobre a condição clínica de um cliente, que podem ser obtidos através do exame físico, do seu historial, de situações actuais e podem ser objectivos ou subjectivos (Mota, 2009).

Em jeito de reflexão, todos os enfermeiros encontram, na sua prática clínica, oportunidades para aplicar princípios próprios das ciências forenses (Pyrek, 2006). Desta forma, a formação nesta área afigura-se como uma necessidade primordial, nos anos vindouros.

1.2.2 Enfermeiros forenses: o exemplo americano

A aplicação dos princípios que regem a enfermagem forense foi reconhecida, nos Estados Unidos da América, como uma nova mas importante e vital função a nível dos cuidados de Saúde, nos anos 90 do século passado. O conceito da enfermagem forense foi encarado, assim, como uma nova perspectiva da abordagem holística dos enfermeiros, no que diz respeito às questões que ligam esta doutrina ao Direito e à Justiça (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader Gabriel, 2010).

Examinar, reconhecer, recolher e preservar, são acções essenciais na prática da Enfermagem Forense, assim como educar a população contra a violência interpessoal. O trabalho do enfermeiro forense não se limita apenas aos exames e recolha de vestígios; a sua actividade estende-se também à assistência de pessoas envolvidas, em qualquer forma de violência e negligência, em

situações do foro jurídico e penal, o que inclui conjunturas relacionadas com o tráfico humano, com acidentes, com os erros e negligência dos profissionais de saúde, e ainda a assistência a pessoas em situações médico-legais peculiares, tais como infanticídio, homicídio, suicídio, envenenamento, que possam eventualmente ocorrer em meio hospitalar ou comunitário. A perícia do enfermeiro forense alonga-se ainda ao exame “post mortem” ou “in vivo”, em crianças com mais de 13 anos e adolescentes (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader, 2010).

Em relação às vítimas de violência sexual, nos Estados Unidos da América as mesmas são assistidas por uma equipa multidisciplinar, na qual os enfermeiros forenses apresentam um papel de destaque (Gomes, 2010).

Para adquirir o título «SANE», o enfermeiro deverá possuir no mínimo dois anos de experiência na prática forense e submeter-se a um curso de 40 horas, com treino técnico de recolha de vestígios, fotografia forense, revisão de leis locais e prática supervisionada em mulheres voluntárias. Nos casos dos exames periciais em adultos, o requisito mínimo é a execução de 10 exames ginecológicos, supervisionados por um instrutor qualificado (Gomes, 2010).

Considerando que um exame físico completo pode levar até três horas, o enfermeiro perito dedica-se a fazer um exame vasto e completo da vítima. Em caso de óbito, o enfermeiro forense actua em consonância com a restante equipa multidisciplinar na investigação da possível causa de morte, preservando vestígios físicos, investigando o corpo e tem, ainda, a possibilidade de proceder ao exame do local onde o mesmo foi encontrado (Gomes, 2010).

A perícia pode ser aplicada também ao agressor ou suspeito da violência sexual, para recolha de DNA e outros vestígios necessários. Após a triagem (realizada pela equipa de emergência), são contactados profissionais especializados na matéria, designados de «SART» (Sexual Assault Response Team). O grupo é composto por enfermeiros forenses, «SANE», agentes das forças policiais, assistente social e psicólogos (Gomes, 2010).

Nos Estados Unidos, a IAFN elaborou um protocolo padronizado para perícia em vítimas de violação e abuso sexual. A padronização das medidas contidas no protocolo citado ainda não é uma prática em muitos países ditos desenvolvidos, devido aos factores económicos e políticos que envolvem a prática da enfermagem forense, bem como a nível dos recursos materiais, humanos e económicos indispensáveis para a efectivação dos exames periciais (Gomes, 2010).

A *perícia completa* é constituída por um questionário sobre o ocorrido, exame físico minucioso, recolha de espécimes para estudo de DNA, documentação e fotos das lesões corporais externas e internas, incluindo exame com luz ultravioleta, para visualização de substâncias que contem proteína como o sémen (Gomes, 2010).

Prosegue com *exames da cavidade oral e genital*, com o auxílio de colposcópio (anexado a câmara digital e computador), os quais aumentam e gravam a imagem. As roupas também são recolhidas para exame forense (para estudo de possíveis vestígios). A urina e o sangue são recolhidos apenas em caso de suspeita de ingestão involuntária de drogas (Gomes, 2010).

Nas *situações de violação*, a vítima é submetida a teste de gravidez, antes do exame pericial, e poderá ter indicação para administração de contraceptivo de emergência (Gomes, 2010).

O *tratamento profiláctico*, após completar-se o exame pericial, envolve a vacina contra a hepatite e antibióticos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Gomes, 2010).

Em alguns casos, o enfermeiro forense é requisitado, como perito ou testemunha, para depor em tribunal, pelo que se torna indispensável o arquivo da documentação detalhada relacionada com os exames realizados à vítima e outras anotações pertinentes, já que alguns processos podem levar anos até chegar à fase de depoimento profissional (Gomes, 2010).

1.2.2.1 A identificação de vestígios

As ciências forenses geralmente começam na cena do crime. Se os vestígios não forem reconhecidos e cuidadosamente recolhidos, preservados e registados, pouco ou nada poderá ser efectuado a nível laboratorial, de forma a contornar este problema (Lynch, 2006).

A identificação humana, através dos vestígios, tem desempenhado um papel relevante na investigação criminal. Os vestígios relacionados com a prática de crimes têm como desígnio o estudo das suas características a nível laboratorial, com o fim de as comparar com amostras, sendo que o intuito final destas acções se premeia com a identificação do autor do crime (Pinheiro, 2008).

O profissional de saúde apresenta-se numa posição singular e privilegiada para efectuar a identificação, recolha e preservação de vestígios isto porque, por

vezes, a primeira oportunidade que surge para levar a cabo este procedimento ocorre em meio hospitalar (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

O rol de crimes é tão variado, que não se pode reduzir em pequenas frases ou parágrafos todos os possíveis cenários com os quais os profissionais de saúde poderão se deparar no seu dia-a-dia (Lynch, 2006). As condições sob os quais os vestígios são recolhidos não são sempre as ideais e por esta razão é imperativo que os enfermeiros, que prestam serviço nas diferentes unidades de saúde e que desenvolvem a sua actividade profissional numa área considerada crítica para o aparecimento de casos forenses, estejam a par das técnicas de reconhecimento, recolha e preservação das mesmas (Lynch, 2006).

O ***Princípio de Locard*** tem acompanhado a Medicina Legal e as Ciências Forenses, desde que foi estipulado e reconhecido. Este preconiza que, quando uma pessoa ou um objecto entra em contacto com outro indivíduo, material ou substância, existe a possibilidade de uma troca entre estes. De forma mais simplificada poder-se-á afirmar que, à luz deste princípio «*todo o contacto deixa um rasto*» (Hammer *et al.*, 2006; Innes, 2007). Este princípio revela ser de grande utilidade quando ocorre uma investigação acerca das causas e circunstâncias de um crime ou acidente. A existência ou não de um vestígio poderá corroborar ou não supostos eventos ou acções.

Reconhecer vestígios nem sempre é uma tarefa fácil. De forma frequente, os materiais que são transferidos de um objecto para outro existem em pequenas quantidades e, por vezes, essas mesmas quantidades são ínfimas. No entanto, através de uma sólida formação, de onde e como essas trocas se processam, os profissionais que integram os serviços de Urgência poderão actuar no sentido de identificar, recolher e preservar os vestígios forenses (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

«*A nível dos serviços de Saúde não existe, provavelmente, vestígio físico mais importante que a roupa do paciente*» (Lynch, 2006:103). Por exemplo, a roupa de uma alegada vítima de tiroteio, que dê entrada no serviço de Urgência, poderá conter informações múltiplas. Quando uma bala penetra uma peça de vestuário, material característico da mesma fica, usualmente, depositado. A pólvora queimada ou parcialmente queimada (partículas) poderá, então, ser identificada (geralmente em torno do buraco da bala), recolhida e preservada (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

A forma e a distribuição das partículas poderão revelar outras informações, nomeadamente acerca da distância entre a arma de fogo e a vítima.

Este conhecimento é muito importantes para os investigador pois, a partir do mesmo, poder-se-á refutar ou não a teoria de auto-defesa (Lynch, 2006).

Por outro lado, os rasgões presentes nas roupas de uma determinada vítima poderão permitir a identificação, através de uma cuidadosa inquirição, do tipo de arma que a produziu (Lynch, 2006).

Desta forma, depreende-se que a remoção de peças de vestuário deverá ser efectuada de uma forma conscienciosa e criteriosa. Se for necessário cortar a roupa, os cortes deverão ser feitos longe da área afectada e ao longo das linhas de costura, medida esta que permite reduzir qualquer interferência com os vestígios físicos (Lynch, 2006).

No caso de o paciente entrar nos serviços de Urgência já cadáver, ou vir a falecer neste serviço, todas as peças de vestuário (incluindo os sapatos) deverão permanecer no corpo. Contudo, se for necessário o transporte do cadáver, e este acto implicar a perda e/ou contaminação de vestígios, *«então deverão ser implementadas medidas para que se possa proceder à identificação, recolha e preservação apropriadas das mesmas»* (Lynch, 2006:103).

1.2.2.2 A cadeia de custódia

«Os documentos da cadeia de custódia interligam todas as pessoas que manipulam os vestígios ou entraram em contacto com estes (...) A transferência ou deslocação de vestígios, de um lado para outro, deverão estar devidamente documentados e, por sua vez, dever-se-á certificar sempre que estes últimos acompanham os vestígios, em todos os seus percursos» (Lynch, 2006:101).

A cadeia de custódia funciona, desta forma, como uma garantia, a nível judicial, que o vestígio recolhido é o mesmo que foi colhido no local do crime ou, neste caso, na vítima; fundamentalmente assegura que o mesmo não foi alterado.

O resultado deste procedimento é visível em documentos ou formulários elaborados para esse devido efeito. Clarifica-se *onde* é que os vestígios estiveram e em que *data* (criando um histórico do percurso dos vestígios), assim como permite identificar todos os indivíduos que os manusearam (desde que foram recolhidos, até ao momento em que foram apresentados em tribunal) (Lynch, 2006).

Este documento ou formulário permite, por conseguinte, criar um histórico do percurso dos vestígios, assim como identificar todos os indivíduos que o

manusearam.

Assim que um recipiente de contenção de vestígios é escolhido (quer seja uma caixa, saco, lata, tubo ou outro) dever-se-á proceder à sua marcação e identificação.

O responsável pela sua recolha e acondicionamento deverá colocar os seus elementos identificativos (tal como o nome e número mecanográfico), bem como a data da mesma. Se os vestígios forem transferidos para a delegação de outro profissional de saúde ou delegação de um laboratório, espera-se que esta transferência conste nos respectivos registos, isto é, no documento apropriado para o efeito.

No fundo, todos os indivíduos que entram em contacto com os vestígios recolhidos deverão efectuar o registo do mesmo, devido a questões relacionadas com os depoimentos em Tribunal, bem como por questões relacionadas com suspeitas acerca da manutenção da cadeia de custódia. Para evitar que isto se suceda, é imperativo que a cadeia de custódia se constitua pelo menor número de pessoas possível (Lynch, 2006).

Em meio hospitalar, ou em outras instituições de saúde, é de suma importância que exista um cofre ou compartimento seguro fechado, com apenas uma chave disponível, de forma a fornecer a máxima segurança dos vestígios clínicos, e deverá ser nomeado um responsável pela mesma (como por exemplo o chefe do serviço ou o chefe de turno). No fundo pretende-se que esta chave seja manipulada à semelhança da chave de acesso aos medicamentos estupefacientes e narcóticos (Lynch, 2006).

1.2.2.3 A documentação de vestígios

O primeiro passo para uma correcta colheita e manutenção de vestígios é através da documentação dos registos efectuados (Lynch, 2006).

As notas descritivas e as observações por parte do enfermeiro, transpostas para os registos de enfermagem, devem ser iniciadas o mais rapidamente e com o maior detalhe possível.

Além das informações gerais sobre a vítima e/ ou perpetrador (tal como nome, idade, sexo, data e hora), também deverão constar o motivo de entrada na unidade ou serviço, estado geral, sinais e sintomas que apresenta, tratamento do espólio e todos os restantes dados que o enfermeiro achar pertinente (por

exemplo, doenças crónicas), bem como a forma de transporte até ao serviço onde o enfermeiro se encontra (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Tendo em conta os princípios éticos e deontológicos, o enfermeiro deverá obter do indivíduo a devida autorização para poder efectuar a identificação, recolha e preservação de vestígios, estabelecendo sempre um diálogo, explicitando os direitos do mesmo. No fundo, o enfermeiro, e os restantes membros da equipa multidisciplinar, deverão assegurar que todos os itens de um **consentimento informado** são devidamente esclarecidos ao indivíduo (em relação a actos de enfermagem, actos médicos, cirúrgicos e anestésicos), permitindo a sua reflexão e um momento para esclarecer algumas interrogações em relação qualquer procedimento que suscite dúvidas (Lynch, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

Quando a pessoa não está apta a dar o seu consentimento informado, deverá o profissional de saúde tentar obter o mesmo através do seu responsável legal ou parente próximo. Neste caso é importante documentar quem deu o consentimento e qual a sua relação com o mesmo (Lynch, 2006).

Esta atenção especial em relação à obtenção do consentimento informado por parte do profissional de saúde, para recolha de vestígios, poderá evitar eventuais situações problemáticas em relação à legalidade das mesmas, em termos da sua admissão em Tribunal.

É igualmente relevante mencionar que o tratamento e implementação de técnicas altamente especializadas (como por exemplo, uma cirurgia) poderão comprometer, de forma definitiva, os vestígios. Assim, a sensibilidade por parte da equipa de saúde, no que concerne à identificação, recolha e preservação de vestígios, poderá prevenir a destruição dos mesmos.

Apesar do que foi descrito anteriormente, nenhum profissional de saúde poderá esquecer que o bem-estar do indivíduo sobrepõe-se a qualquer outro valor.

A foto documentação:

As fotografias tiradas pelo enfermeiro, à pessoa que recorre aos serviços de saúde e identificada como caso forense deverão permitir uma visualização geral, incluindo a face e as áreas afectadas, assim como fotos com um nível mais elevado de pormenor, preferencialmente com a face da mesma, por questões de identificação (Lynch, 2006). Nas restantes fotos deverá ser incluído um elemento de identificação da vítima, quando possível (como por exemplo, a sua etiqueta de identificação do SU).

No registo das mesmas, deverão constar informações pertinentes tais como o nome do indivíduo, nome do profissional que efectuou esse acto, hora, marca e modelo da máquina (Lynch, 2006).

Se se obtiver a autorização para tirar uma fotografia a uma ferida, essa mesma fotografia deverá ser obtida com a ferida no seu estado primordial, isto é, o estado com o qual o enfermeiro se deparou com a mesma, antes de efectuar qualquer tipo de intervenção (Lynch, 2006).

Neste tipo de registo fotográfico é pertinente colocar junto da área a ser fotografada (sem, contudo a macular), um objecto que sirva de medida de comparação, isto é, de “standard” (em termos de largura e altura), para melhor se delinear essa mesma área. Pode-se, a título de exemplo, colocar uma moeda ao lado de uma ferida provocada pela entrada de uma bala, o que, por sua vez, permitirá ao investigador especializado nessa área uma rápida interpretação do tamanho da mesma, aquando da visualização das fotos, tempos depois (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

As fotografias deverão, sempre que possível, ser acompanhadas por uma descrição detalhada em relação aos sinais apresentados pelo corpo da vítima (feridas, hematomas, entre outros). As fotografias deverão ser manuseadas de forma apropriada, pois também irão fazer parte da cadeia de custódia. (Lynch, 2006).

Diagramas anatómicos:

Os diagramas anatómicos, ou gráficos corporais, são uma representação gráfica de figuras humanas com exposição frontal dorsal e lateral de áreas anatómicas “major”, podendo ainda representar áreas corporais “minor”, tal como as mãos ou o pavilhão auricular (Vales da Silva, 2009).

São ferramentas muito úteis para complementar informação, identificação, avaliação e registo, e facilitam a documentação de ângulos e padrões relativos ao corpo humano (Vales da Silva, 2009).

São pouco extensos, são relativamente fáceis de preencher e previnem erros direccionais (Vales da Silva, 2009).

Um diagrama é uma boa ferramenta para registar todas as características de lesões, marcas e feridas presentes no corpo da vítima, de uma forma precisa e autêntica. O registo de cada uma delas deverá incluir a sua localização, tamanho, forma, coloração e características circundantes. A presença de qualquer objecto ou material estranho na ferida ou em seu redor deverá também ser registado (Lynch, 2006; Pyrek, 2006).

Embora sejam instrumentos documentais muito úteis, possuem uma grande desvantagem: não se consegue demonstrar as verdadeiras características das lesões (Vales da Silva, 2009).

Kits de recolha de vestígios:

Os kits de recolha de vestígios são um meio útil e conveniente para assegurar a viabilidade dos mesmos. Existem vários kits comercializados, e geralmente contêm pequenos recipientes ou frascos, dos mais variados materiais (por exemplo, recipientes de metal para recolha de chapas deste material ou partículas de vidro); envelopes de papel (de diferentes tamanhos) para recolha de balas, cartuchos, amostras de cabelo e de fibras; sacos com fecho em “zip”, úteis para “empacotar” amostras de solo, material vegetal ou vários tipos de estupefacientes e drogas. Para o armazenamento de roupas e material biológico restante, a preferência deverá incidir por embalagens, sacos ou pacotes feitos de papel (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006, Bader e Gabriel, 2010).

Os selos são um importante componente destes kits, e servem para sigilar os vários contentores, sacos e pacotes que eventualmente tenham sido utilizados para efectuar a recolha de vestígios, mantendo-os fechados e seguros. Assim, qualquer tentativa para aceder ao conteúdo destes kits irá ser revelada pela “quebra” óbvia dos selos (Lynch, 2006).

1.2.2.4 A preservação de vestígios

Os crimes que envolvem o contacto directo entre uma vítima, o perpetrador e um objecto são particularmente férteis para a recolha de vestígios físicos.

Imaginando uma suposta vítima de acidente de viação, esta poderá ter nas suas peças de vestuário vestígios do carro que causou este mesmo acidente (como por exemplo restos de tinta, impressão de pneus, pedaços de vidro, entre outros).

Os restos de tinta poderão ser acondicionados em sacos de papel, frascos de vidro ou de plástico. Se algum dos artigos recolhidos se apresentar molhado, deverá ser seco, em local seguro, antes do seu empacotamento. Desta forma, o profissional que efectuar a recolha de vestígios deverá ter em atenção que, no que concerne a artigos de vestuário, estes nunca deverão ser empacotados molhados (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

Por precaução, dever-se-á colocar uma folha de papel entre as partes da roupa, se esta necessitar de ser dobrada (Lynch, 2006). Por sua vez, cada saco deverá conter apenas uma peça de roupa; o cuidado com a etiquetagem deverá ser uma preocupação sempre presente; esta deverá conter informação acerca do seu conteúdo, nome do indivíduo, nome do profissional, data e hora de recolha e empacotamento, bem como destino final, de forma a manter a cadeia de custódia (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

O enfermeiro que procede à recolha de vestígios deverá ter uma atenção especial às mãos do indivíduo. Esfregar as mãos ou lavá-las poderá comprometer possíveis vestígios que nelas possam estar contidas. Se necessário, as mãos poderão ser envolvidas em sacos de papel, que deverão ser selados com adesivo até ao cotovelo. Esta actuação previne, então, a perda dos mesmos (Lynch, 2006).

Preservação de vestígios relacionadas com o vidro

«A recolha de vestígios relacionados com o vidro são de extrema importância, se o profissional que procede à recolha do mesmo tiver a hipótese de individualizar eventuais fragmentos e relacioná-los com uma fonte comum» (Lynch, 2006: 105). Deverão ser recolhidos o máximo de fragmentos possíveis, para que a reconstituição e respectivo “emparelhamento” possam ser levados a

cabo da forma mais eficiente possível. Este procedimento poderá auxiliar os técnicos forenses a estabelecer uma ligação entre os fragmentos de vidro encontrados numa pessoa com o vidro restante nos faróis ou reflectores de um carro suspeito.

Na eventualidade de ocorrer a recolha de vidros provenientes de sapatos ou roupa, os mesmos deverão ser embalados em papel e transportados para o laboratório. Dever-se-á evitar retirar os bocados de vidro da roupa, a não ser que este acto se torne absolutamente necessário para a sua preservação (Lynch, 2006).

Preservação de vestígios relacionadas com o solo

Em algumas situações, como no caso de acidentes de viação, o carro tende a colher algum solo e este tende a fixar-se nas fendas das rodas. O impacto do automóvel com outro carro, objecto ou pessoa poderá libertar algumas destas camadas, estabelecendo um elo entre os mesmos (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Assim, o solo encontrado numa vítima ou num suspeito deverá ser cuidadosamente recolhido e preservado, para posterior análise. Se o solo for encontrado aderente a um objecto (por exemplo, a um sapato), então não deverá ser removido e, em vez disso, o mesmo deverá ser individualizado, envolto em papel (empacotado) e transportado para o laboratório, para posterior análise (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Preservação de vestígios relacionadas com armas de fogo

Balas, cartuchos e outros tipos de vestígios, tais como fragmentos de metal, são muitas vezes encontrados em utentes admitidos nos Serviços de Urgência. Todas estas evidências são muito frágeis e são necessárias precauções para assegurar que as condições originais se mantêm da forma mais intacta possível. Quando ocorre a recolha de balas ou cartuchos, dever-se-á utilizar luvas ou instrumentos tipo cirúrgico (como pinças ou fórceps) de material não-metálico (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

As peças recolhidas não deverão ser lavadas, e o melhor procedimento a seguir será secar com ar quente as mesmas, antes de se proceder ao seu empacotamento. O material recomendado para este tipo de evidência são sacos

com fecho tipo “zip” ou pequenos contentores, para cada uma das peças (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Preservação de vestígios relacionadas com fibras

Os vestígios relacionados com as fibras podem estar associados, de forma virtual, a qualquer crime. São evidências que são de difícil visualização a “olho nu”, e poderão passar facilmente despercebidas, por alguém que não esteja especificamente à procura destas (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Os artigos de vestuário, incluindo os sapatos, deverão ser cuidadosamente empacotados em sacos de papel individual, evitando a contaminação cruzada dos vestígios recolhidos. O enfermeiro que procede à identificação e recolha destas evidências deverá ter um cuidado escrupuloso de forma a evitar que os artigos de vestuário de diferentes pessoas ou origens entrem em contacto mútuo (Lynch, 2006). Para otimizar a técnica referida, os artigos não deverão estar sob a mesma superfície antes do seu empacotamento.

Se se suspeitar que determinada parte de um corpo esteve em contacto com um tecido, tal como um cobertor ou peça de roupa, dever-se-á passar uma fita adesiva nas áreas corporais expostas, a fim de enviá-la para o laboratório, para que este possa proceder à identificação das fibras contidas na mesma (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Ocasionalmente, poderá ser necessário remover uma fibra de um determinado objecto, se se suspeitar que este poderá contaminar-se, desprender-se ou perder-se, no percurso entre o serviço e o laboratório.

As fibras deverão ser colhidas com uma pinça esterilizada e, posteriormente, colocadas num pequeno pacote de papel que, após a devida etiquetagem, poderá ser colocado noutro contentor (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

1.2.2.5 Vestígios relacionados com a violação sexual

A identificação, recolha e preservação do sémen numa alegada vítima de violação sexual é uma evidência extremamente importante, que sustenta o facto que ocorreu uma relação sexual. Contudo, convém salientar que a ausência do mesmo não significa que não ocorreu uma violação sexual (Hammer *et al.*, 2006;

Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

As feridas e alterações corporais, tal como a identificação de hematomas e equimoses, tendem a confirmar que existiu um contacto físico de índole agressiva (Lynch, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

Há uma distinta possibilidade que um contacto físico violento entre uma vítima e o perpetrador resulte numa transferência de vestígios, tais como sangue, cabelos, pêlos e fibras. A presença destes vestígios físicos permite a formação de um elo vital na corrente de acontecimentos e circunstâncias que rodearam o crime sexual (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006; Bader e Gabriel, 2010).

Para proteger este tipo de vestígios e evidências, todas as peças de vestuário interior e exterior deverão ser cuidadosamente removidas e embaladas separadamente em sacos ou pacotes de papel, nunca em recipientes de plástico. Este cuidado com o material de fabrico do empacotamento relaciona-se com o facto de o plástico potenciar a acumulação de níveis de humidade o que, por sua vez, contribui para o crescimento e desenvolvimento de bactérias e fungos que poderão destruir o DNA contido nos vestígios (Lynch, 2006).

Se a alegada vítima de violação sexual suportar o acto de despir-se, aquando do exame físico de índole forense, deverão ser tomadas algumas medidas de prevenção. O enfermeiro deverá colocar um lençol grande no chão (tipo cirúrgico) e sob o mesmo dispor uma folha de papel, típica das que são utilizadas nas marquesas cirúrgicas em meio hospitalar. A vítima deverá ser incentivada, então, a remover os sapatos, antes de se colocar sob o papel. Em seguida, o profissional de enfermagem pedirá à vítima para retirar os seus itens de vestuário, mantendo-se sob o papel com o propósito de recolher qualquer material menos aderente que, eventualmente, se possa soltar da roupa enquanto a vítima se despe (Lynch, 2006).

O enfermeiro deverá recolher cada item assim que a vítima o despe procedendo, posteriormente, ao seu empacotamento em sacos de papel, de forma a evitar a contaminação cruzada das evidências físicas. Após a vítima ter retirado as peças de vestuário, a folha de papel deverá ser dobrada, permitindo a retenção de todo o material “libertado”, passível de ser analisado a nível laboratorial (Lynch, 2006).

Quando as peças de vestuário se encontram húmidas, o enfermeiro deverá deixar que estas sequem, antes de proceder ao seu empacotamento.

Os itens suspeitos de conterem manchas de sémen deverão ser

manuseados com um cuidado redobrado, pois dobrar um item sobre a mancha, bem como esfregar a área manchada contra a superfície do material de empacotamento, poderá causar a descamação da mesma (Lynch, 2006).

Se, por alguma circunstância anormal, não for possível transportar a peça ou material manchado para o laboratório, a área manchada deverá ser cortada juntamente com uma amostra do mesmo material que não contenha essa mesma mancha, como forma de amostra-controlo (Lynch, 2006). Posteriormente, serão efectuadas análises de DNA num laboratório forense; por seu turno, os técnicos laboratoriais irão proceder de forma a estabelecer uma correspondência entre o vestígio disponível com uma amostra de DNA de um suspeito (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Os indivíduos podem transferir o seu DNA através de níveis médios de transpiração o que requer, da parte dos técnicos de laboratório, uma atenção especial no manuseamento dos itens que possam conter vestígios biológicos de transpiração, através da minimização do contacto directo com estas últimas (Lynch, 2006).

Todos os fluidos corporais deverão ser considerados contaminados. Por esta razão, todos os vestígios deverão ser sempre manuseados com luvas, batas e máscaras descartáveis. Este equipamento impede que o enfermeiro contamine outros vestígios, através de material “cruzado”.

No decorrer do exame clínico de âmbito forense, os profissionais habilitados deverão proceder à recolha de material físico apropriado (a partir da vítima e/ou agressor sexual) para análise laboratorial forense. É expectável que estes profissionais possuam um kit apropriado e aprovado pelo laboratório forense da região ou país (Lynch, 2006). Em Portugal, existem kits para recolha de vestígios de DNA e kits para recolha de vestígios para análise toxicológica, sendo esta informação concedida de modo informal, pelo Mestre Albino Gomes.

Após o posicionamento da pessoa que será submetida ao exame, na marquesa apropriada para o efeito, o profissional procede aos actos necessários para recolha de vestígios e de informação relacionados com os danos corporais.

Aquando da recolha de pêlos púbicos através da escovagem dessa região, o profissional deverá colocar uma folha de papel debaixo do pente e das nádegas. As “amostras-controlo” de pêlos púbicos deverão ser cortadas próximos da linha da pele. «*Duas dúzias de pêlos em toda a sua extensão e comprimento, da região púbica, é considerada como uma amostra exemplar adequada*» (Lynch, 2006:106).

As amostras recolhidas da área genital (nomeadamente da região cervical e vaginal), devem ser recolhidas com pelo menos duas zaragatoas levemente humedecidas, para posteriormente serem submetidas à técnica de esfregaço, isto é, o material biológico nelas contidas é transferido para a lâmina de microscópio. Após serem recolhidas, as amostras deverão ser secas ao ar durante cinco a dez minutos, antes de serem colocadas no recipiente de transporte (sacos, pacotes ou pequenas embalagens de papel) (Lynch, 2006).

Se o historial do acontecimento incluir contacto sexual a nível rectal, a área perianal também deverá ser submetida ao mesmo procedimento aplicado à área vaginal, com pelo menos duas zaragatoas, também elas ligeiramente humedecidas, de forma a prevenir a contaminação das mesmas pelos fluidos vaginais que possam estar, eventualmente, presentes no ânus. Deverão ser utilizadas duas zaragatoas e, à semelhança da técnica utilizada para a área genital, dever-se-á proceder ao seu esfregaço numa lâmina de microscópio. Não esquecer que ambas deverão secar, ao ar, antes do seu empacotamento apropriado (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Se ocorreu contacto oral-genital, também dever-se-á utilizar zaragatoas, para recolha de eventuais vestígios celulares na área bucal e dever-se-á proceder ao seu esfregaço numa lâmina de microscópio, à semelhança da técnica mencionada anteriormente (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Em relação ao cabelo, deverão ser recolhidos cerca de cinco tipos de amostra, em toda a sua extensão e comprimento (centro, área frontal, parte posterior, lado esquerdo e lado direito). Estes deverão ser cortados o mais próximo da linha da pele. Recomenda-se que a amostra consista em cerca de 50 cabelos, que serão enviados, posteriormente, para o laboratório forense (Lynch, 2006).

Durante este processo, são colhidas amostras de sangue, para tubos esterilizados, com vácuo, contendo o conservante que permite a conservação do DNA. Deve-se também colher sangue para um tubo contendo fluoreto de sódio e EDTA, apropriado para análise dos parâmetros bioquímicos, e um tubo siliconado, sem anticoagulante, indicado para testes serológicos. Assim, e tendo como referência o sistema Vacutainer⁵, é aconselhado colher sangue para um

⁵ Vacutainer ® é uma marca registada de tubos de ensaio, especialmente concebidos para a punção venosa. Foi desenvolvido em 1947, por Joseph Kleiner. Actualmente são comercializados pela Becton, Dickinson and Company.

tubo de topo vermelho (sorologia), um tubo de topo lavanda (hematologia) e por fim um tubo de topo cinzento (bioquímica).

As amostras de sangue podem ser utilizadas para tipagem de DNA, assim como para análises toxicológicas, se requeridas. Antes da entrega no laboratório, os tubos deverão ser mantidos num local refrigerado, enquanto aguardam o transporte. Nunca, sob qualquer circunstância, deverão ser congelados (Lynch, 2006).

O DNA pode ser recolhido por uma zaragatoa bucal, sendo esta técnica menos traumática e invasiva. O método é idêntico ao que foi descrito anteriormente, em relação à amostra relacionada com o contacto sexual oral.

As unhas também podem constituir-se como uma importante fonte de vestígios. Para otimizar a identificação, recolha e preservação de vestígios, o profissional de enfermagem deverá colocar uma folha de papel limpa debaixo de cada uma das mãos e proceder ao corte das unhas ou passagem de zaragatoa. (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006; Pyrek, 2006, Bader e Gabriel, 2010).

Se possível, dever-se-á proceder à recolha de cerca de 30 ml de urina, para que esta seja submetida a testes de toxicologia, para detecção de drogas que são associadas como sendo facilitadoras de violação sexual (Hammer *et al.*, 2006; Lynch, 2006).

Muitas vezes, a vítima de violação sexual poderá referir que o perpetrador do crime instigou mordidas e/ou lambidelas, entre outras acções semelhantes. A grande sensibilidade das novas tecnologias relacionadas com o DNA permitem a identificação do mesmo através da saliva recolhida através da pele da vítima (Lynch, 2006). A forma mais eficaz de recolher a saliva e seus resíduos é passar, pela área suspeita, uma zaragatoa humedecida com água destilada utilizando movimentos rotativos (Lynch, 2006). Uma segunda zaragatoa deverá ser passada sob a área suspeita, da mesma forma que a anterior, com o intuito de recolher os excedentes do procedimento anterior. Ambas as zaragatoas deverão, mais uma vez, ser secas ao ar, antes de serem embaladas. (Lynch, 2006).

Se um suspeito é detido, os seguintes itens deverão ser recolhidos, de forma rotineira: todas as peças de roupa aparentemente utilizadas na altura do crime, amostras de cabelo e de pêlos púbicos, amostras da mucosa oral, amostra de sangue, aplicação da técnica de zaragatoa e esfregaço referente à região peniana (que deverá ser efectuada até 24h após a violação sexual) (Lynch, 2006).

O sémen é o vestígio biológico mais vezes analisado no âmbito das agressões sexuais (Pinheiro, 2008). A presença de constituintes seminais na

vagina poderá tornar-se um factor importante, aquando da tentativa da verificação da hora da alegada violação sexual.

Espermatozóides vivos, móveis e com cauda, podem sobreviver entre quatro a seis horas na cavidade vaginal, numa pessoa viva. Espermatozóides não móveis poderão ser encontrado numa pessoa viva até cerca de três dias após a ocorrência de uma relação sexual e, ocasionalmente, até cerca de seis dias (Lynch, 2006).

Espermatozóides com cauda, raramente são encontrados 16 horas após a ocorrência. No entanto, importa referir que têm sido encontrados espermatozóides com cauda mais tardiamente, até 72 horas após o evento (Lynch, 2006).

Após a relação sexual, a probabilidade de encontrar fosfatase ácida seminal⁶ na cavidade vaginal decresce marcadamente, sendo poucas as hipóteses de identificar esta substância 48 horas depois da mesma (Lynch, 2006).

Tendo em consideração a persistência prolongada, quer dos espermatozóides, quer da fosfatase ácida seminal na cavidade vaginal após a relação sexual, os investigadores forenses deverão procurar informação no sentido de determinar *se* e *quando* ocorreu actividade sexual voluntária, antes da violação sexual. Esta informação reveste-se de uma importância extrema na medida que é possível interpretar com o máximo de rigor o significado dos achados destes constituintes seminais na vítima.

Uma boa prática em relação a esta matéria será a de colher sangue ou zaragatoas orais para análise do DNA de qualquer parceiro consensual que tivesse estabelecido uma relação sexual com a vítima nas últimas 72 horas (Lynch, 2006).

Outro indicador relevante de actividades sexuais recentes é a proteína p30, que é um antigénio específico da próstata. Esta proteína confirma a presença de sémen. Este marcador não é detectado na cavidade vaginal para além das 24 horas após uma relação sexual (Lynch, 2006).

Por fim, evidencia-se que o sucesso da perícia efectuada em meio laboratorial irá depender da forma como os vestígios foram colhidos, acondicionados e enviados para este último, e estas acções são particularmente importantes aquando da realização do exame à vítima (Pinheiro, 2008).

⁶ A **fosfatase** ácida seminal é uma enzima que pode ser encontrada no fluido seminal, em altas concentrações, e a sua origem deriva da glândula prostática (Brenner, 2004).

1.2.3 Enfermagem Forense em Portugal

Em Portugal, o conceito e definição das intervenções de Enfermagem na disciplina da Medicina Legal e das Ciências Forenses é ainda praticamente desconhecido pela grande maioria dos enfermeiros, apesar de muitos profissionais trabalharem com situações clínicas com possíveis ligações ao mundo forense e às questões médico-legais. Por outro lado, não existem muitas formações específicas nesta área. Destaca-se, atítulo de exemplo, a pós graduação em Enfermagem Forense, a decorrer na ESEFSM, pioneira neste tipo de iniciativa, sob a coordenação do Enf.º Albino Gomes. O primeiro curso iniciou-se em Abril de 2009.

São várias as situações na área forense com que o enfermeiro se depara, no seu quotidiano, como por exemplo: os cuidados de enfermagem às vítimas de trauma, de violência física, de agressões sexuais, de acidentes rodoviários, de acidentes laborais, de violência com recurso a armas de fogo, a armas brancas, tentativas de homicídio, de suicídio, de abuso sexual, de negligência dos profissionais de saúde, de intoxicações, de questões relacionadas com a gravidez, parentalidade, esterilidade, práticas abortivas ilegais, doação de órgãos, abuso de álcool e de drogas, cuidados de saúde prestados a indivíduos de especial vulnerabilidade. Estes constituem algumas das situações, que são comuns na prática clínica do enfermeiro, que abordam problemas médico-legais e nas quais este profissional participa e intercede, seja a nível da comunidade, seja a nível hospitalar.

Para além do que foi descrito, a aliança entre a Enfermagem e o universo forense já desfruta de algum caminho desbravado, através da realização de estudos de Mestrado efectuados no âmbito da Medicina Legal, elaborado por enfermeiros.

Assim, e uma vez que existe a necessidade social de uma maior divulgação desta área e de adequada preparação por parte dos profissionais de saúde, a Enfermagem Forense tem vindo a ganhar reconhecimento, de forma gradual, e espera-se que esta notoriedade encontre um forte reflexo em Portugal, nomeadamente pela introdução, nos currículos do curso de licenciatura, de noções gerais desta disciplina.

1.3 Enfermagem e Serviços de Urgência

Neste capítulo abordar-se-á, de forma muito simplificada, o contexto de trabalho dos enfermeiros dos serviços de urgência. Esta necessidade liga-se com o facto de existir uma indispensabilidade inerente de contextualização da praxis de Enfermagem no ambiente supracitado, por ser o contexto escolhido para o estudo empírico, no desenho desta investigação.

1.3.1 Definição, objectivos e deveres dos serviços de Urgência

Os serviços de urgência são o centro nevrálgico da organização hospitalar, e nasceram como tentativa de solução de enquadramento entre cuidados de saúde, situações de urgência e comunicação entre os serviços de emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar (Peneff, 2002; Ponce e Teixeira, 2006).

Falar sobre os serviços de Urgência é invocar as medidas políticas e sociais instituídas na saúde de uma comunidade ou país. Significa, igualmente, a definição de prioridades e a imposição de estratégias (Peneff, 2003). Tradicionalmente caracteriza-se por ser um serviço agitado, reivindicativo, composto por gente singular, maioritariamente jovem e móvel. O trabalho é árduo, constantemente reorganizado e redefinido (Peneff, 2003).

A maior parte dos serviços de Urgência hospitalar, ao nível médico, são prestados por profissionais das várias especialidades existentes, que se encontram destacados 24 horas por semana (Ponce e Teixeira, 2006).

Não obstante, o dever e missão deste tipo de serviço singular encontram-se reconhecidos, no nosso país, ao nível legislativo, pelo despacho ministerial nº 11/2002.

Assim, a organização apropriada a este tipo de serviços conjectura a existência de cargos ao nível da directoria que sejam profissionalizados e dedicados, bem como uma equipa clínica aplicada. Assim, pressupõe-se que a direcção de um serviço de Urgência deva desfrutar de um Director de Serviço médico, e que este seja assessorado por um Enfermeiro Chefe, e um a dois médicos do serviço.

Segundo Ponce e Teixeira (2006), o director deverá ser detentor da competência de Medicina de Emergência, atribuída no nosso país pela Ordem dos

Médicos desde Maio de 2001.

Para além do que foi citado anteriormente, um director de um serviço de Urgência deverá ter ainda capacidade de liderança e conhecimentos ao nível da gestão hospitalar ou em Saúde.

O número mínimo de médicos dedicados deverá ser de cinco, ou em número satisfatório para resolver cerca de 80% dos casos que dêem entrada neste serviço, sendo que a sua carga horária diária não deva ultrapassar as 16 horas, e ao nível semanal, não deve ultrapassar as 50 horas, para que se diminua ao máximo o stress e o desgaste psicológico (Ponce e Teixeira, 2006).

Os médicos trabalham, geralmente, uma vez por semana no SU, não raras vezes, por imposição. Por outro lado, os enfermeiros estão presentes 24 horas, sete dias por semana e a maioria por opção consciente (Silva, 2006).

A gestão dos fluxos neste serviço deverá ser realizado por um enfermeiro, de forma a facilitar todo o trabalho, verificar a execução dos tratamentos e dos exames auxiliares de diagnósticos e reunir os dados necessários para que o clínico possa decidir a saída do utente das Urgências (Ponce e Teixeira, 2006; Marques da Silva, 2010).

Para além do que foi descrito, o SU abarca outros profissionais de saúde, para além do pessoal auxiliar, dos seguranças, do pessoal administrativo e das forças policiais. É, portanto, um serviço muito complexo em termos de gestão de recursos humanos.

Um serviço de Urgências é composto por um organograma singular, e existem duas divisões ou salas muito particulares, merecedoras de uma atenção especial:

Sala de Observações (OBS)

Segundo as normas de qualidade, esta deverá possuir o número de separações para estudo, exames e análises, apropriadas à necessidade dos utentes. É aconselhável que se estipule um tempo máximo de permanência nesta divisão, que se recomenda que seja de 12 horas e não deverá sob qualquer circunstância, ultrapassar as 24 horas (Ponce e Teixeira, 2006).

Sala de Reanimação

Esta deve ter um regulamento próprio de funcionamento, em que se

clarifica, em cada turno, o nome do líder de equipa. Para além deste aspecto administrativo, esta divisão deverá estar localizada, por questões de funcionalidade, à entrada do serviço (Ponce e Teixeira, 2006).

Tendo em conta o despacho ministerial anteriormente referido, e em relação aos *objectivos* dos serviços de Urgência, estes têm como propósitos centrais a estabilização do doente; excluir uma causa de recurso a este serviço que seja ameaçadora para a vida do doente; adequar os procedimentos em relação às necessidades e expectativas dos utentes; realização de testes de diagnóstico e terapêutica e ponderação da necessidade de internamento; registo de todas as técnicas e procedimentos realizados ao doente, bem como a sua evolução e avaliação final e por fim, verificar se os recursos humanos técnicos e materiais disponíveis no serviço são suficientes e geridos de forma eficiente (Ponce e Teixeira, 2006).

Por fim, em relação aos *deveres*, deve o serviço de Urgência actuar com metodologia e corpo de conhecimento adequado, de forma a melhorar constantemente os cuidados e tratamentos dirigidos aos utentes (Ponce e Teixeira, 2006).

É ainda seu dever aperfeiçoar de forma constante a avaliação inicial a que os doentes são sujeitos; orientação imediata dos utentes acometidos por doença súbita, aguda ou por trauma; acompanhamento da evolução clínica adequado; proceder ao transporte do doente crítico para o serviço ou divisão mais apropriado; regular de forma ajustada todos os serviços de emergência pré-hospitalares; promover e fomentar a investigação básica e clínica entre todos os profissionais; permitir a formação contínua, e ainda adequar todos os procedimentos com observância dos códigos deontológicos e éticos dos profissionais que actuam neste âmbito (Ponce e Teixeira, 2006).

1.3.2 Enfermagem no contexto das Urgências e Emergências

Poder-se-á afirmar que a Enfermagem em Urgências e Emergências ganhou especial relevo com Florence Nightingale, mas cuja evolução foi bastante significativa, com um saber e uma prática particularizada da profissão, nos últimos 25 anos (Sheehy, 2001).

Esta dimensão singular da Enfermagem pode ser definida como a

prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos, nas suas variadas etapas do desenvolvimento, que apresentem alterações da saúde (física ou psíquica), em situações especiais, episódicas e geralmente agudas. É envolta por uma diversidade de conhecimentos, em que os profissionais planeiam e prestam cuidados, gerem a evolução e eficiência dos mesmos, tendo sempre presente que o seu papel se encontra intimamente relacionado com a salvaguarda da vida e com a prevenção de lesões (Sheehy, 2001).

O enfermeiro que se desenvolve profissionalmente em áreas consideradas críticas possui «(...) *formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem actuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência (...)*» (APEEPH, 2009).

O âmbito da ciência da enfermagem, neste teor, envolve a avaliação prévia, planeamento, implementação e efectivação dos diagnósticos de enfermagem, e ainda a apreciação final das suas acções e intervenções. Os diagnósticos de enfermagem que podem ser levantados neste contexto específico poderão ser de natureza súbita, podem advir de problemas potenciais ou reais para o cliente ou doente, e ainda podem ser de ordem fisiológica, psíquica ou social (Sheehy, 2001).

A Enfermagem em situações de Urgência e de Emergência é constituída por várias dimensões, uma vez que envolve conhecimentos acerca dos sistemas do organismo humano, a gnose dos mais variados estados de trauma e de falência multi-orgânica, a gestão de recursos materiais e humanos e agrega, ainda, a investigação e ensino relacionados com situações deste âmbito (Sheehy, 2001).

O trabalho do enfermeiro no SU é particularmente rigoroso (quer a nível físico, quer a nível psicológico) e, por esta razão, o profissional deverá ser contemplado com certas características que envolvem, não só os conhecimentos anteriormente referidos, mas também desenvoltura, espírito crítico - reflexivo, e ainda sensibilidade e diplomacia. (Vaz, 2000).

Para além do que foi supracitado, o enfermeiro deve possuir valor ao nível técnico, criar um clima de confiança e aplicar a escuta activa com os utentes, bem como estabelecer relações interpessoais com qualidade (Vaz, 2000; Gonçalves de Sousa, 2004).

Por fim, o enfermeiro deve ter presente que é importante possuir a capacidade para actuar e gerir situações graves e complexas (Vaz, 2000).

Apesar de o SU ser um serviço onde os profissionais de enfermagem se encontram em “alerta permanente”, poderá tornar-se particularmente despersonalizante, não só pelas características da sua estrutura física (e do seu impacto no dia-a-dia do enfermeiro), mas também por ser um serviço altamente especializado (em termos de tecnologia); pelos défices de recursos humanos (ou falta de rentabilização dos mesmos); degradação do local de trabalho (em termos de instalações, equipamentos ou até ambiente); excessiva burocratização; elevado número de doentes admitidos; pelo curto tempo de internamento dos utentes e ainda pelas rotinas quotidianas inerentes aos serviços de saúde (Gonçalves de Sousa, 2004).

1.3.3 Breve descrição da organização dos serviços de Urgência do SESARAM

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., é considerado, em termos da sua natureza e de regime jurídico, como uma pessoa colectiva de direito público. Possui qualidade empresarial, e é dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, consoante os termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

Tem como visão conseguir uma distinta promoção e protecção da saúde das pessoas e comunidade, que é considerada um dos factores mais importantes para a sua prosperidade, proporcionando um atendimento de qualidade, com eficiência e humanidade, no quadro dos recursos disponíveis e das lotações instauradas.

Ao pesquisar no Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira, de 15 de Fevereiro de 2010, podemos encontrar vários esclarecimentos acerca do Regulamento Interno do Serviço de Saúde (JORAM, 2010).

Subsiste, neste serviço de saúde regional uma rede de Centros de Saúde que estão divididos em zona leste, zona oeste, Funchal e por fim Porto Santo, gerida por um director de zona e um adjunto de direcção.

Existem cerca de 52 unidades de saúde dispersas nesta região autónoma, englobadas nos respectivos centros de saúde da área, e estão divididas em Zona Metropolitana do Funchal (que engloba os centros do Bom Jesus, Santo António, São Roque, Nazaré e Monte), Zona Leste (que liga as seis unidades de Câmara de Lobos, as quatro da Ribeira Brava, as três da Ponta Sol, as oito da Calheta, as cinco do Porto Moniz e os três centros de São Vicente), Zona Oeste (que inclui as

seis unidades de saúde de Santana, as quatro de Machico e as quatro de Santa Cruz) e, finalmente, Porto Santo (SRAS, 2010).

Para além dos centros de saúde locais e de concelhio, são estabelecimentos deste serviço regional de saúde o Hospital Dr. Nélio Mendonça; o Hospital dos Marmeleiros; o Centro Dr. Agostinho Cardoso e ainda a unidade de tratamento da toxicodependência (Centro de Santiago) (SRAS, 2010).

Dentro das unidades de saúde anteriormente mencionadas, sete possuem serviço de urgência, que inclui o Centro de Saúde de Machico, São Vicente, Porto Moniz, Ribeira Brava, Calheta, Santana e ainda o Centro de Saúde do Porto Santo. Os Centros de Saúde de São Vicente, Calheta, Santana e do Porto Santo estão também apetrechados com serviço de internamento. Existe, ainda, um serviço de atendimento peculiar, cuja denominação é de “SAU” (Serviço de Atendimento Urgente) e que funciona em Câmara de Lobos. No ano de 2007 foram atendidos, nestes serviços de Urgência de concelhio, 163 026 casos (SESARAM, 2010).

O ***serviço de urgências*** principal encontra-se sediado no Hospital Dr. Nélio Mendonça, por ser o serviço que oferece uma assistência técnica e profissional mais categorizada e especializada (SESARAM, 2010).

A incumbência primordial do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, previamente denominado por Hospital Central do Funchal, é a prestação de cuidados de saúde, em período útil e com qualidade, a todo o cidadão, quer seja português ou estrangeiro, com garantia pelo respeito, pela segurança e pela dignidade da pessoa humana, e na qual estão intimamente envolvidos médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde (SESARAM, 2010).

O Serviço de Urgência está dividido em três grandes áreas: urgência geral, urgência pediátrica e urgência obstétrica e ginecológica. Os utentes são orientados para cada uma destas áreas em função da idade e situação clínica (SESARAM, 2010).

Desde Junho de 2005 que o Serviço de Urgência funciona sob o sistema de "Triagem de Manchester" que é um sistema de classificação de doentes atendidos em Serviço de Urgência, acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros (SESARAM, 2005).

Este sistema de triagem compreende as fases de identificação de um problema, selecção de alternativas e encaminhamento do doente para uma determinada área; por sua vez esta decisão é baseada em algoritmos que facilitam o raciocínio e que promovem a uniformidade dos critérios (Marques da Silva, 2010).

Quando o utente é admitido no Serviço de Urgência é realizada a sua inscrição na Admissão de Doentes e o mesmo é dirigido até ao Gabinete de Triagem, onde um enfermeiro lhe fará algumas perguntas contidas no Protocolo de Triagem e de seguida lhe atribuirá uma determinada prioridade no atendimento, expressa numa tarjeta colorida. Desta forma, a tarjeta vermelha corresponde ao doente em estado emergente; a cor laranja é atribuída ao doente muito urgente; a cor amarela é conferida ao doente urgente; a cor verde ao doente pouco urgente e, por fim, a cor azul é facultada ao doente não urgente (SESARAM, 2005).

O Serviço de Urgência frui, ainda, de um Gabinete de Informações que tem a missão de prestar esclarecimentos sobre os utentes que ali são atendidos e até internados (SESARAM, 2010).

A estrutura de saúde regional da Madeira, descrita nos parágrafos anteriores, possibilita ainda a oportunidade de desenvolver e implementar, de forma célere, as quatro Vias Verde, que compreendem a Sepsis, o Trauma, o AVC e a Doença Coronária, o que torna o Hospital Dr. Nélio Mendonça na primeira unidade hospitalar do País a ter quatro Vias Verdes em funcionamento (SESARAM, 2010).

1.3.4 Aspectos médico-legais relacionados com os serviços de Urgência

Os serviços de Urgência são espaços susceptíveis de emergir um conflito. Os fortuitos ciclos de calma rapidamente se transmutam, e um único minuto pode fazer a diferença entre a vida e a morte, designadamente com a chegada de um doente em iminente risco de morte (Martins, Damasceno e Awado, 2008).

Para além de um bom estudo ao nível das mais diversas técnicas empregues neste âmbito, conhecimentos teóricos de base científica, saberes especializados em diversas áreas deste universo, o profissional também deverá estar atento aos códigos deontológicos, à Ética, às boas práticas e às leis da Saúde vigentes no país (Martins, Damasceno e Awado, 2008).

É possível detectar uma cada vez maior preocupação em dotar os profissionais, que trabalham nos serviços de Urgência, de informações relativas a aspectos médico-legais, com os quais possam se deparar, de forma mais ou menos quotidiana, no contexto referido (Martins, Damasceno e Awado, 2008).

Dentro dos mais variados semblantes relacionados com esta temática,

destaca-se as complicações associadas com a negligência profissional, com as vítimas de crimes, com a manipulação de cadáveres, com o atendimento a pessoas de especial condição ou vulnerabilidade, com as agressões verbais e físicas a que os profissionais são sujeitos, com o internamento compulsivo, com a doação de órgãos, entre outros (Kidd e Sturt, 1998; Sheehy, 2001; Martins, Damasceno e Awado, 2008).

No caso específico da Enfermagem, e no que diz respeito ao exercício dos seus profissionais, o Código Deontológico do Enfermeiro contém as normas éticas e legais que guiam a profissão. Assim, torna-se indispensável que cada enfermeiro acautele as acções e intervenções que possam levar a imprudências (quando o profissional não prevê os resultados dos seus actos e não opera com a prudência devida), negligência ou imperícia (que se traduz por uma falta de observância das normas de boas práticas, por falta de conhecimentos técnicos ou ainda por falta de praxis diária) (Martins, Damasceno e Awado, 2008).

Nas circunstâncias singulares associadas com o abuso sexual e com a violação sexual, é recomendado que exista uma equipa nos serviços de urgências especialmente preparada para lidar com este tipo de situação, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, bem como agentes policiais e judiciais. Isto por que as vítimas necessitam de um acompanhamento cuidadoso que, para além de boas técnicas de diagnóstico, prevenção de uma gravidez e de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, as provisione, ainda, de amparo ao nível forense (Martins, Damasceno e Awado, 2008).

As eventuais reacções, resistências, oposições e a assertividade de comportamentos dos profissionais de saúde (e em especial dos enfermeiros) na fase de atendimento inicial, são de suma importância nestes casos, pois irão condicionar e se repercutir, quer na fase aguda do evento traumático, quer na fase de restabelecimento da vítima (Sheehy, 2001).

É imperativo que o enfermeiro estabeleça, antes de mais, uma relação de confiança e desenvolva uma escuta activa com a vítima, mostrando-se interessado na experiência traumatizante da mesma. O enfermeiro não pode olvidar que, apesar dos traumas físicos serem os mais visíveis e os primeiros alvos das acções implementadas pelos diversos profissionais de saúde, os traumas ao nível da psique são imprevisíveis e muito delicados de se determinar (Sheehy, 2001).

O propósito primário é a prestação de cuidados de enfermagem com sensibilidade, com o cumprimento dos preceitos e exigências legais. Assim, o passo lógico a abraçar passa pela aposta na formação destes profissionais na

área da legislação relacionada com as situações em causa, a partir da qual se deverão desenvolver e organizar formulários e protocolos de actuação. Como exemplo do que foi referido, poder-se-á apontar o «*California State Medical Protocol for the Examination and Treatment of Sexual Assault Victims*» (Sheehy, 2001).

Apesar da criação de uma equipa especializada e multidisciplinar, apta a lidar com este tipo de situação, ser a situação ideal desejável, muitos hospitais portugueses estão ainda muito longe de facultar este tipo de solução particular às vítimas de crimes desta natureza.

Contudo, crê-se que a criação de programas de informação e de formação no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da situação será uma das vias a adoptar, para além do que foi referido anteriormente. Os programas poderiam compreender, por exemplo, a formação da equipa de enfermagem de um determinado serviço de Urgência, ou apenas de um determinado número de elementos, para que possam prestar cuidados específicos que este tipo de situação requer, durante o respectivo horário de trabalho (Sheehy, 2001; Plitcha *et al.*, 2007).

Assim, a equipa constituída propositadamente para tal efeito deveria estar apta a realizar o exame completo à vítima, com autonomia, com respeito pelas normas vigentes da sua profissão, em sintonia com os profissionais do ramo da medicina (Sheehy, 2001).

Uma vez que os enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de urgência se encontram numa posição única e estratégica para trazer à luz este tipo de crime, existem algumas peculiaridades às quais devem atender, aquando da detecção e tratamento da situação em questão.

Sendo o ambiente seguro e a expressão da sexualidade áreas de actuação dos enfermeiros (tendo em conta a filosofia vigente em termos de cuidados de Enfermagem relacionados com as actividades de vida de cada indivíduo) o bem-estar da vítima torna-se, então, um assunto essencial e indispensável a salientar.

Assim, durante o exame à vítima é de primordial importância realizar determinadas perguntas, principalmente a hora e data da violação, as circunstâncias em que ocorreu o crime, os orifícios corporais penetrados, a utilização ou não de objectos ou corpos estranhos por parte do agressor, história de relações consensuais nas últimas 72 horas, lesões sofridas durante o mesmo, que actos é que a vítima realizou após a ocorrência do crime (designadamente se tomou banho, escovou os dentes, se bebeu, comeu, se mastigou pastilha elástica

ou se fumou na ultima hora) e ainda interrogar a vítima acerca de possíveis transfusões sanguíneas que possa ter sido sujeita nos últimos 6 meses, e ainda em relação a tratamentos ou cirurgias que possa ter sido submetida, a nível genital (Sheehy, 2001; Anderson, McClain e Riviello, 2006).

Após a realização do exame, a vítima poderá ser encaminhada para as instalações sanitárias, a fim de proceder aos cuidados de higiene e de conforto (Sheehy, 2001).

O enfermeiro deverá comunicar à vítima que a mesma deve ser novamente observada, idealmente, num espaço de dez dias a duas semanas e proceder, então, ao seu encaminhamento para uma consulta na especialidade de Ginecologia (Sheehy, 2001).

Em Portugal, e segundo informação fornecida de forma informal pelo Mestre Albino Gomes, a vítima é encaminhada para a consulta de seguimento, ou de “follow-up”. Nestas consultas, o papel do enfermeiro inclui a abordagem à terapêutica anti-retroviral, quais os seus efeitos secundários, e que estratégias deve adoptar a fim de ultrapassar os mesmos.

Testemunho do enfermeiro em Tribunal

Certo que esta questão se reveste de alguma apreensão, por ser desconhecida e temida pela maior parte dos profissionais, entende-se que se deverá facultar algumas orientações em relação à mesma, uma vez que, sempre que o enfermeiro que trabalha nos serviços de urgência presta cuidados a um indivíduo assinalado como potencial caso forense, existe a possibilidade de se desenvolver algum processo cível e até mesmo criminal.

Quando um enfermeiro é chamado a depor, o mesmo não se pode esquecer que a sua função principal é, sobretudo, compor um relato dos acontecimentos ou emitir um parecer. Destas palavras se depreende que nunca deverá, sob qualquer circunstância, emitir um juízo de valor (Sheehy, 2001).

Em primeiro lugar, é essencial que o enfermeiro reveja o processo clínico, as notas de enfermagem que escreveu, e que se prepare em relação a possíveis perguntas que possa ser alvo (Sheehy, 2001; Lynch, 2006).

Em segundo lugar, na qualidade de testemunha ou ainda de perito perante o Tribunal, é fundamental ouvir as perguntas completas, responder de forma directa e clara, olhar directamente para o argumentador, manter-se calmo, ser objectivo e evitar exaltar-se. Deve, ainda, preparar-se para explicitar certos

procedimentos mais técnicos de forma detalhada ou termos muito específicos ligados à praxis profissional (Sheehy, 2001; Lynch, 2006).

Em terceiro lugar, deve afirmar com segurança que “não sabe”, sempre que desconhecer algum procedimento, situação especial ou questão contraposta. (Sheehy, 2001; Lynch, 2006).

Por último, é imperativo que o enfermeiro responda sempre com a justeza e verdade (Sheehy, 2001; Lynch, 2006).

A partir das acções e comportamentos aqui descritos crê-se que, com a aceitação e adopção dos mesmos, poder-se-á caminhar no sentido de garantir que a Justiça prevaleça nestas situações tão delicadas e que os direitos das vítimas sejam respeitados.

2. A Fase Metodológica

2.1 Definição e concepção do estudo de investigação

A investigação científica é designada como sendo um processo sistemático que permite o exame de fenómenos do mundo real, isto é, questões precisas que logram com uma investigação. É também um método particular de aprendizagem e de obtenção de conhecimentos, uma forma metódica para encontrar respostas a interpelações para que, mais tarde, esta possa descrever explicar e predizer factos, fenómenos ou acontecimentos (Fortin, 1999).

O conhecimento pode ser adquirido de muitas formas; para além da investigação científica, que é sem sombras de dúvidas o método mais rigoroso e racional, existe ainda a aquisição de saber através da intuição; a obtenção de conhecimento através das tradições e costumes culturais; através de raciocínio lógico e ainda através da experiência pessoal. Não obstante, é a partir da investigação científica que é possível criar novos saberes, de forma ordenada e organizada.

Nas mais diversas disciplinas, a investigação científica revela-se como uma preciosa, inestimável e insubstituível colaboradora, através da qual se validam conhecimentos pré-estabelecidos e se produz outros novos. Assim, de forma mais ou menos directa, a investigação científica influencia a prática de uma disciplina e até mesmo de uma profissão (Fortin, 1999).

Assim a investigação científica afigura-se como a base sustentável de uma profissão, que visa e que assegura a sua orientação e credibilização. Define, também, os seus parâmetros, demonstra o seu campo de acção e de conhecimento e ainda introduz alterações nas situações onde se verifica algum tipo de “questão-problema” (Fortin, 1999).

Em forma de resumo pode-se referir, então, que a investigação científica desenvolve de forma contínua uma profissão e torna os seus profissionais peritos num domínio particular de conhecimentos e de prática (Fortin, 1999).

Na primeira parte da presente dissertação, que representa a fase conceptual, tentou-se ordenar conceitos e definições, de forma a construir os alicerces do estudo de investigação. Procurou-se que a base do estudo fosse bem estruturada, integrada e que sustentasse, num conjunto lógico, o mesmo.

Na segunda parte, pretende-se apontar os métodos que irão ser utilizados para se obter as respostas às questões de investigação colocadas pelo pesquisador, bem como o desenho da investigação.

Seguidamente irá proceder-se à enunciação da população, isto é, os elementos que compartilham características específicas, assentes pelos critérios estabelecidos para a investigação.

Por fim, proceder-se-á à descrição dos métodos de colheita de dados, nomeadamente, o instrumento de colheita de dados. Existem vários tipos de instrumentos de dados, que prevêm o tipo de análise estatística que poderá ser útil no tratamento dos dados.

Antes de se proceder à leitura do subcapítulo seguinte, é pertinente circunscrever o campo e o domínio da presente dissertação. Assim, o campo de interesse deste estudo de investigação relaciona-se com preocupações de âmbito profissional em relação à Enfermagem e às Ciências Forenses.

Neste vasto campo de interesse foi delimitado o domínio da investigação, que surgiu a partir da curiosidade pessoal e de interrogações acerca da prática de Enfermagem mediante casos com relevância médico-legal, nomeadamente dos procedimentos e/ou comportamentos dos enfermeiros perante vítimas de agressão sexual, em contexto de Urgência.

2.1.1 Objectivo e justificação do estudo

O objectivo do estudo, de forma resumida, indica o “porquê” de uma determinada investigação ser levada a cabo. Por outro lado, enuncia de forma precisa e declarativa os conceitos, definições e teorias inerentes ao mesmo, a população, as variáveis e ainda o rumo e direcção que irão ser dados durante o processo referido (Fortin, 1999).

Assim, as principais finalidades deste estudo prendem-se, essencialmente, com a necessidade de colaborar nos avanços do conhecimento dos enfermeiros acerca das ciências forenses e sensibilizar os profissionais desta classe para a importância e repercussões que os seus procedimentos têm perante os casos clínicos em que se apliquem as questões do Direito e da Justiça.

Este estudo também tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros perante vítimas de agressão sexual, no sentido de cooperar, com as suas acções, na investigação cível e criminal da qual,

em última análise, toda a sociedade beneficia.

Para além do que foi descrito, os objectivos específicos da presente pesquisa foram delineados de modo a:

- Deduzir o conhecimento dos enfermeiros do SESARAM em relação ao enquadramento legal dos crimes sexuais;
- Inferir acerca do conhecimento dos enfermeiros do SESARAM em relação aos conceitos e definições de vestígios;
- Depreender a importância que estes profissionais atribuem à identificação, recolha e preservação de vestígios;
- Apurar se a identificação, recolha e preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual é efectuada pelos enfermeiros do SESARAM;
- Inferir acerca da experiência que estes profissionais possuem em relação aos cuidados de enfermagem prestados a vítimas de agressão sexual;
- Averiguar a existência (ou não), de protocolo de actuação específico para os profissionais de enfermagem do SU do SESARAM, perante vítimas de agressão sexual.

2.1.2 Metodologia

As investigações inserem-se em dois grandes troncos ou grupos: podem ser estudos exploratório-descritivos ou explicativo-preditivos. Cada um destes troncos pode subdividir-se, por sua vez, em ramos, que são directamente influenciados pelo nível de conhecimento do domínio em estudo (Fortin, 1999; Moreira, 2007).

A abordagem metodológica está intimamente relacionada com a questão-de-partida ou questão-pivô (Fortin, 1999).

A abordagem metodológica prevista para este estudo insere-se numa vertente mais qualitativa e o tipo de estudo prevê-se que seja exploratório-descritivo. Assim, os métodos a serem utilizados neste estudo têm uma natureza quantitativa mista, uma vez que se conceptualiza e se descreve certas características de uma população e também se discrimina conceitos que estão associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 1999).

As fontes a que se recorreu para obtenção de informações e dados para este estudo foram as seguintes: livros actualizados acerca desta temática, monografias, artigos publicados em revistas científicas, dicionários e bases de dados, bem como sítios na Internet fidedignos.

2.1.3 Questão-partida

Um dos componentes de um estudo investigação é a “questão-pivô” (Fortin, 1999). Esta “questão-pivô” antecede o domínio e ajuda a precisar a direcção que será dada à investigação. Deverá ser constituída por uma interrogação simples, que incluirá a noção de medida e reflectirá o estado de conhecimentos ou da teoria existente, no domínio escolhido para estudo. O tipo de “questão-pivô”, “questão de partida” ou ainda a “questão preliminar”, como é denominada por alguns autores, orienta a investigação em relação à amplitude dos conhecimentos de um dado domínio e orienta a escolha do desenho e do método a utilizar no decorrer do estudo de investigação.

A “questão-pivô” formulada para este estudo insere-se no Nível I do processo de investigação que, segundo Fortin (1999), consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido. Corresponde à investigação exploratória-descritiva.

É relevante relembrar que, segundo Fortin, (1999), na Investigação de Nível I os dados são analisados e os resultados são expostos de forma descritiva, de forma a realçar os conceitos definidos.

A “questão-pivô” formulada para este estudo foi a seguinte: Qual é a intervenção dos enfermeiros, que desenvolvem a sua actividade profissional nos serviços de urgência, perante vítimas de agressão sexual?

2.1.4 Questões de investigação

As questões de investigação são premissas que precisam o objectivo da investigação, e fornecem apoio aos resultados do estudo de investigação. Deverão ser enunciados concisos e claros, escritos no presente. Poderão incluir ou não variáveis e contêm, na sua essência, a população sobre a qual se pretende incidir a pesquisa. De forma resumida poder-se-á afirmar que o molde sobre o qual são colocadas essas mesmas questões determinará a metodologia que irá ser utilizada para se obter as respostas a essas mesmas questões (Fortin, 1999).

As questões formuladas para a presente investigação, e uma vez que existem poucos estudos levados a cabo no nosso país acerca da temática central do mesmo que o possam apoiar em termos de fundamentos teóricos, são de carácter mais geral, por não tratarem, precisamente, de relações entre variáveis.

Posto isto, as questões de investigação colocadas como orientadoras deste estudo foram as seguintes:

- Qual é a percepção que os enfermeiros dos serviços de urgência possuem em relação às vítimas de agressão sexual?
- Qual a importância que os enfermeiros atribuem em relação à preservação de vestígios, em situações de agressão sexual?
- Qual o conhecimento que os enfermeiros apresentam sobre a preservação de vestígios, em situações de agressão sexual?
- Qual a importância que os enfermeiros dos serviços de urgência atribuem aos registos de Enfermagem, em situações de agressão sexual?
- Quais são os registos de enfermagem que efectuem, perante esta situação?

2.1.5 População e Amostra

No decurso de uma investigação, e após efectuar a devida ponderação em relação ao fenómeno em estudo, bem como à formulação do problema, à “questão-pivô” e à metodologia necessária para empreender a sua pesquisa, chega o momento do investigador considerar no tipo de fonte de dados sobre a qual incidirá a mesma.

Antes de nos referirmos à amostragem, convém efectuar uma breve referência ao conceito de população, num estudo de investigação.

A população pode ser definida como um universo de estudo, formado por um conjunto de unidades estatísticas. Assim, a população é constituída por elementos que edificam o assunto de estudo. (Moreira, 2007). Esta colecção de elementos deve partilhar características comuns, previamente definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999).

A “população-alvo” é delineada pelos elementos que aprazem os critérios de selecção definidos pelo investigador, e sobre os quais este deseja efectuar vulgarizações e ampliações. Por seu turno, a “população-acessível” é constituída por uma parcela da “população-alvo”, e a mesma deverá ser alcançável ao investigador, isto porque a “população-alvo” raramente o é, na sua totalidade (Fortin, 1999).

Regra geral, grandes amostragens conduzem a melhores aproximações em relação aos parâmetros da população (Fortin, 1999).

Assim, e tendo em conta o que foi descrito anteriormente, a população que foi estudada foi constituída pelos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional nos Serviços de Urgência da Região Autónoma da Madeira, sem recurso a métodos de amostragem, uma vez que se pretendeu efectuar o estudo ao nível de toda a população escolhida para esta Investigação.

Assim, foi solicitada a colaboração de todos os enfermeiros que se encontrassem a trabalhar em todos os serviços que possuíssem serviços de urgência de 24 horas, que inclui a Zona Leste, Zona Oeste, Zona Metropolitana do Funchal e por fim Porto Santo. Esta solicitação foi efectuada com base em reuniões informais efectuadas juntamente com os enfermeiros chefes dos respectivos serviços.

Para além dos colegas generalistas, foi pedido a colaboração no preenchimento dos questionários pelos enfermeiros de grau profissional mais avançado dos serviços de urgências (enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes), que possuíssem experiência nesta área.

Desta forma, a população é constituída por um total de 204 sujeitos. A caracterização demográfica será descrita posteriormente, no subcapítulo correspondente.

2.1.6 Instrumento de recolha de dados

Para um estudo de abordagem do género exploratório e descritivo, é possível utilizar vários instrumentos de recolha de informação e dados, entre os quais questionários, observações e entrevistas.

A estratégia utilizada para a recolha de informação para a presente investigação teve por base um procedimento básico padronizado, isto é, por questionário.

O questionário é consistido por um conjunto de perguntas standardizadas, com idêntica formulação, que permite estimar grandezas, descrever a população-alvo e ainda verificar hipóteses (Moreira, 2007).

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

De uma forma geral, a configuração de um bom questionário requer alguma experiência, e conhecimento da população sobre a qual o estudo incide.

Para a elaboração do instrumento de dados do presente estudo, foi tido

em consideração a medida que se pretendia utilizar. Assim, a medida da presente investigação teve uma base qualitativa, pois pretendia compreender o fenómeno em estudo do ponto de vista dos seus participantes. Desta forma, as escalas de medida são de nível nominal, que permitem a utilização de estatísticas descritivas, bem como formulação de enunciados quanto à frequência do seu surgimento. Como consequência, as escalas utilizadas classificam a medida segundo uma determinada categoria, e não um valor numérico, o que se enquadra num tipo de estudo como o presente ostenta (Moreira, 2007).

A construção do questionário deve obedecer a algumas etapas, e o seu êxito depende da forma de operacionalização entre conceitos teóricos e as perguntas formuladas, isto é do seu processo de medição. Assim, o objectivo do questionário, as variáveis a incluir, o tipo de população a ser inquirida e a forma de administração são factores a ter em consideração (Moreira, 2007).

Para além do que foi descrito anteriormente, em termos de construção do instrumento de medida, foi realizada pesquisa bibliográfica em livros e em periódicos existentes em bases de dados (“B-On”, “PubMed” e “Web of Knowledge”) a fim de verificar se existiam questionários desenvolvidos para a mesma problemática. Como não foi encontrado um questionário previamente formulado que correspondesse às pretensões do presente estudo, optou-se por elaborar um instrumento de recolha de dados de raiz.

Assim, durante a elaboração do instrumento, tentou-se formular perguntas relevantes para a investigação, o mais breve e fáceis de compreender possíveis. Para além disso teve-se em conta o tipo de linguagem utilizada, evitando o uso de palavras ambíguas, com forte conotação emotiva ou de alguma forma tendenciosa, ou com uma sintaxe complexa. Na elaboração recorreu-se a escalas de medidas, de forma a analisar atitudes face a uma determinada questão.

O formato e a sequência do questionário também possuem a sua importância relativa, e por esta razão foram tidos em conta aspectos tais como o tipo de apresentação, a numeração e as instruções relevantes para o preenchimento das questões, a distribuição sequencial das perguntas e a extensão do mesmo. Com base no que foi descrito anteriormente, previa-se que o preenchimento do instrumento de colheita de dados, por parte dos sujeitos participantes não excedesse os 15 minutos.

Tendo em conta tudo o que foi descrito neste subcapítulo apresenta-se, no Anexo II, o questionário final, entregue à população em estudo.

3. A Fase Empírica ou de Verificação

Após a explanação efectuada na segunda parte da presente dissertação, o plano da investigação é, então, colocado em prática. É nesta fase do processo que se procura expor ao leitor a forma como foi efectuada a recolha dos dados, procedendo-se, posteriormente, à sua apresentação e esclarecimento (Fortin, 1999).

Esta fase define-se como a colheita de informação, de forma sistemática, junto dos participantes, com o auxílio do instrumento de medida construído ou escolhido.

Esta fase tem como meta principal a produção de resultados que possam ser analisados e interpretados, com vista à explicação dos mesmos (Fortin, 1999).

3.1 Comissão de Ética e autorização para a realização do estudo de investigação

Qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser criteriosamente avaliada por uma Comissão de Ética com competências na matéria, pois existem problemas de ordem moral que se elevam. A Ética guia a conduta, através do seguimento de um conjunto de premissas e de interdições, que distingue os comportamentos humanos, através de um julgamento que tem por base um sistema de valores (Fortin, 1999; Moreira 2007).

O investigador tem o dever de proteger a identidade dos sujeitos participantes, e o questionário assegura esse mesmo anonimato, uma vez que não foram registados dados pessoais. Foi utilizado um sistema de código com as iniciais do concelho onde os mesmos foram colhidos, e foi atribuído um número para identificação de cada questionário em particular.

Apesar de as universidades já desfrutarem a sua própria comissão, o estudo de investigação pode ser acompanhado por um certificado de Ética emitido por uma comissão devidamente mandatada (Fortin, 1999).

No caso específico da presente investigação, a mesma foi submetida à Comissão de Ética do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, e incluiu não só o projecto de investigação mas também o instrumento de medida, com a explicação do objectivo do estudo e a natureza da participação

dos sujeitos.

A autorização da comissão supracitada é apresenta no Anexo III.

Tendo em conta o que foi descrito anteriormente, ressalva-se que os questionários foram entregues aos enfermeiros chefes dos respectivos serviços de Urgência, que posteriormente trataram da sua divulgação pelos elementos das equipas. Cada questionário foi colocado dentro de um envelope, que após o preenchimento deveria ser selado, evitando-se assim a consulta do mesmo, de forma a garantir o anonimato dos participantes.

3.2 Pré-teste

O questionário deve ser testado antes do seu emprego final, e para tal dever-se-á seleccionar uma pequena amostra de sujeitos com características semelhantes à “população-alvo” do estudo (Fortin, 1999).

A aplicação do pré-teste serve, sobretudo, para verificar a clareza das questões formuladas. A sua concretização é imprescindível, pois permite corrigir ou alterar perguntas, e possibilita a resolução de problemas imprevistos. Para tal, o investigador deverá pedir aos colaboradores para apontarem as suas sugestões e críticas, a fim de melhorar a eficácia e afinco do instrumento de colheita de dados (Moreira, 2007).

Posto isto, o pré-teste para este estudo foi realizado no dia 27 de Maio do presente ano, junto de colegas de profissão que se encontravam a frequentar o Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, com experiência em serviço de Urgência, e ainda juntamente com os colegas que trabalham no Serviço de Urgências Pediátricas, do Hospital de São João do Porto.

O pedido para a colaboração, nesta etapa do processo, foi elaborado de forma informal, a que os colegas acederam prontamente, e perfizeram um total de 15 questionários preenchidos.

Após a aplicação do pré-teste, foram detectadas algumas incoerências, nomeadamente ao nível da ordenação e numeração das questões formuladas, e também foram detectadas algumas incongruências ao nível da sintaxe que foram posteriormente corrigidas, antes da sua impressão final e respectiva distribuição pela população da presente

pesquisa.

3.3 Colheita de dados

A grande vantagem do instrumento de colheita de dados escolhido, particularmente no presente estudo, é o facto de ter sido possível a sua aplicação junto de um amplo número de sujeitos, repartidos por vários concelhos da Região Autónoma da Madeira.

Para além disso, a sua natureza é de cariz impessoal, tem apresentação uniforme para todos os indivíduos envolvidos na pesquisa e possui directrizes idênticas, o que facilita a comparação dos dados. Pelo facto de ser anónimo, permite aos participantes uma expressão espontânea das suas opiniões.

Apesar do que foi descrito, as condições sob as quais as respostas foram preenchidas não puderam ser controladas, sendo este um dos factores negativos deste método.

Antes de se proceder à colheita de dados foi requerida uma reunião informal com os enfermeiros chefes dos serviços de Urgência, a fim de dar a conhecer o projecto da presente investigação e a pedir a colaboração de todos os enfermeiros que possuíssem experiência ou trabalhassem directamente no Serviço de Urgência.

Assim, as reuniões informais decorreram entre os dias 08 e 16 de Junho, com a respectiva distribuição do instrumento de colheita de dados. A recolha dos questionários decorreu entre o dia 17 e 30 de Junho do presente ano.

Em termos de participação exalta-se a elevada receptividade e colaboração por parte dos colegas, o que torna este estudo viável, pela representatividade do mesmo.

3.4 Tratamento Estatístico

A Estatística é a ciência que permite a estruturação da informação numérica, obtida a partir de um determinado conjunto de sujeitos, para se proceder a um resumo e conseqüente análise dos resultados obtidos (Fortin, 1999).

Para o presente estudo, de carácter mais exploratório e descritivo foram

utilizados testes estatísticos adequados ao mesmo, que permitissem uma clarificação acerca da natureza dos dados, uma vez que o comportamento e o relacionamento entre variáveis ainda são desconhecidos neste nível de investigação.

O tratamento de dados foi efectuado, através do programa informático SPSS, versão 18.0, tendo-se recorrido a medidas de tendência central, como é o caso da média, amplitude, e histograma de frequências, que permitem conhecer a distribuição dos dados conseguidos junto da amostra.

Seguidamente, procedeu-se à organização da informação obtida através dos questionários em gráficos e tabelas, de forma a facilitar a sua visualização e leitura.

3.4.1 Análise e interpretação dos resultados

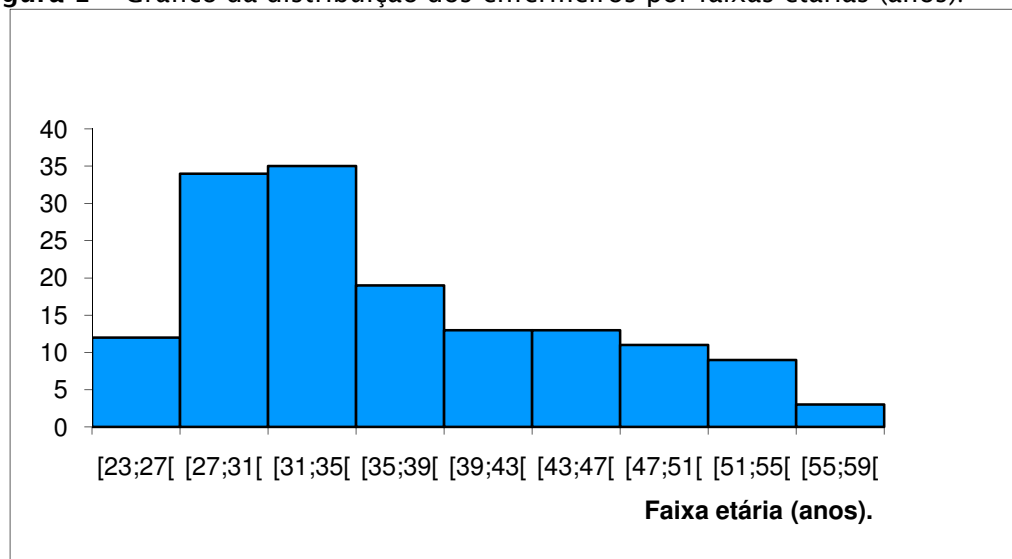
De acordo com Fortin (1999), nos estudos de características exploratório-descriptivas, a interpretação dos testes estatísticos utilizados para resumir a informação obtida não devem ser generalizada para toda a população sendo que, nesta fase da investigação de um determinado campo de interesse, deve prevalecer apenas a tradução dos dados obtidos sobre a amostra.

Após a apresentação da análise dos dados, irá proceder-se, em seguida, à discussão e interpretação dos mesmos, tendo por base as questões de investigação formuladas.

A população inquirida foi constituída por 204 enfermeiros, tendo sido obtidos 151 respostas, correspondentes a 74,02 % da população. A amostra obtida continha ainda 2 questionários que não haviam sido respondidos, tendo sido obtido um total de 149 inquéritos considerados válidos.

A análise sócio - demográfica permite elaborar o perfil da amostra analisada, desde a sua idade, sexo, categoria profissional, tempo de exercício da profissão e no serviço de urgência, as suas habilitações académicas e profissionais.

Figura 1 – Gráfico da distribuição dos enfermeiros por faixas etárias (anos).

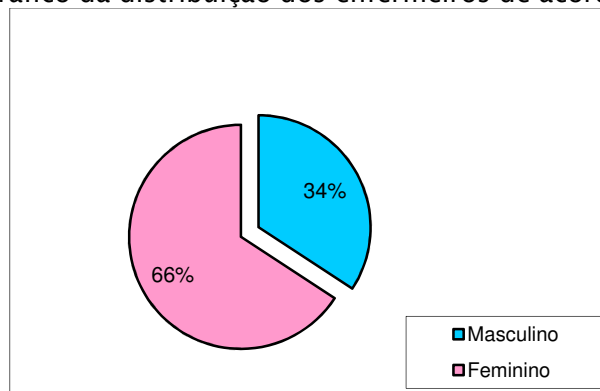


Quadro 1 – Dados estatísticos relativos a idade dos enfermeiros participantes (anos).

	Mínimo	Máximo	Amplitude	Média
Idade	23	56	33	36

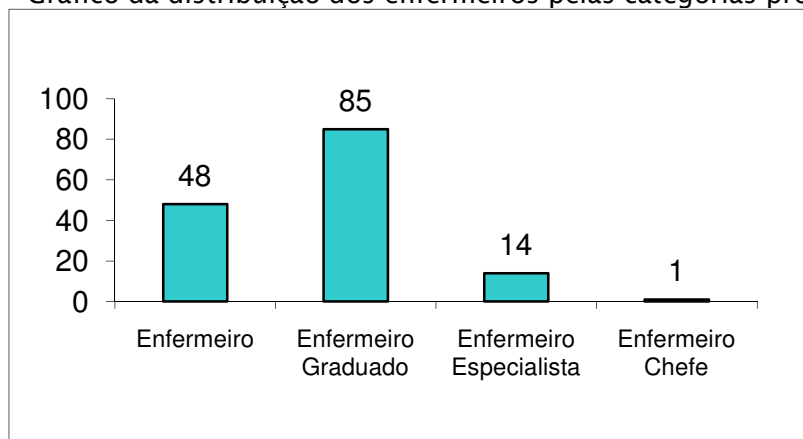
Em relação à idade, o valor mais baixo corresponde a 23 anos e o mais elevado a 56 anos, originando uma amplitude de 33 anos. O valor médio é de 36 anos.

Figura 2 – Gráfico da distribuição dos enfermeiros de acordo com o sexo.



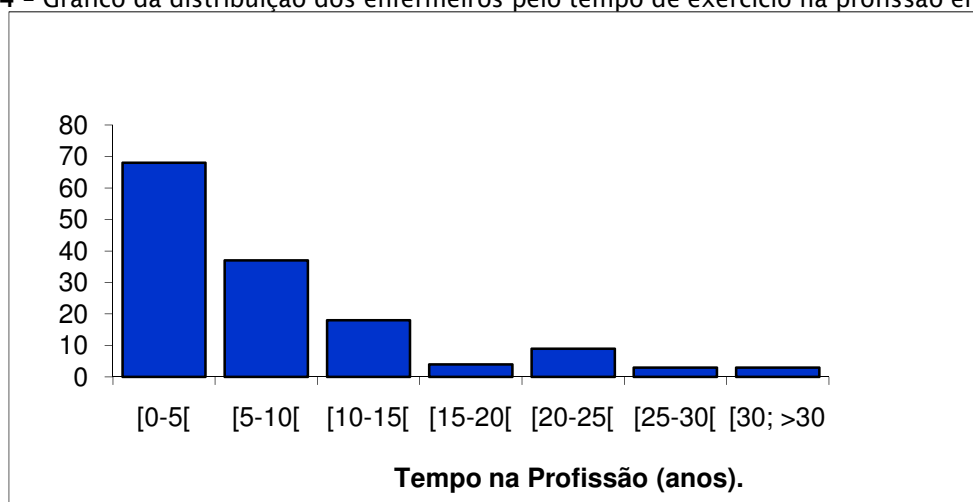
A maioria da amostra é feminina, 66% (Figura 2), contra os 34% de indivíduos do sexo masculino que foram inquiridos.

Figura 3 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelas categorias profissionais.



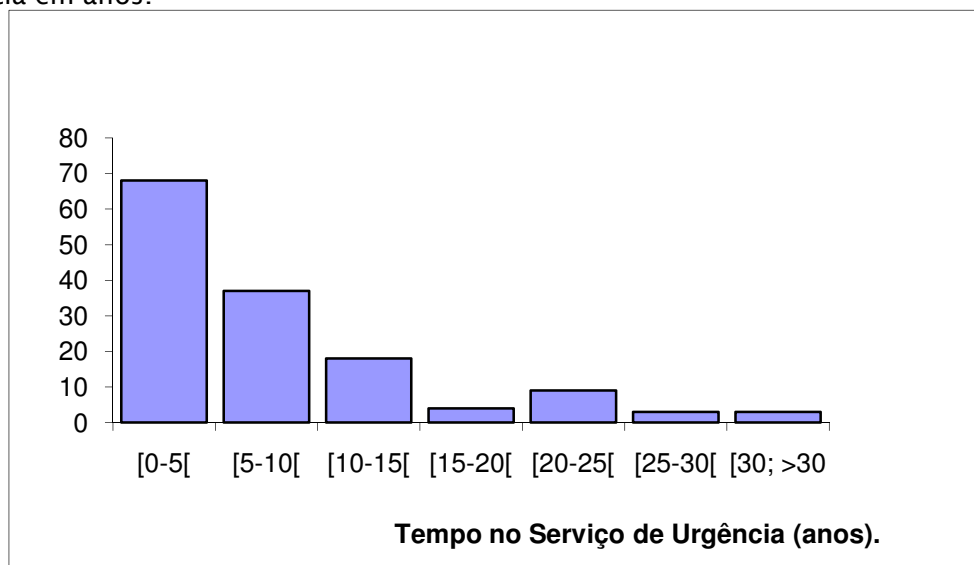
Constata-se que a categoria profissional com maior número de elementos corresponde à categoria de enfermeiro graduado (Figura 3).

Figura 4 - Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício na profissão em anos.



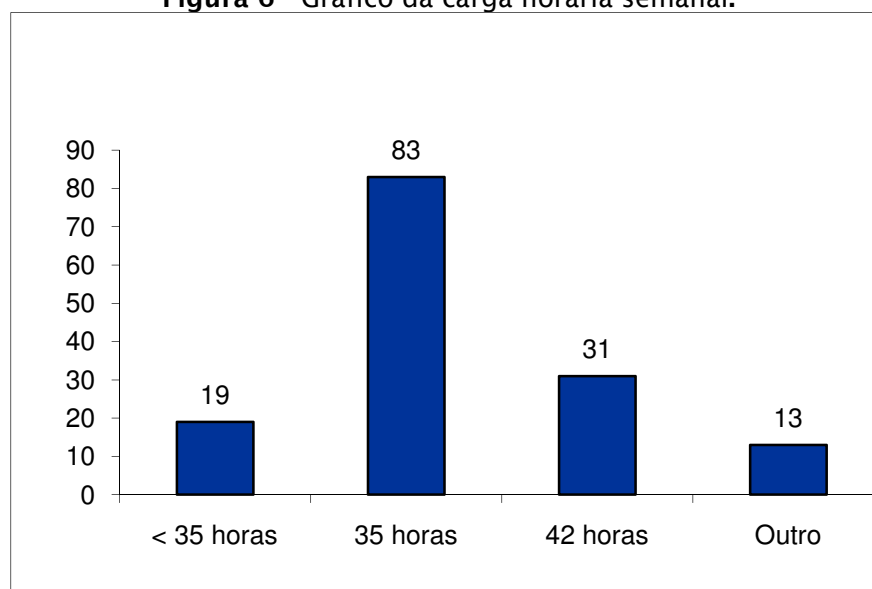
O tempo de exercício da profissão de Enfermagem (Figura 4) apresenta uma grande variação de tempo, cerca de 34 anos, sendo a média de 12 anos. O enfermeiro mais novo na profissão exerce há 8 meses, e o mais velho há 35 anos e quatro meses. Foram assinaladas 144 respostas válidas.

Figura 5 – Gráfico da distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício no Serviço de Urgência em anos.



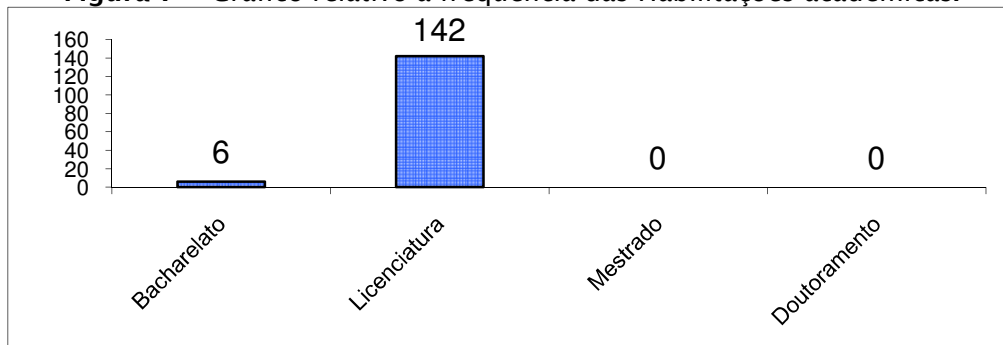
Relativamente ao tempo no serviço (Figura 5), a média é de 7 anos e 3 meses, e a variabilidade é elevada com uma amplitude de 32 anos. O elemento mais novo encontra-se colocado no serviço de urgência há 1 mês e o mais antigo há 32 anos. Foram validadas 146 respostas.

Figura 6 - Gráfico da carga horária semanal.



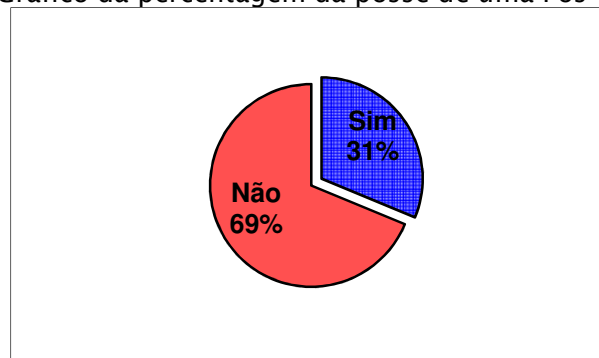
A maior parte dos inquiridos (83) trabalha 35 horas semanais., existindo também um considerável número de enfermeiros que fazem 42 horas semanais (Figura 6).

Figura 7 – Gráfico relativo a frequência das Habilitações académicas.



Os inquiridos são, na sua maioria, licenciados (Figura 7).

Figura 8 - Gráfico da percentagem da posse de uma Pós - Graduação.



Os 31% que possuem pós-graduação (Figura 8) são em áreas diversificadas, sendo a mais frequente «Urgência e Emergência Hospitalar». Não se constata a indicação de pós-graduações em Medicina Legal.

Quando inquiridos se possuíam formação em Medicina Legal, apenas 1 (0,67%) participante afirma positivamente, no entanto não especifica o tipo de formação. A grande maioria dos sujeitos participantes (71,72%) sente necessidade de formação na área de Medicina - Legal.

De um modo geral, o perfil social e demográfico do enfermeiro dos serviços de Urgência do SESARAM pode ser traçado da seguinte forma: é um indivíduo do sexo feminino e terá uma idade a rondar os 36 anos. Exerce a profissão há 12 anos, estando no serviço de urgência há 7 anos. Faz um horário de 35 horas semanais. É titular de uma licenciatura, não possui pós-graduação, não tem formação em Medicina - Legal, sentindo no entanto necessidade de formação nesta área.

Após a análise relativa aos dados sócio - demográficos, irá proceder-se a apresentação dos dados em relação à importância atribuída à preservação de vestígios e dos registos de enfermagem em casos de abuso sexual.

Quadro 2 – Grau de importância atribuído à preservação de vestígios e aos registos de enfermagem, em casos clínicos forenses.

	Muito Importante		Importante		Mais ou Menos Importante		Pouco Importante		Nada Importante	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preservação Vestígios	117	78,52	28	18,79	2	1,34	1	0,67	1	0,67
Registos Enfermagem	116	77,85	28	18,79	4	2,68	1	0,67	0	0

Ao observarmos o Quadro 2, constatamos que a grande maioria dos inquiridos considera que a preservação de vestígios é “Muito Importante” (78,52), grau também atribuído a importância dos registos de Enfermagem (77,85%).

Quadro 3 – Distribuição da amostra de acordo com a prestação de cuidados a vítimas de abuso sexual e consequente declaração às autoridades de investigação.

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Prestação Cuidados	44	29,93	103	70,07
Prestação Esclarecimentos	4	2,68	145	97,32

Quando questionados se já prestaram cuidados de enfermagem a vítimas de abuso sexual (Quadro 3), obtivemos 147 respostas, sendo a grande maioria respostas negativas (70,07%).

Foram ainda questionados se já haviam sido contactados por agentes da autoridade ou perito forense, de modo a fornecer algum esclarecimento sobre os procedimentos efectuados a vítimas de abuso sexual. De um universo de 149 respostas, apenas quatro pessoas prestaram declarações no sentido de esclarecer os procedimentos adoptados.

Foi pedido aos sujeitos participantes que assinalassem o número de vezes que lhes foi pedido esclarecimentos acerca de procedimentos adoptados junto de vítimas de agressão sexual, pelas autoridades de investigação. Obteve-se cinco respostas a esta questão, sendo que todas escolheram a opção “entre 0 a 2 vezes”.

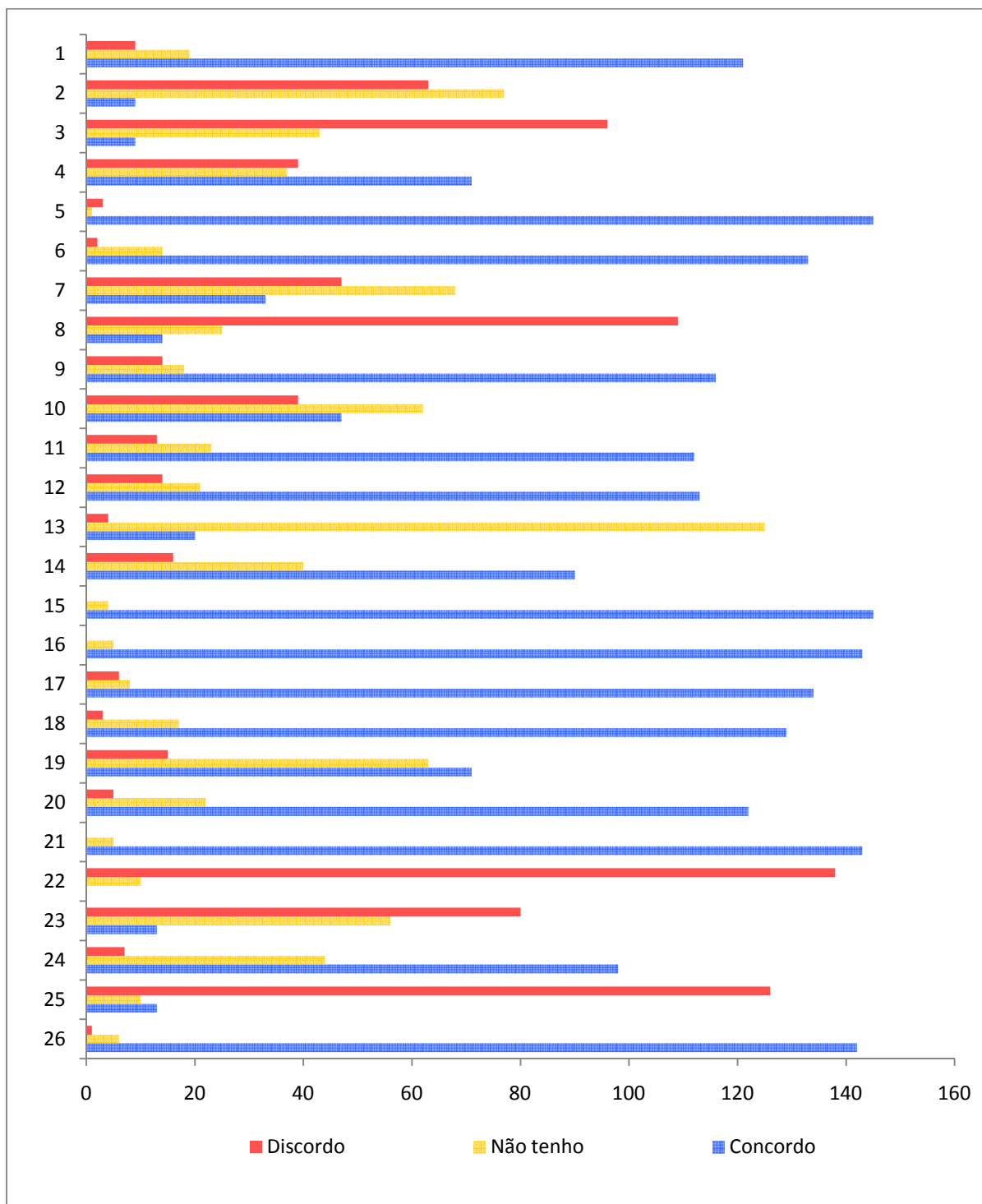
Em seguida passar-se-á à análise de uma bateria de questões (

Quadro 4) que pretendia apreciar o nível de concordância dos inquiridos em relação a determinadas perguntas, formuladas com o propósito de responder às questões de investigação formuladas. A distribuição das respostas por estas mesmas perguntas encontra-se na Figura 9.

Quadro 4 – Questões formuladas para averiguação do conhecimento dos enfermeiros quanto a questões relacionadas com a Medicina Legal.

N.º	Questão
1	Dever de competência dos enfermeiros dos SU na colheita de vestígios.
2	Os enfermeiros dos SU e preparação efectiva subsequente na colheita de vestígios.
3	Os enfermeiros dos SU do SESARAM e recolha de vestígios por rotina.
4	Existência de protocolo de actuação nos SU, em caso de vítimas de agressão sexual.
5	Importância da preservação de vestígios e prioridade clínica às vítimas.
6	Importância da recolha da cueca da vítima, usada durante a agressão sexual.
7	Provisionamento de alimento ou água, em caso de fome ou sede por parte da vítima.
8	A preservação de vestígios e a carga de trabalho nos SU.
9	Colocação das roupas da vítima num saco de plástico e sua posterior identificação.
10	Noção do enquadramento legal dos crimes sexuais.
11	Definição de violação sexual.
12	Poder económico e patronal, práticas sexuais e sua ligação com abuso sexual.
13	Diferenciação de liberdade sexual e autodeterminação sexual no CPP.
14	Práticas sexuais, menor entre 14 e 16 e sua ligação com violação sexual.
15	Vestígios e o seu papel fundamental na investigação criminal.
16	A recolha de vestígios e salvaguarda dos direitos das vítimas.
17	Recolha de vestígios, meio hospitalar e primeira oportunidade para colheita.
18	Roupas, meio hospitalar e sua importância como potencial vestígio.
19	Identificação de vestígios, restos de tinta e fragmentos de metal.
20	Identificação de vestígios, impressões digitais, palma das mãos e plantas dos pés.
21	Registos de enfermagem, marcas corporais e investigação criminal.
22	Registos de enfermagem e importância das declarações da vítima.
23	Medicina Legal, Enfermagem e equipas de investigação criminal.
24	Registos de Enfermagem, agressão sexual e processo clínico.
25	Registos de enfermagem, recolha de vestígios e investigação criminal.
26	Importância de documento específico de procedimentos e intervenção de enfermagem.

Figura 9 - Gráfico da distribuição da opinião dos enfermeiros acerca de questões colocadas em relação a procedimentos do foro forense e enquadramento legal dos crimes sexuais.



Assim, de um total de 149 respostas, 81% (correspondentes a 121 inquiridos) é da opinião que os enfermeiros dos serviços de Urgência deverão estar aptos para proceder à identificação, recolha e preservação de vestígios.

Em 149 inquéritos respondidos, só 6,04% dos participantes são da opinião que os enfermeiros dos serviços de Urgência do SESARAM estão preparados para efectuar a identificação, recolha e preservação dos vestígios.

Quando questionados sobre se era habitual o enfermeiro efectuar a identificação, recolha e preservação de vestígios, apenas 6,08% responde afirmativamente.

Em relação à existência de um protocolo específico para vítimas de abuso sexual, 48,30% dos participantes responderam que o mesmo não se encontra implementado, num total de 147 respostas obtidas.

Em relação à prestação de cuidados médicos e a importância de se salvaguardar os vestígios 97,32% dos inquiridos acha que além da assistência clínica à vítima de agressão sexual ser importante, a preservação de vestígios também assume uma consideração relevante.

A recolha da cueca da vítima, usada durante o abuso sexual, tem a concordância de 89,26% dos inquiridos.

No que concerne à questão relativa ao fornecimento de alimento ou água à vítima, a maioria dos enfermeiros (45,95%) não tem a certeza que procedimento utilizar.

Relativamente à suposta carga de trabalho elevada nos serviços de urgência e a potencial contingência que esta poderia representar, em termos de possibilidade de preservação de vestígios, 109 dos inquiridos (73,65%) discorda que a elevada carga de trabalho que existe no serviço de urgência não possibilite este tipo de acção. Apenas não se obteve uma resposta para esta questão, da totalidade de questionários preenchidos.

No que concerne à colocação e processamento da roupa da vítima de abuso sexual, 78,38% (116) dos inquiridos concordam que a mesma seja colocada num saco de plástico, selada e prevalecida a sua identificação, com os nomes da mesma.

Em relação do enquadramento legal dos crimes de abuso sexual 62 sujeitos (41,89%) afirmam não ter a certeza acerca do enquadramento legal dos crimes de abuso sexual.

Quando inquiridos acerca da definição legal portuguesa em relação à violação sexual, 75,68% (112) dos inquiridos concordam que a mesma refere-se à cópula, coito anal e coito oral, praticados com recurso a violência e ameaça grave.

No que diz respeito à definição legal portuguesa em relação ao abuso

sexual, 76,35% (113) dos sujeitos concordam que a utilização de uma posição de poder económico ou patronal, que leve outra pessoa a praticar actos sexuais, é abuso sexual.

De 149 respostas obtidas em relação à diferenciação existente no Código Penal Português entre liberdade sexual e autodeterminação sexual, 83,89% (125) dos inquiridos não tem a certeza se o Código Penal Português distingue estes conceitos.

Segundo as respostas obtidas, 61,64% (90) dos inquiridos concorda que as actividades sexuais entre um indivíduo adulto, com menor entre os 14 e 16 anos, são consideradas violação sexual. Houve 3 inquiridos que não responderam a esta questão.

A grande maioria dos participantes (97,32 %) concorda que os vestígios têm um papel fundamental no processo de investigação criminal, ao passo que 2,68% não tem certeza.

Em relação à identificação, recolha e preservação de vestígios em meio hospitalar, 96,62% (143) inquiridos concorda que estas acções contribuem para a salvaguarda dos direitos das vítimas. Não se obteve resposta a esta questão de um dos participantes.

Em relação à pergunta relacionada com a primeira oportunidade para proceder a identificação, recolha e preservação de vestígios e de esta poder surgir em meio hospitalar, 90,54% (134) dos inquiridos concorda com a mesma.

Quando questionados acerca da importância das roupas, e do reconhecimento destas últimas como potenciais vestígios, 86,58% (129) dos participantes do estudo concorda que em meio hospitalar, as roupas são um importante vestígio físico, merecendo um tratamento diferenciado.

No que concerne aos restos de tinta e fragmentos de metal e o seu reconhecimento enquanto potenciais vestígios, 71 dos inquiridos (47,65%) concorda com esta afirmação; contudo, 63 dos inquiridos (42,28%) não têm a certeza.

Em relação às impressões digitais, às palmas das mãos e às plantas dos pés e a sua possível utilização como vestígios na identificação humana, 81,88% (122) dos inquiridos concorda com esta afirmação.

No que diz respeito à descrição minuciosa das marcas corporais (localização anatómica, forma, tamanho e cor) apresentadas pela vítima de abuso sexual, 96,62% (143) dos inquiridos concorda que a mesma poderá constituir um elemento documental importante no decurso da investigação criminal. Houve 1

inquirido que não respondeu a questão.

As declarações proferidas pela vítima de abuso sexual, em relação às circunstâncias do mesmo são significativas, segundo a opinião de 93,24% (138) dos inquiridos. Por outro lado, 6,76% (10) participantes não têm a certeza em relação a esta questão, e nenhum dos inquiridos respondeu negativamente.

Relativamente ao envolvimento das equipas de enfermagem dos serviços de Urgência às questões forenses, 80 inquiridos (53,69%) concorda que as mesmas devem de estar envolvidas e que estas matérias não são delimitadas apenas à intervenção dos profissionais da Medicina Legal e da Polícia Judiciária.

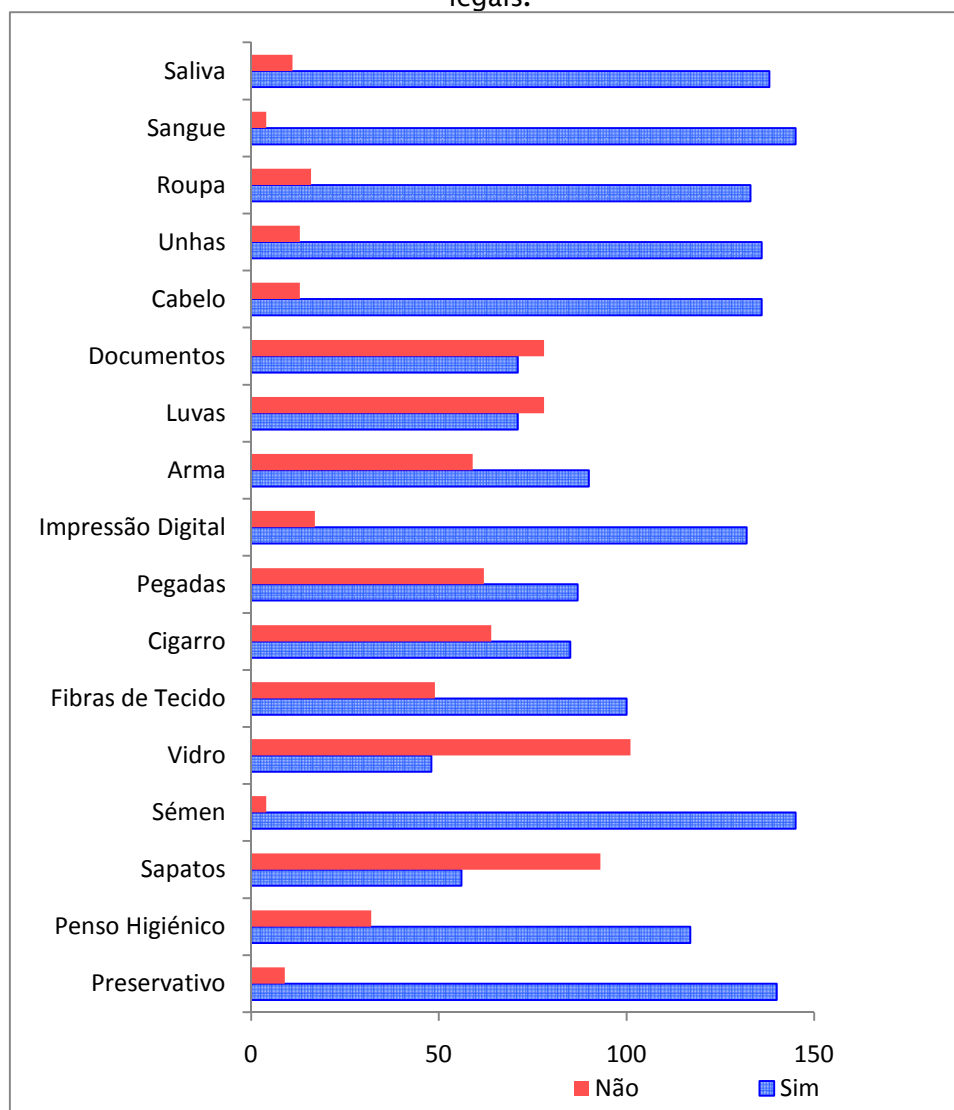
No que concerne ao registo das circunstâncias de abuso sexual, e se as mesmas devem acompanhar o processo clínico, 65,77% dos inquiridos (98) concorda com esta declaração

A maioria dos enfermeiros (84,56%) concorda que o registo dos itens identificados, recolhidos e preservados, bem como a data, hora e nome de quem efectuou o procedimento são informações pertinentes.

Por fim, a grande maioria dos sujeitos inquiridos (95,30%) concorda que a existência de um documento específico de consulta de procedimentos para situações de abuso sexual seria útil na abordagem destas situações, apesar de apenas 1 (0,67%) dos inquiridos não concordar com esta declaração e de 6 (4,03) sujeitos não terem a certeza.

.

Figura 10 - Gráfico dos elementos passíveis de serem considerados vestígios médico-legais.



No inquérito era fornecida uma lista com possíveis vestígios médico-legais, tendo os resultados obtidos despertado um interesse particular, como é possível constatar na Figura 10. Certas opções não suscitaram dúvidas na sua escolha aos participantes, quanto à sua possibilidade e potencialidade de serem utilizados nas investigações forenses como potenciais vestígios, como é o caso da saliva, sangue, roupa, unhas, cabelo, impressão digital, pegadas, cigarro, fibras de tecido, sémen, penso higiénico e preservativo. Dos elementos menos escolhidos pelos inquiridos, constantes na lista facultada como potencial vestígio, são o vidro e os sapatos.

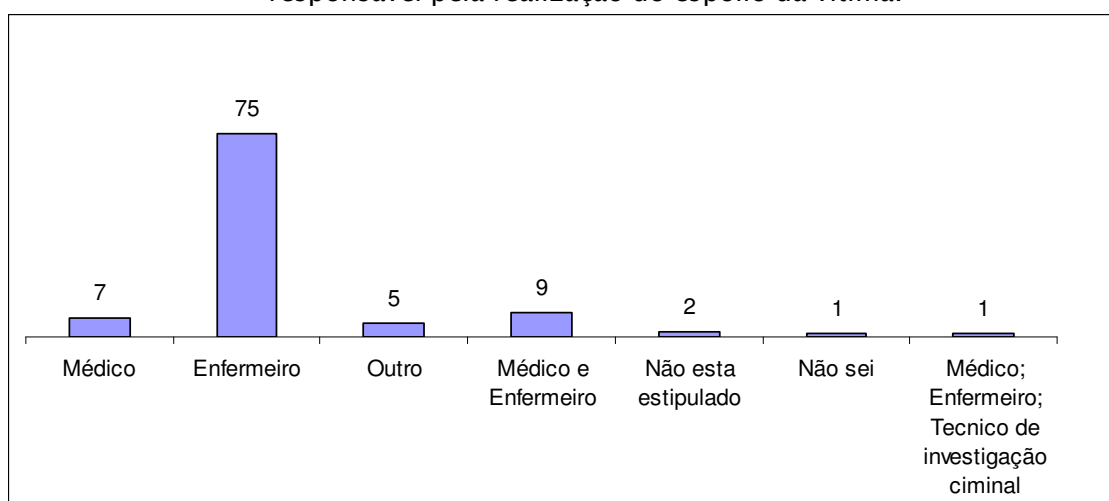
Alguns elementos que constam no quadro supracitado, como é o caso dos documentos e luvas, o número de pessoas que os indica como vestígios é praticamente semelhante ao número de pessoas que não os selecciona como tal.

Figura 11 – Gráfico da Distribuição da opinião dos Enfermeiros relativamente à realização do espólio da vítima de abuso sexual.



A análise da pergunta, se no respectivo serviço era efectuado o espólio da vítima de agressão sexual, indica que não existe uma resposta maioritária (Figura 11), uma vez que ambos os valores são muito semelhantes, existindo apenas um individuo de diferença entre o sim (N=68) e o não (N=69). Ressalva-se que apenas 137 inquiridos responderam a esta questão.

Figura 12 – Gráfico da distribuição da concepção dos enfermeiros em relação ao responsável pela realização do espólio da vítima.



Sendo pedido para indicar em caso afirmativo quem efectua o espólio, foram obtidas 100 respostas (Figura 12), tendo a maioria dos inquiridos

escolhido como resposta o enfermeiro, médico ou ambos, como a pessoa que efectua este acto. Surgiram também algumas respostas como “Não Sei”, “Não está estipulado” e “Outro” (não sendo indicado quem).

3.4.2 Discussão dos resultados

Após a apresentação da análise dos dados, irá proceder-se à discussão e interpretação dos mesmos, tendo por base os conhecimentos actuais sobre o tema deste trabalho e as questões de investigação formuladas.

De acordo com Fortin (1999), nesta fase da investigação, deverão ser implementados esforços para se proceder a comparações, a contrastar resultados e fazer inferências, tendo por base um pensamento crítico.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as agressões sexuais, das mais variadas ordens, são um problema comum e insidioso e que acarretam consequências físicas, psicológicas, emocionais e sociais complexas. Não raras vezes, os serviços de saúde não conseguem oferecer uma resposta totalmente adequada e atempada à vítima, e por esta razão muitas pessoas que padecem deste crime escolhem não o denunciar (OMS, 2007).

A violência é um problema de saúde prevenível e os enfermeiros contemporâneos deverão ser detentores de conhecimentos teóricos e práticos de forma a prestarem cuidados de qualidade aos indivíduos envolvidos em actos delinquentes (Miller *et al.*, 2010).

Os enfermeiros dos serviços de urgência lidam de forma continuada com eventos violentos e procedem frequentemente à avaliação de vítimas de traumas de várias ordens (Rutty; 2006). Por esta razão encontram-se numa posição privilegiada para avaliar lesões traumáticas ou outros sinais e sintomas de interesse para as forças policiais e judiciais (Miller *et al.*, 2010).

Em relação à caracterização demográfica da amostra, demonstrou-se que existem maioritariamente profissionais do sexo feminino a trabalharem nos serviços de Urgência do SESARAM, pois a amostra era constituída maioritariamente por mulheres (65,77%), sendo que a percentagem de homens equivalia a 34,23%.

Pelo estudo divulgado da OE (2010), no final de 2009 existiam em exercício 1961 enfermeiros na RAM. Destes profissionais, 83,22% correspondia ao género feminino, e 16,77% correspondia a indivíduos do género masculino.

Pela comparação entre a amostra deste estudo e a população geral dos enfermeiros da RAM, observa-se que a percentagem obtida de enfermeiros do sexo masculino é superior.

Apesar de a profissão ainda ser de predominância feminina, uma vez que os valores percentuais da amostra e da população geral dos enfermeiros não corresponderem proporcionalmente, esta variação abre caminho a um possível estudo (que não cabe nos objectivos da presente investigação), que visaria compreender quais os factores que levam os enfermeiros do sexo masculino a optar por se desenvolverem profissionalmente no SU.

Não obstante, quando se analisa e se compara os dados adquiridos por esta pesquisa, com os obtidos pela pesquisa efectuada no mesmo campo de interesse por Abdool e Brysiewicz (2009), constatasse que a população nesse estudo assemelha-se mais à população regional de enfermeiros do sexo feminino (81%).

A nível profissional a amostra apresenta 83,89% enfermeiros generalistas, valor que é semelhante aos fornecidos pela OE. Os dados da OE (2010) referem que, em Portugal, existem 83,75% enfermeiros generalistas. Relativamente aos enfermeiros especialistas, a amostra apresenta um valor inferior (10,14%) ao da média nacional (16,26%). Esta discrepância pode ser justificada pelo facto de a nível nacional existirem mais enfermeiros com mais do que uma especialidade. A própria OE faz referência a este mesmo facto, o que enviesa, por um lado, as tentativas de proporcionalidade e de comparação. Por outro lado, desde o ano 2006, a oferta de formação Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (ministradas quer pela ESESJC, quer pela ESEM) tem crescido, e por esta razão é espectável que a proporcionalidade entre enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas aumente nos próximos anos, nesta região.

Comparando a média de idades dos enfermeiros participantes neste estudo (36 anos), com a média de idades obtida por Abdool e Brysiewicz, (2009), 39 anos, verifica-se que estas são praticamente coincidentes. Pode-se inferir, então, que as equipas de enfermagem dos serviços de urgência são constituídas por profissionais já com alguma experiência neste campo. Esta constatação é confirmada pelo tempo de exercício no SU que, nesta pesquisa, era de 7 anos e esta informação vai de encontro aos resultados divulgados por Abdool e Brysiewicz (2009), que verificou que 64% dos enfermeiros do seu estudo fruía de mais de 2 anos de experiência em SU.

A partir da informação recolhida é possível constatar que, dos 31% dos

sujeitos inquiridos que possuíam pós - graduação, a mais popular é “Urgência e Emergência Hospitalar”, com 28,88% (N=13). Em relação ao estudo de Abdool e Brysiewicz (2009), 16% dos inquiridos também possuíam formação em emergências. Pode-se deduzir, portanto, que esta é uma área que os enfermeiros dos SU sentem necessidade de investimento académico, possivelmente por estar directamente relacionada com a praxis do seu quotidiano.

Já no que concerne à Medicina Legal, a grande maioria dos inquiridos deste estudo (99,33%) não tinha qualquer formação ao nível desta disciplina, mas 71,72% referiu sentir essa necessidade. No estudo de Abdool e Brysiewicz (2009), é evidenciado que somente 3% possuir esta formação, apesar de 100% dos inquiridos referir que a formação em Medicina Legal deveria constar da instrução académica dos enfermeiros. O baixo registo de enfermeiros com formação nesta disciplina poderá ser devido à pouca divulgação existente acerca da ligação entre a Enfermagem e a Medicina Legal. Ressalva-se que não existe, até à data, formação específica na RAM, e as que existem encontram-se em cidades do território nacional continental, como apresentadas no Apêndice 1 do presente trabalho.

Assim, o facto das formações nesta disciplina se encontrarem a nível do território continental, poderá ser um forte condicionante no acesso às mesmas, por parte dos insulares.

Praticamente todas as sociedades dos países industrializados e dos países em vias de desenvolvimento são caracterizadas por fruírem de uma dominância masculina que contribui, de certo modo, para a prevalência de mitos em relação ao abuso e violação sexual, que condicionam a identificação, tratamento e prevenção deste acto. Assim, ainda é comum que, mesmo entre profissionais de saúde, se pense que este crime acontece apenas a jovens mulheres, e que é perpetrado apenas por indivíduos estranhos à vítima, que sofrem de perturbações mentais graves, e com recurso a força física desmedida OMS (2007).

Os indivíduos que cometem este acto criminoso podem ser familiares próximos, e poderão recorrer a técnicas de coação, abuso de autoridade resultante de uma situação familiar ou profissional, prevaricar de uma posição de superioridade hierárquica ou económica, ou ainda aproveitar-se de incapacidade psíquica ou de situação de vulnerabilidade da vítima. Estes crimes poderão ocorrer em variados locais, desde campos de refugiados a departamentos policiais (OMS, 2007).

Para inquirir esta questão particular, foram construídas algumas perguntas

que confrontavam os enfermeiros em relação à sua percepção em relação às vítimas de abuso e violação sexual.

Podemos subdividir esta questão de investigação em duas partes:

- Conhecimentos do enquadramento legal;
- Situações relacionadas com a praxis.

No que concerne aos *conhecimentos jurídicos* destes crimes, constata-se que 41,89% dos sujeitos inquiridos não tem noção do enquadramento legal destes crimes nem tem a certeza se o Código Penal Português diferencia liberdade sexual de autodeterminação sexual (83,89%).

Para além do que foi descrito, 76,35% dos sujeitos participantes referem que a utilização de poder económico ou patronal que leve outra pessoa a praticar actos sexuais é abuso (quando, na realidade, o nosso Código Penal identifica-o como violação sexual) e referem ainda que as actividades sexuais entre um indivíduo adulto com menor entre 14 e 16 são consideradas violação sexual (61,64%), quando o CPP agrupa este crime dentro dos delitos relacionados com o abuso sexual.

Realça-se o facto de os enfermeiros apontarem, na sua maioria (75,68%) que a violação sexual refere-se à cópula, coito anal e coito oral, praticados com recurso à violência e ameaça grave, estando esta afirmação de acordo com o CPP.

Estes valores poderão ser fundamentados tendo em conta que, na formação académica dos enfermeiros, os aspectos jurídicos focados poderão estar ligados a outras questões legais mais frequentes à prática profissional, e os crimes sexuais ainda não terem merecido a sua atenção devida.

É relevante referir que, em relação às *situações da praxis* relacionadas com esta temática, 70,07% dos enfermeiros inquiridos, até à data do preenchimento do questionário, não tinham prestado cuidados de enfermagem a vítimas deste foro.

Os dados facultados pela Unidade de Estatística e Investigação do SESARAM, desde Janeiro de 2000 até 31 de Maio de 2010, apresentado no Anexo 4, o número de casos da etiqueta “abuso sexual” equivalem a 292, existindo uma média aproximada de 29 casos por ano. De acordo com os dados da Polícia Judiciária, e apenas em relação aos crimes sexuais contra crianças, a média é superior (entre 43 e 53 valor médio mensal de inquéritos). Esta diferença de valores poderá ser compreendida pelo facto das vítimas, possivelmente, não darem entrada no serviço de urgência, a fim de reportar a ocorrência dos

mesmos.

Outra possível justificação é o facto de o serviço estatístico supramencionado não ter incorporado nos seus dados a urgência pediátrica, uma vez que os dados não apresentam nenhum elemento, além do sexo, que permita definir a vítima do crime de abuso sexual.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a recolha de vestígios com relevância médico-legal, a partir de uma vítima de agressão sexual, é efectuada com o propósito de se comprovar a existência de um acto criminoso que, por sua vez, é punido legalmente.

Os vestígios médico-legais, recolhidos a partir de uma pessoa vítima de agressão sexual, são utilizados para determinar a ocorrência de actividade sexual recente; para identificação genética do perpetrador; para estabelecer o recurso a força excessiva ou a resistência física; para identificar a presença de álcool ou drogas no organismo, e ainda para verificar a existência de diminuição da capacidade mental devido a distúrbios psíquicos, que invalidariam um eventual consentimento por parte da vítima (OMS, 2007).

Na tentativa de obter respostas em relação ao conhecimento que os enfermeiros apresentam sobre a preservação de vestígios, foram elaboradas questões relativas a esta matéria.

Assim, podemos fragmentar esta questão de investigação nas seguintes partes:

- Papel dos vestígios numa investigação criminal;
- Conhecimento acerca do que são vestígios;
- Situações relacionadas com a praxis.

Em relação ao *papel dos vestígios numa investigação*, os enfermeiros inquiridos, na sua grande maioria (97,32%) refere que a preservação de vestígios é relevante, e ainda que os vestígios possuem um papel fundamental no processo de investigação criminal (97,32%).

Apesar da identificação e preservação de vestígios ser relevante numa investigação criminal, os possíveis traumas físicos e psicológicos que a vítima apresenta, deverão constituir a prioridade dos profissionais de Enfermagem, pois nenhum tratamento clínico poderá ser posto em causa (Savino, 2005; Vales da Silva, 2009).

Referem ainda que a primeira oportunidade para proceder à identificação,

recolha e preservação de vestígios pode surgir em meio hospitalar (90,54%) e que esta acção contribui para salvaguardar os direitos das vítimas (96,62%). Estes dados vão de encontro à bibliografia consultada, onde é referido que, não raras vezes, a possibilidade inicial para levar a cabo os procedimentos referidos sobrevém nos serviços de urgência (Lynch, 2006; Riviello, 2010).

No que concerne ao *conhecimento* que os participantes possuem acerca do que é um *vestígio*, destaca-se a tabela de escolha múltipla elaborada para que os inquiridos seleccionassem, entre as opções facultadas, as que encaravam como vestígios.

Os dados obtidos permitem inquirir o seguinte: os vestígios biológicos são os que suscitam menos dúvidas quanto à sua potencialidade (sangue e sémen auferiram conjuntamente 97,32% das respostas, seguido da saliva, que obteve 92,62%; as unhas e cabelo alcançaram, em simultâneo, 91,28% das escolhas) ao contrário dos vestígios materiais, que conquistaram menos opções (documentos e luvas obtiveram, em conjunto, 47,65% das opções; os sapatos auferiram 37,58%. Por fim, o vidro foi a opção menos escolhida, conquistando apenas 32,21% das respostas). Salvaguarda-se que, apesar de pertencerem a vestígios materiais, o preservativo e o penso higiénico auferiram 93,96% e 78,52% das respostas, respectivamente.

Na perspectiva da OMS (2007), os vestígios médico-legais referem-se à identificação e recolha de espécimes e amostras de materiais não-biológicos (retirados quer do corpo da vítima quer dos seus pertences pessoais, onde se inclui a roupa), documentação de lesões genitais e extra-genitais e ainda do registo do estado emocional da vítima. Assim, os potenciais vestígios poderão incluir: a saliva, o sangue, o sémen, os cabelos, os pêlos, a urina, a raspagem do leito ungueal, as fibras de tecido, os detritos, o solo, entre outros (OMS, 2007; Aggrawal, 2009).

Poder-se-á acrescentar a esta lista alguns elementos que possam ter resultado de transferência do suspeito para a vítima, e vice-versa, tal como: impressões digitais, impressões palmares e plantares, cigarros, óleos, tintas, vidros, plásticos, madeiras, pólenes, cinzas, amostras de metais, vidros, armas, sapatos, impressão de solas e objectos (Savino, 2005).

Destaca-se, ainda, que os documentos, carteiras, telemóveis, sistemas de videovigilância e fotografias que captem informações tal como o aspecto morfológico do suspeito ou que auxiliem na descrição do acontecimento também são vestígios importantes, que poderão ser classificados, no decorrer da

investigação, como evidências ou indícios (Savino, 2005).

Para além do que foi descrito, o protocolo hospitalar para a recolha dos vestígios em casos de agressão sexual do Estado do Kentucky (EUA) preconiza que deverão ser feitos todos os esforços na tentativa de preservar o preservativo ou penso higiénico que a vítima apresente, utilizado durante o acto criminoso, procedendo à recolha de vestígios com quatro cotonetes tipo zaragatoa, secar, empacotar, identificar e assegurar a cadeia de custódia (KASAP, 2002).

Assim, pode-se indagar que, apesar da grande maioria dos enfermeiros participantes neste estudo não possuírem formação médico-legal, estão cientes do tipo de vestígio passível de ser utilizado em investigação criminal, especialmente aqueles que se relacionam com materiais biológicos.

Para além do que foi descrito, e em relação à potencialidade que a roupa apresenta no fornecimento de evidências no sucedido da investigação criminal, 86,58% dos enfermeiros concordam que esta mereça um tratamento diferenciado. Não obstante, a maioria dos sujeitos participantes (78,38%) refere que este último inclui o sigilo dos itens de vestuário num saco de plástico e a identificação do mesmo com os dados da vítima.

Em relação a este último ponto, e de acordo com o protocolo hospitalar para a recolha dos vestígios em casos de agressão sexual do Estado do Kentucky (EUA) as peças de vestuário são fontes de vestígios relevantes, e recomenda-se que até os sapatos deverão ser recolhidos. Cada peça deverá ser embalada em separado, mas em saco de papel, evitando assim a acumulação de humidades que poderiam destruir o DNA (KASAP, 2002).

Segundo os dados obtidos, os enfermeiros participantes neste estudo consideram que a recolha da cueca usada durante a agressão sexual é importante (89,26%). Estes dados vão de encontro ao que é preconizado a nível do protocolo hospitalar celebrado conjuntamente com o KASAP (2002) onde é referido que as peças interiores íntimas da vítima são vestígios importantes (tal como as cuecas) que deverão ser recolhidas, colocadas num saco de papel com o cuidado de não danificar o tecido nem de abanar a peça, sob pena de se perderem vestígios com estas acções.

No diz respeito aos restos de tinta e fragmentos de metal e o entendimento, por parte dos enfermeiros, em relação à sua potencialidade para serem utilizados como vestígios, 47,65% concorda com esta afirmação sendo que 42,28% refere que não tem a certeza.

Quando questionados acerca da potencialidade das impressões digitais,

das palmas das mãos e das plantas dos pés no decorrer da investigação criminal, 81,88% dos participantes concorda que estes são vestígios passíveis de serem utilizados na identificação humana.

Consoante o que foi descrito em parágrafos anteriores, quer os restos de tinta, quer os fragmentos de metal e quer ainda as impressões digitais, impressões das palmas das mãos e das plantas dos pés, são vestígios de possível valor probatório; assim, a sua identificação, recolha e preservação é importante (Savino, 2005; Lynch, 2006). Desta forma podemos inferir que os enfermeiros que participaram neste estudo têm noção que estes objectos, sinais e marcas são relevantes para o decorrer de uma investigação cível ou criminal.

Em relação às *situações relacionadas com a praxis*, 81,21% dos inquiridos concorda que os profissionais de Enfermagem do SU deverão estar aptos para proceder à identificação, recolha e preservação de potenciais vestígios. De acordo com o estudo apresentado por Abdool e Brysiewicz (2009), os sujeitos participantes (78%) entendem que os enfermeiros com conhecimentos médico-legais actuam principalmente a nível dos SU.

Podemos inquirir, então, que os enfermeiros consideram que a sua intervenção tem repercussões importantes no decorrer de uma investigação judicial, em casos clínicos sinalizados como pertencentes ao foro forense.

Para além do que foi descrito, 51,68% dos participantes não têm a certeza se os enfermeiros dos SU do SESARAM estão preparados para efectuar a identificação, recolha e preservação de vestígios; 64,86% referem que não é costume executarem esta actividade.

Os resultados obtidos vão de encontro ao estudo de Abdool e Brysiewicz (2009), onde é efectuada uma alusão ao facto de que a maioria dos enfermeiros participantes nesse estudo referirem que não procediam à recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal, e que 56% dos inquiridos reportava o facto de existirem dificuldades no que diz respeito a esta actividade, no serviço de urgência onde exerciam a profissão. Por outro lado, e ainda em relação aos resultados apresentados pelo estudo citado, 84% dos participantes mencionaram que os médicos dos SU não demonstrava conhecimentos em práticas forenses.

A partir destes dados depreende-se que é necessário investir ao nível da formação dos enfermeiros do SU, a fim de habilitar estes profissionais a interagir com uma equipa multidisciplinar forense (que incluía médicos peritos e especialistas, técnicos laboratoriais, agentes judiciais e agentes policiais) de forma a optimizar intervenções de enfermagem que assegurem a recolha de

vestígios passíveis de serem utilizados num processo cível ou criminal.

Em qualquer acção jurídica estabelecida em relação a casos de abuso ou violação sexual, os vestígios são tipicamente utilizados no prosseguimento da investigação, na tentativa de identificação ou confirmação de um suspeito. Desta forma, pode assumir-se que os vestígios são usados com o objectivo de, em Tribunal, se provar ou se excluir uma conexão física entre indivíduos, objectos e lugares.

Este facto parece ser entendido pelos enfermeiros que participaram na investigação pois, de acordo com os dados obtidos, a grande maioria atribui o grau “ Muito Importante” (78,52%); ou “Importante” (18,79%) à preservação de vestígios, quando questionados cerca desta matéria.

Os *relatos* emitidos (quer pela vítima, quer pelo suspeito do crime) são cruciais, pois ajudam a estabelecer os factos que rodearam o acto criminoso (quem, quando, como, aonde, o quê) e ainda na detecção de incongruências nas narrações proferidas (Savino, 2005).

Esta opinião é partilhada pela OMS (2007), que refere que, para além deste propósito, o relato da vítima ajuda na orientação do exame médico-legal.

Desta forma, e em relação a que registos de enfermagem procedem estes profissionais perante vítimas de agressão sexual, 93,24% dos participantes referiu que as declarações proferidas pela vítima de agressão sexual são significativas, e que o registo acerca das circunstâncias que rodearam esse acto deveriam acompanhar o processo clínico (65,77%). No estudo de Abdool e Brysiewicz (2009), 71% dos inquiridos assinalou que os enfermeiros do SU asseguravam uma documentação escrupulosa, para fins de investigação criminal e para fins de protecção legal (quer da vítima, quer do próprio enfermeiro).

Ainda em relação aos registos de enfermagem, 96,62% dos participantes no presente estudo referiu que a descrição meticulosa das marcas corporais apresentadas pelas vítimas constituía um documento importante no decorrer da investigação criminal, e que o registo dos itens recolhidos e a identificação de quem efectuou o procedimento, hora e data, também são informações pertinentes (84,56%).

Os sujeitos participantes demonstram que atribuem uma relevância considerável aos registos que efectuam, e têm noção que estes últimos poderão tornar-se fundamentais na investigação judiciária e, em última análise, na decisão final do Tribunal, o vai de encontro à bibliografia consultada: *«Um correcto registo clínico que contemple uma descrição pormenorizada de todas as lesões*

encontradas, revela-se uma mais-valia para a segurança jurídica e contribuem para um ganho da vítima e da própria sociedade» (Vales da Silva, 2009:112).

Tendo em conta o que foi descrito nos parágrafos anteriores, constata-se que, em relação à importância que os enfermeiros atribuem aos registos de enfermagem, perante uma situação de agressão sexual, a grande maioria atribui o grau “Muito importante” (77,85%) ou “Importante” (18,79%), quando questionados cerca deste assunto.

Torna-se necessário evidenciar que é de suma importância perguntar à vítima que acções foram empreendidas após a agressão sexual, nomeadamente em relação à higiene pessoal (banho, duche, lavar os dentes), à alimentação (comer e beber) e ainda á eliminação (urinar e defecar). Reforça-se que qualquer uma destas actividades tem consequências nefastas para a recolha de vestígios, pois estes tornam-se inviáveis, por destruição ou deterioração dos elementos que permitem efectuar uma comparação a nível laboratorial (KASAP, 2002; OMS, 2007).

Em relação à questão que colocava em dúvida se a vítima manifestasse sede ou fome se proporcionaria alimentos ou líquidos, 45,95% dos enfermeiros não tem a certeza se, perante este acontecimento, os facultaria.

A partir das respostas dadas pelos inquiridos, denota-se que existe uma lacuna, relacionada com a vertente formativa, em relação a esta matéria e que, provavelmente, a existência de um documento orientador em relação aos procedimentos e intervenções a implementar perante este contexto seria vantajoso na abordagem a este tipo de situações.

Neste estudo, questionou-se os enfermeiros do SU acerca da sua opinião, em relação ao envolvimento da Enfermagem nas questões médico-legais. Uma parte dos participantes (53,69%) referiu que a Enfermagem deveria ser envolvida nesta área, enquanto 37,58% menciona não ter a certeza. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de os enfermeiros não lidarem, de forma constante com as questões forenses e procedimentos judiciais, uma vez que a grande maioria dos inquiridos (97,32%) nunca foi chamado a prestar esclarecimentos acerca das suas intervenções, pelos peritos da investigação criminal ou autoridade judicial. Comparados estes dados, com aqueles obtidos por Abdool e Brysiewicz (2009), 84% dos enfermeiros desse estudo também não tinham experiência em depoimentos judiciais.

A partir destas informações poder-se-á conjecturar que, a nível judicial, o testemunho dos enfermeiros, acerca das intervenções clínicas e da descrição dos

procedimentos efectuados perante as pessoas envolvidas em casos clínicos do foro forense, ainda não é considerado relevante.

No que concerne ao espólio da vítima, apenas 49,64% afirmaram que era efectuado no serviço, sendo estes resultados muito próximos aos que não consideravam que esta intervenção era, de facto, realizada (50,36%). Ainda em relação a este assunto, apesar de pouco mais de metade dos enfermeiros ter afirmado que esta acção era de facto efectuada, 75% dos inquiridos referiu que este procedimento, no caso de ser efectuado, era realizado pelos enfermeiros.

A informação obtida a partir da pergunta colocada poderá estar relacionada com o facto de apenas 48,30% enfermeiros terem afirmado que no SU existe um protocolo específico para actuação em casos de vítimas de agressão sexual sendo que, para 25,17% participantes, esta questão levanta algumas dúvidas.

Este assunto é caracterizado, então, de alguma controvérsia, visto não ser claro para os profissionais a existência de tal documento de orientação das práticas clínicas. No entanto, denota-se que, a se realizar este procedimento, este seria da responsabilidade dos profissionais de enfermagem.

No decorrer da recolha de informação, um dos colegas inquiridos escreveu uma nota onde afirmava que *«(...) as mulheres vítimas de abuso sexual são imediatamente encaminhadas para a Urgência Obstétrica, no 4º piso, que é um serviço completamente à parte deste serviço de Urgências, que fica no andar técnico»*.

Assim, denota-se que a responsabilidade de identificação, colheita e preservação de vestígios será delegada ao corpo médico, ficando a dúvida se este procedimento, realizado pelos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia, não se cingirá apenas a observação, registo e recolha de vestígios biológicos da região genital.

Por último evidencia-se que, para 95,3% dos enfermeiros inquiridos, a existência de um documento específico, para consulta, de procedimentos para situações de agressões sexuais, seria útil na abordagem destas situações. Estes dados são praticamente coincidentes com os resultados obtidos pelo estudo efectuado por Abdool e Brysiewicz (2009), onde os participantes (96%) referem considerar que a utilização de protocolos específicos para cuidados de enfermagem a casos clínicos forenses é importante.

Assim, seria pertinente, num futuro próximo, construir um protocolo em conjunto com a Direcção de Enfermagem, os enfermeiros dos SU e a Direcção

Clínica do SESARAM que articulasse intervenções de enfermagem com procedimentos forenses, de modo a garantir e a salvaguardar os direitos das pessoas, com visíveis ganhos para a saúde da comunidade.

4. Conclusões Finais

Findo que está a apresentação e interpretação dos dados, eis que chega o momento da última etapa do processo de investigação, que corresponde ao epílogo do estudo efectuado.

Ao longo dos meses que este processo durou, foram muitas as experiências vividas e, conseqüentemente, aprendizagens que foram interiorizadas, nomeadamente no que concerne às várias etapas que uma pesquisa depreende. A aquisição de novos conhecimentos é um factor positivo em termos pessoais e profissionais que permite a construção de novos caminhos, no percurso do crescimento individual.

Sendo que o objectivo de qualquer pesquisa é que esta seja útil, através da produção de informação pertinente para a disciplina onde a mesma se insere, o presente estudo pretendia conhecer qual é a intervenção dos enfermeiros dos serviços de urgência, perante vítimas de crimes sexuais, de forma a colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem neste contexto, e ainda sensibilizar estes profissionais para a importância e repercussões que os seus procedimentos têm, perante os casos clínicos em que se apliquem as questões do Direito e da Justiça.

Ao longo da dissertação, foi possível constatar que ciências forenses formam o conjunto de áreas disciplinares científicas que actuam em sintonia, de forma a auxiliarem os Tribunais na prossecução de casos de relevância judiciária, onde se incluem os casos clínicos com implicações médico-legais.

O crime, as agressões e a violência reúnem dois dos mais poderosos sistemas, que produzem um grande impacto na nossa sociedade: a justiça e a saúde. Por esta razão, os profissionais de saúde não podem desenvolver as suas actividades profissionais, olvidando os princípios e filosofias forenses.

Os crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual são largamente estudados, não só a nível da Medicina Legal, mas também a nível do Direito, entre outras disciplinas. É através da coordenação de saberes que, hoje em dia, é possível desenvolver intervenções cada vez mais eficientes, não só no sentido de identificar e condenar o perpetrador destes crimes, mas também no restabelecimento físico, emocional e social da vítima.

A Enfermagem, no que concerne ao seu corpo técnico e científico, é um precioso colaborador do Direito e da Justiça, na medida em que, em muitas ocasiões, é o enfermeiro quem estabelece o primeiro contacto entre uma vítima

(ou perpetrador) de um determinado crime e um estabelecimento de saúde. Desta forma, é imperativo que estes profissionais estejam munidos de conhecimentos científicos e legislativos, para poderem actuar em conformidade com os preceitos legais.

Os serviços de Urgência são a porta de entrada de muitas vítimas de agressões sexuais, a nível do sistema de saúde. Uma vez que são os enfermeiros os principais responsáveis, não só pela elaboração da triagem, mas também pela implementação e organização dos cuidados e tratamentos clínicos dos utentes destes serviços, a preparação teórica, científica e legal destes profissionais é fundamental. Por esta razão, os enfermeiros deverão ter o dever, não apenas o de assegurar cuidados de enfermagem seguros e adequados, mas também o de assumir a identificação, recolha e preservação de vestígios com relevância médico-legal. Crê-se que, desta forma, será possível certificar que os direitos das vítimas são salvaguardados.

Em diversos países, a Enfermagem aliada às ciências forenses e à Medicina Legal encontra-se em franca expansão, definindo normativas e desenvolvendo protocolos de actuação. Nesses países (tal como a Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Canadá) os enfermeiros dos serviços de urgência, por exemplo, estão a ampliar as suas intervenções, assumindo a responsabilidade pela identificação, colheita e preservação de vestígios relevantes para uma investigação judicial produzindo, desta forma, um impacto muito significativo nas decisões proferidas pelos tribunais.

Após a discussão dos resultados obtidos, desenvolvida no capítulo anterior, (que teve como linha orientadora as questões de investigação) considera-se que foram atingidos os objectivos propostos e que foram dadas as respostas às perguntas formuladas, que serviram de orientação para este estudo.

Assim, e apreciando os resultados obtidos poder-se-á retirar, como conclusão que, no que concerne à percepção dos enfermeiros em relação às vítimas de agressão sexual, estes profissionais necessitam de maior formação nesta área, pois existe ainda um conhecimento limitado acerca do enquadramento legal dos crimes sexuais. Para além das questões de âmbito jurídico, a percepção dos enfermeiros poderá ser limitada devido ao facto destes profissionais afirmarem que, na sua prática, contactam com poucas vítimas deste tipo de crimes.

À luz dos resultados auferidos, conclui-se que os enfermeiros dos serviços de Urgência do SESARAM têm noção do que são vestígios (especialmente os

vestígios biológicos), estão cientes da sua importância para uma investigação criminal e que a sua correcta identificação, recolha e preservação salvaguarda os direitos das vítimas. Pressupõe-se ainda que os enfermeiros do SESARAM compreendem que os vestígios são extremamente úteis na comprovação de uma interligação entre vítima – perpetrador – local do crime, pois consideram que a preservação dos mesmos é “Muito Importante”.

Os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros ouvintes dos relatos provenientes das vítimas e dos agressores. Os participantes neste estudo revelaram estarem conscientes em relação a este facto, pois atribuem uma importância bastante considerável, não só aos registos de enfermagem que efectuam, mas também em relação ao interesse (e repercussão legal) que as notas descritivas e detalhadas possuem, no decorrer de uma investigação criminal. Para além do que foi descrito, a realização do presente estudo permitiu constatar que os enfermeiros participantes consideram que devem de proceder ao registo: das declarações proferidas pelas vítimas; das circunstâncias que rodearam a agressão sexual; das marcas e lesões corporais e ainda dos itens recolhidos, do profissional que efectuou o procedimento, bem como a data e hora desta intervenção.

Constata-se ainda que os enfermeiros estão motivados para a formação em Medicina Legal e que consideram necessitar desta vertente educativa, sendo que a mesma se reflecte nas dúvidas que manifestam em questões de ordem prática, tal como os tipos de procedimentos que deverão implementar mediante o contexto específico das agressões sexuais.

Apesar dos enfermeiros inquiridos não possuírem muitos contactos com casos forenses do presente contexto, consideram que deverão estar aptos para proceder à recolha de vestígios. Não obstante, há um reconhecimento, por parte destes profissionais, que não possuem a preparação adequada, e por esse motivo não é usual efectuarem muitas intervenções a este nível. Não obstante, uma parte significativa dos sujeitos inquiridos refere que os enfermeiros deverão ser envolvidos nas questões médico-legais, que eventualmente surjam ao nível dos SU.

A possibilidade de uma vítima de agressão sexual recorrer aos serviços de urgência estará sempre presente no dia-a-dia dos enfermeiros que trabalham nesta área e, por esta razão, deverão possuir competências específicas na procura de detalhes que são muitas vezes esquecidos ou ignorados, na identificação da existência de eventuais vestígios, e no conhecimento em relação

à melhor forma de preservá-los adequadamente.

Conclui-se, então, que existe uma necessidade imperiosa de realizar formação aos profissionais de saúde sobre este assunto. De uma forma mais concreta, é necessário abordar, não só o tema do enquadramento legal dos crimes sexuais, mas também os tipos de sinais, marcas e objectos passíveis de serem utilizados como vestígios, bem como o tipo de acções que são necessárias empreender, de modo a identificar, recolher e preservar esses mesmos vestígios.

Assim, este estudo revelou ser importante estabelecer um protocolo de actuação perante vítimas de agressões sexuais, no SESARAM, que orientasse os profissionais no que concerne à implementação de acções de enfermagem que tivessem em conta, não só os aspectos clínicos da assistência, mas também os aspectos médico-legais.

Urge, também, celebrar protocolos de colaboração entre os sistemas de saúde e da justiça, corrigir as falhas exploradas (por exemplo, ao nível da criação de etiquetas específicas na Triagem de Manchester) e conceber mecanismos de orientação para os profissionais menos familiarizados com as temáticas forenses, pois uma comunicação eficaz entre os Serviços de Saúde, a Medicina Legal e o Direito é a forma mais adequada de responder às necessidades e direitos da vítima, na tentativa de findar com este problema de saúde pública.

Constata-se, também, que existem dúvidas em relação à realização do espólio, em vítimas de agressão sexual. Crê-se que, mais uma vez, a implementação de um protocolo elaborado especificamente para o atendimento de vítimas deste tipo de crime, ao nível dos SU, auxiliará os enfermeiros, não só a compreender a importância destas intervenções, mas também na realização das mesmas, de acordo com os princípios médico-legais.

A realização deste estudo permitiu constatar que esta temática é ainda desvalorizada, não existindo muitos estudos portugueses de investigação em enfermagem sobre a recolha de vestígios nos serviços considerados críticos para o surgimento de casos clínicos do foro médico-legal.

Assim, e uma vez que toda a investigação pretende cooperar na melhoria da sociedade em que vivemos, sugere-se que se estimule a inserção da Enfermagem Forense no léxico e na praxis dos enfermeiros em Portugal, pois a divulgação desta disciplina pode revestir-se de um impacto positivo junto de alunos, responsáveis de ensino e investigação e, em última análise, das pessoas que são alvo dos cuidados de enfermagem.

Compilar os estudos pós graduados elaborado por enfermeiros, na

disciplina científica da Medicina Legal, é outra medida que apoiaria a inclusão da Enfermagem, em termos de mais-valia jurídica e social, nas disciplinas médico-legais.

Como convite em relação a posteriores estudos, sugere-se a elaboração de uma pesquisa que investisse na análise descritiva comparativa, entre dois ou mais grupos de enfermeiros de SU distintos, no que concerne à diferença existente entre os conhecimentos que estes profissionais apresentam, acerca da recolha de vestígios em ambiente hospitalar, perante casos clínicos do foro médico-legal.

Propõe-se, ainda, a divulgação do presente estudo em revistas científicas ligadas ao mundo da Enfermagem e da Medicina Legal, e ainda a sua divulgação em congressos e simpósios relacionados com esta temática.

Torna-se concomitantemente importante disseminar esta nova vertente da Enfermagem junto do órgão de maior representatividade portuguesa em termos da profissão: a Ordem dos Enfermeiros. A cooperação desta última é imprescindível, na medida que é a associação de direito público que promove a disciplina e a regulamentação da profissão por excelência, e por esta razão desempenha uma influência na sociedade civil e nos sistemas de saúde de um país.

Por fim, prevê-se que, num futuro não muito longínquo, se manifestem mudanças nos paradigmas das práticas e intervenções destes profissionais, de modo a que estas se articulem com técnicas forenses adequadas, a fim de colaborarem com a Justiça na prossecução de casos clínicos com implicações médico-legais.

5. Bibliografia

ABDOOL, Nomusa N.T. e BRYSEWICZ, Petra - *A Description of the Forensic Nursing Role in Emergency Departments in Durban, South Africa*. [ed.] Renee Holleren. Journal of Emergency Nursing. Janeiro de 2009, p. 16-21.

AGRAWAL, Anil - *Forensic and Medico-Legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. Boca Raton: CRC Press, 2009. 410p.

ALMEIDA, Carlota Pizarro de. - *Código Penal*. 1ª Edição. Coimbra : Edições Almedina, SA, 2009. p. 106 a 112.

AMENDOEIRA, José - *Enfermagem em Portugal. Contexto, actores e saberes*. Revista Enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Julho/Dezembro de 2004, Nº 35/36, 2ª Série, p. 13-22.

AMENDOEIRA, José - *Enfermagem, Disciplina do Conhecimento*. Revista Sinais Vitais. Nº 67, Julho de 2006, p. 19-27.

ANDERSON, Sarah, MCCLAIN, Natalie e RIVIELLO, Ralph J. - *Genital Findings of Women After Consensual and Nonconsensual Intercourse*. [ed.] Cindy Peternej-Taylor. Journal of Forensic Nursing, Nº2, 2006, Volume 2, p. 59-65.

ANTUNES, Calvário Maria Teresa. - *Atitudes e Comportamentos Sexuais de Estudantes do Ensino Superior*. 1ª Edição. Coimbra : FORMASAU - Formação em Saúde Lda, 2007. 199 p.

APAV. *Estatísticas*. [Online] 2010. Consultado em 18 de Maio de 2010 através de:
http://www.apav.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=98.

APEEPH - [Online] Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Emergência Pré-Hospitalar, 2009. Consultado a 5 de Junho de 2010 através de:
<http://www.apeeeph.com/>.

APFN - Associação Portuguesa das Famílias Numerosas. *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. 2010. [Online] Consultado a 19 de Junho de 2010 através de:
http://www.apfn.com.pt/declaracao_universal_dos_direitos_da_crianca.htm.

BADER, Donna Marie e GABRIEL, Sue - *Forensic Nursing: A Concise Manual*. Florida : CRC Press, Taylor & Francis Group, 2010. 442 p.

BANDEIRA, Romero - *Medicina de Catastrofe: Da exemplificação histórica à iatroética*. Porto : Editora da Universidade do Porto, 2008. p. 41-53.

BEREK, Jonathan S., ADASHI, Eli Y. e HILLARD, Paula A. - *Novak - Tratado de Ginecologia, 12ª edição*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A., 1998. p. 212-214 e 241-245.

BRANCO, Luísa - *Ciência forense é regra, mas está longe do CSI*. 2010. In Verbis.[Online] Citação consultada a 22 de Fevereiro de 2010 através de: <http://www.inverbis.net/opc/cienciaforense-regra-longe-csi.html>.

CALABUIG, Gisbert - *Medicina Legal e Toxicologia*. Barcelona : Masson, 2004. 1416 p.

CARMO, Paula - *Psicólogas da PJ estudam 200 Agressores Sexuais*. 2002. DN Portugal. [Online] Citação consultada a 25 de Abril de 2010 através de: http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1514411&seccao=Sul.

COLLIÉRE, Marie-Françoise - *Cuidar...A primeira Arte da Vida*. Loures : Lusociência, 2003. 448 p.

COWEN, Perle Savik e MOORHEAD, Sue - *Current Issues in Nursing*. 7ª Edição. ST Louis, Missouri : Mosby Elsevier, 2006. 835 p.

DU MONT, Janice e WHITE, Deborah - *The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review*. 2007. Organização Mundial da Saúde. Geneva : WHO Press.

EMANS, S. Jean HERRIOT, Laufer, Marc R. e GOLSTEIN, Donald P - *Ginecologia na Infância & Adolescência* 5ª Edição. S. Paulo : Editora Roca LTDA., 2008. 912 p.

FORTIN, M - *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures : Lusociência, 1999. 388 p.

GALVÃO DA SILVA, Frederico Guilherme Soares - 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. Lisboa :

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006. Tese de Mestrado.

GONÇALVES de SOUSA, Ana Rita - *A Morte no corredor do Serviço de Urgência*. Revista Servir. Lisboa. Maio/Junho 2004, Nº3, Vol.52. p 144-148.

GOMES, Albino - *Enfermagem Forense: Que Realidade?* Fórum Enfermagem. [Online] Citação consultada em 07 de Maio de 2010 através de: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3553:enfermagem-forense-que-realidade&catid=214:marco-a-abril-2010.

GUNN, Alan - *Essential Forensic Biology*. Oxford,UK : Wiley-Blackwell, 2009. pp. 45-71.

HAMMER, Rita M. e PAGLIARO, Elaine M - *Forensic nursing: a handbook for practice*. Ontario : Jones and Bartlett Publishers, 2006. 851p.

IAFN. *Internacional Association of Forensic Nursing*. 2006 [Online] Citação consultada em 27 de Abril de 2010 através de: <http://www.iafn.org/>.

In Verbis - *Formação específica para casos de abuso sexual*. 2008. [Online] Citação consultada a 24 de Março de 2010 através de: <http://www.inverbis.net/juizes/formacao-especifica-casos-abuso-sexual.html>.

INNES, Brian - *Os cadáveres acusam*. 1.^a Edição. Lisboa : Editorial Estampa, 2007. 256 p.

JORAM - *Governo Regional da Madeira*. 2010 [Online] Citação consultada a 4 de Julho de 2010 através de: <http://www.gov-madeira.pt/joram/2serie/Ano%20de%202010/IIserie-029-2010-02-15Supl.pdf>.

KASAP - *Hospital/Community Facility Procedural Guidelines for the Forensic & Medical Examination of Adult Sexual Assault Victims in Kentucky*. Kentucky Sexual Assault Evidence Collection Protocol. Frankfort : Kentucky Association of Sexual Assault Program, 2002.

KIDD, Pamela e STURT, Patty - *Manual de Urgencias en Enfermería*. 1.^a Edição. Madrid : Harcourt Brace de España, S.A., 1998. 604 p.

Lello Universal - *Lello Universal: Dicionário Luso - Brasileiro*. Porto : Lello & Irmão, 1980. 2604 p.

LYNCH, Virginia A - *Forensic Nursing*. St. Louis : Elsevier Mosby, 2006.

MACHADO, Carla - *Abuso Sexual de Crianças*. Violência e Vítimas de Crimes. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. Junho 2003. Vol.2. p 40-93.

MALDONADO, Mário Artur da Silva - Alguns Aspectos da História da Criminologia em Portugal. Trabalho apresentado para exame do Curso Complementar em Ciências Históricas-Jurídicas. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, 1960.141 p.

MARQUES DA SILVA, A - Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2010 *Tese de Mestrado*.

MARTINS, Herlon Saraiva, DAMASCENO, Maria Cecília de Toledo e AWADO, Soraia Barakat, [ed.] - *Pronto Socorro*. 2ª Edição. São Paulo : Manole Ltda., 2008. 2178 p.

MILLER, Charman L., et al. - *Forensic nursing: An emerging competency for contemporary practice*. Teaching and Learning in Nursing. 2010, Vol. 5, pp. 98-103.

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA INTERNA - *Os crimes de abuso sexual de crianças, menores dependentes, pessoa internada e outros*. Portal da Segurança. 2010. [Online] Citação consultada a 16 de Março de 2010 através de: http://www.portalseguranca.gov.pt/mediawiki/index.php/Os_crimes_de_abuso_sexual_de_crian%C3%A7as,_menores_dependentes,_pessoa_internada_e_outros_-_Toc225783163.

MOREIRA, Carlos Diogo - *Teorias e Práticas de Investigação*. 1ª Edição. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2007. 300 p.

MOTA, Liliana - *Dos dados ao diagnóstico de Enfermagem*. Fórum Enfermagem. 04 de Janeiro de 2009 [Online] Citação consultada a 1 de Julho de 2010 através de: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3471:dos-dados-ao-diagnostico-de-enfermagem&catid=197:

NANDA - *Nanda International; Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. United Kingdom : Wiley-Blackwell, 2009. 429 p.

NIGHTINGALE, Florence - *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. [ed.] Associação Brasileira de Enfermagem. São Paulo : Cortez Editora, 1989. (Edição comemorativa).

ONU - Carta Internacional dos Direitos Humanos Declaração Universal dos Direitos do Homem.1948. *Procuradoria Geral da República*. [Online] Citação consultada a 20 de Maio de 2010 através de: <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico*. 2009. [Online] Citação consultada a 25 de Maio de 2010 através de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *O que é a Ordem*. 2010. [Online] Citação consultada a 25 de Maio de 2010 através de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/oqueeaordem.aspx>.

PCP - *Projecto de Lei nº 657/X - Protecção das mulheres vítimas de violência*. Fevereiro de 2009. [Online] Citação consultada a 24 de Maio de 2010 através de: <http://www.pcp.pt/projecto-de-lei-n%C2%BA-657x-protec%C3%A7%C3%A3o-das-mulheres-v%C3%ADtimas-de-viol%C3%A2ncia>.

PENEFF, Jean - *O Hospital na Urgência: Estudo por Observação Participante*. 1ª Edição. Coimbra : FORMASAU - Formação e Saúde, Lda, 2002. 226 p.

PENEFF, Jean - *Os Doentes das Urgências*. Coimbra : Formasau, Formação em Saúde Lda., 2003.157 p.

PINHEIRO, Maria de Fátima Terra - *CSI Criminal*. 1ª. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa, 2008. 194 p.

PINTO DA COSTA, Diogo - *Violação*. Violência e Vítimas de Crimes. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. Junho 2003. Vol.1. P. 132-162.

PINTO DA COSTA, J. - *Ao Sabor do Tempo: Crónicas Médico-Legais*. 1ª Edição. Vila Nova de Famalicão : Quasi Edições, 2004. p. 404.

PLITCHA, Stacey B., CLEMENTS, Paul T. e HOUSEMAN, Clare - *Why SANEs Matter:Models of Care for Sexual Violence Victims in the Emergency Department*.

[ed.] Cindy Peternelj-Taylor. *Journal of Forensic Nursing*. 2003, Vol. Volume 3, pp. 15-23.

PONCE, Pedro e TEIXEIRA, Jorge - *Manual de Urgências e Emergências*. 1ª Edição. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2006. 343 p.

PYREK, Kelly - *Forensic Nursing*. FL : CRC Press; Taylor & Francis Group, 2006. 664 p.

RIVIELLO, Ralph J. - *Manual of Forensic Emergency Medicine: A Guide for Clinicians*. 1ª Edição. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers, LLC, 2010.

ROLAND, Paul - *Cenas de Crime*. 1ª Edição. Lisboa : Livros d'Hoje, 2008.

RUTTY, Jane E. - *Does England Need a New Genesis of Forensic Nursing?* Forensic Science, Medicine, and Pathology. 2006, Vol. 2, pp. 149-155.

SAVINO, John O. e TURVEY, Brent E. - *Rape Investigation Handbook*. San Diego, California : Elsevier Academic Press, 2005. 416 p.

SCHERER, Edson Arthur e SCHERER, Alves Pires - *A criança Maltratada: Uma Revisão da Literatura*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Agosto de 2000, Vol 8, Nº4, pp. 22-29.

SESARAM - *Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.-Triage de Manchester*. [Online] Junho de 2005. Citação consultada a 10 de Fevereiro de 2010 através de: http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=122&Itemid=83&lang=pt.

SESARAM - *Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. - Serviço de Urgência. Recursos de Saúde*. 2010 [Online] Citação consultada a 04 de Junho de 2010 através de: http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=51&lang=pt.

SHEEHY, Susan - *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. 4.ª Edição. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. 877 p.

SILVA, António Manuel V. - *A Morte vista das Urgências*. Revista OE. Lisboa. Janeiro de 2006, Nº 20, p 46-52.

SMITH, Roger P. - *Ginecologia e Obstetrícia de Netter*, 1ª Edição. Porto

Alegre : Artmed Editora S.A., 2004. pp. 410-413; 514-517.

SOARES, Pe.Matos, [trad.]. - *Bíblia Sagrada*. São Paulo : Edições Paulinas, 1971.

SORENSEN e LUCKMANN - *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta- Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. 1998. pp. 5-9.

SRAS. - *Secretaria Regional dos Assuntos Sociais - Nos centros de saúde da Madeira real*. 2010. [Online] Citação consultada 04 de Junho de 2010 através de: http://sras.gov-madeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=375:nos-centros-de-saude-da-madeira-356-mil-consultas-163-mil-urgencias&catid=21:noticias&Itemid=45.

UE - *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. [Online] Citação consultada a 20 de Maio de 2010 através de: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/Tratados/Nice/Carta%20Direitos%20Fundamentais.htm>.

VALES DA SILVA, Lúcia Sofia Barbosa - Lesões por Arma Branca: Relevância Médico - Legal. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009. *Tese de Mestrado*.

VAZ, Célia e CATITA, Paula - *Cuidar no Serviço de Urgência*. Revista Nursing. Lisboa. Setembro de 2000, Nº 148, p. 14-17.

VAZ, Josiana Adelaide - Metodologias de detecção de vestígios biológicos forenses. Aveiro: Departamento de Biologia. 2008. *Tese de Mestrado*.

WONG, Donna L. - *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1999.

Apêndice

Apêndice 1

Quadro 5 - Cursos leccionados em Portugal na área da Medicina Legal

Instituição	Curso	Local	Pagina
ESEFM	Pós - Graduação em Enfermagem Forense	Lisboa	http://www.enfermagem.edu.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=432&Itemid=300
ESSL	Pós-Graduação em Enfermagem Forense	Leiria	http://www.esslei.ipleiria.pt/portal/index.php?id=1586
ICBAS	Ciências Médico-Legais	Porto	http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=ECML
ICBAS	Mestrado em Medicina Legal	Porto	http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=MML
INML	Pós-Graduação Avaliação do Dano corporal Pós-Traumático	Delegação Centro e Norte do INML	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS
INML	Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho	Delegação Centro do INML	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS
INML	Curso Superior de Medicina Legal	Delegações do INML	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS
INML	Mestrado Em Medicina Legal e Ciências Forenses (FMUC)	Coimbra	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS
INML	Mestrado Em Medicina Legal e Ciências Forenses (FMUL)	Lisboa	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS

INML	Mestrado Em Medicina Legal e Ciências Forenses (FMUP)	Porto	http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ACTIVIDADE_FORMACAO/CURSOS_DE_POS-GRADUACAO/MESTRADOS
ISMAI	Criminologia	Maia	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=9066&code=4358&frame=1
ISCSN	Ciências Forenses e Criminais	GANDRA PRD	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=8059&code=4261&frame=1
ISCSEG	Ciências Forenses e Criminais	Costa Caparica	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=8059&code=4260&frame=1
ISCSEG	Psicologia Criminal	Costa Caparica	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=9792&code=4260&frame=1
FDUP	Criminologia	Porto	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=9066&code=1114&frame=1
Universidade Fernando Pessoa	Criminologia	PORTO	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=9066&code=2750&frame=1
Universidade Lusíada	Criminologia	PORTO	http://www.acessoensinosuperior.pt/detcurso.asp?codc=9066&code=2401&frame=1
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias	Mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social	Lisboa	http://www.ulusofona.pt/index.php/faculdade-de-psicologia/mestrados-2ociclo/2o-ciclo-psicologia-forense-e-exclusao-social
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias	Pós-Graduação em Criminologia	Lisboa	http://www.ulusofona.pt/index.php/faculdade-direito/pos-graduacoes/pos-graduacao-em-criminologia
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias	Pós-Graduação em Medicina Legal e Ciências Forenses	Lisboa	http://www.ulusofona.pt/index.php/faculdade-direito/pos-graduacoes/pos-graduacao-em-medicina-legal-e-ciencias-forenses

Anexos

Anexo 1 – Conceitos Médico-Legais.

Para o leitor pouco familiarizado com a terminologia do universo da Medicina Legal e das ciências forenses pretende-se divulgar algumas concepções relacionadas com o tema do presente estudo.

Agressão Sexual – Relação de carácter sexual, que não é consentida, podendo tratar-se de uma ofensa contra a liberdade e autodeterminação sexual simples (quando envolve, por exemplo, comportamentos exibicionistas, provocatórios, toques e carícias de natureza sexual com partes do corpo ou objectos) ou de uma ofensa contra a liberdade e autodeterminação sexual complexa (que envolve a penetração anal, oral e vaginal com partes do corpo ou com objectos) (Calabuig, 2004).

Antropologia Forense – Consiste na aplicação dos conhecimentos da antropologia física e da antropometria a questões do Direito e da Justiça. O âmbito desta disciplina, pertencente ao universo das ciências forenses, consiste na recuperação e na identificação de corpos em adiantado estado de decomposição auxiliando a Medicina Legal na determinação da data, da causa e das circunstâncias da sua morte, do sexo, da afinidade populacional e da idade do indivíduo, na altura do óbito (Pinto da Costa, 2004; Vaz, 2008).

Autópsia – O termo aparece, etimologicamente ligado à cultura grega, sendo que *autos* significa “mesmo” e *opsomai* significa “eu vejo”. Com esta terminologia pretende-se expressar a investigação que se realiza sobre um corpo, para determinar as causas (directas ou indirectas) da morte. Numa primeira aceção, esta terminologia poderá considerar-se sinónima de «necrópsia» (Calabuig, 2004).

Existem dois tipos de autópsia: a autópsia clínica (necrópsia) e a autópsia médico-legal. A autópsia demora geralmente entre uma a duas horas, mas em casos especiais pode levar dias (Roland, 2008).

Autópsia Médico-Legal – Refere-se à acção de estudo e investigação levada a cabo, de forma a aclarar as causas e as circunstâncias sobre as quais incidiram determinada morte violenta ou suspeita de intervenção criminosa. Com a realização da autópsia, o médico legista, o perito médico ou o técnico de tanatologia (dependendo de quem a realiza) contribuem para a prossecução da Justiça e bem-estar social (Calabuig, 2004).

As autópsias são obrigatórias nos casos de morte por causa que não sejam naturais, isto é, em caso de acidente, suicídio ou homicídio (Roland, 2008).

Biologia Forense – Conjunto das áreas académicas que a Biologia abarca, aplicada à investigação legal. Inclui os conhecimentos obtidos de matérias tais como a Genética, Fisiologia, Citologia, Imunologia, Microbiologia e Hematologia (Gunn, 2009).

A detecção de amostras biológicas, estudo do DNA, exame da paternidade, análise das anomalias genéticas e a identificação genética são algumas das componentes práticas

que esta disciplina comporta.

Cadeia de Custódia – É um documento escrito onde se encontram registados todos os passos que um determinado vestígio percorreu, em que se especifica quem o manuseou e em que data (Galvão da Silva, 2006). É essencial para que se resguarde a qualidade e importância probatória de um determinado vestígio, no qual está implícito o meio ou o mecanismo que o abriga de possíveis fontes de contaminação e garante que este, após os exames periciais, se transforme em prova (Galvão da Silva, 2006).

O documento da cadeia de custódia não deve sofrer qualquer modificação, desde a data em que o vestígio foi colhido, até à sua tramitação laboratorial (Galvão da Silva, 2006).

Ciências Forenses – Conjunto de áreas disciplinares científicas que actuam em sintonia, unindo os seus conhecimentos na tentativa de auxiliar a Justiça na resolução de casos de carácter médico-legal. (Vaz, 2008)

As ciências forenses estão dependentes de todas as áreas que possuem alguma relevância a este nível, indo embeber nos seus conhecimentos e campos de acção, com o objectivo primordial de descortinar e revolver determinado delito (Vaz, 2008). Como exemplo de áreas científicas com relevância forense pode-se indicar a Biologia, Química, Física, Balística, Entomologia, Antropologia, a Medicina Legal, a fotografia, a Toxicologia, a Odontologia, a Radiologia, entre outras (Roland, 2008; Vaz, 2008).

Criminologia – Pode ser definida como «A Ciência empírica e interdisciplinar que se ocupa do crime, do delinquente, da vítima e do controlo do comportamento social desviante.» (García-Pablos de Molina, citado por Calabuig, 2004).

Estabeleceu-se, como ciência autónoma com a publicação de Cesar Lombroso (1835-1909), que albergava a antropologia do homem delinquente.

Relaciona-se com o Direito, Psiquiatria, Medicina Legal e Sociologia. Assim, a Criminologia trata das seguintes manifestações: do crime ou delito; do criminoso ou delinquente; da vítima do crime ou delito, e ainda dos sistemas de punição e reinserção social. Desta forma, esta disciplina tenta estabelecer uma relação entre a personalidade do delinquente e os factores biológicos, psíquicos e sociais que o influenciam (Calabuig, 2004).

Delinquente – Indivíduo que preconiza uma acção punível, cuja personalidade carece de uma perscrutação, de forma a realçar a raiz da sua conduta criminal (Calabuig, 2004).

Delito – Acção humana determinada por um jogo de forças e de factores, que podem ser internos (endógenos) ou externos (ambientais), e que se reveste de uma componente antijurídica (Calabuig, 2004).

DNA – Dentro do núcleo das células encontra-se uma molécula química conhecida por DNA (Ácido Desoxirribonucleico), que contém a informação necessária para a replicação célula, e também para o fabrico de enzimas. Esta molécula é capaz de

transportar toda a informação genética necessária ao nosso desenvolvimento, desde o ovo até à morte (Pinheiro, 2008).

A unidade fundamental do DNA é o nucleótido. Este é composto por três entidades: uma base azotada, um tipo de açúcar e um grupo químico chamado de fosfato (Pinheiro, 2008).

O DNA existente no núcleo das células é designado de DNA nuclear; existe, contudo, uma menor quantidade de DNA fora do núcleo celular, contido num organelo da célula – a mitocôndria. Assim, este tipo singular de DNA é denominado de DNA mitocondrial. Este tipo de DNA tem uma maior capacidade de resistência à degradação, e é apenas de herança parental materna (Pinheiro, 2008).

A informação contida no DNA varia de espécie para espécie, e dentro da mesma espécie, existem variações entre os indivíduos. Esta variação possibilita a identificação individual, e tem uma grande relevância a nível forense e jurídico (Pinheiro, 2008).

Evidência – Utiliza-se o termo citado quando é provado, através de exames complementares laboratoriais efectuados aos vestígios coleccionados, que estes se encontram associados a um determinado crime. Em criminalística, evidência significa, então, qualquer material, objecto ou informação que está relacionado com a ocorrência do delito (Vaz, 2008).

Indícios - À medida que a investigação progride para a fase processual, as terminologias “vestígio” e “evidência” passam a designar-se, no meio judicial, de indícios (Vaz, 2008).

Medicina Legal - Esta ciência «(...) é a aplicação de conhecimentos biomédicos e de outros conhecimentos científicos às questões de Direito. Ela é uma especialidade que procura resolver casos concretos, em regra relacionados com situações legais ou jurídicas.» (Pinto da Costa, 2004)

Necrópsia - Etimologicamente, este termo aparece ligado à cultura grega, sendo que *nekros* significa «morto» e *opsomai* significa «eu vejo» (Calabuig, 2004). Contribui para o conhecimento dos mecanismos patológicos que desencadeiam a morte. Estes saberes colaboram, por sua vez, para o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos, uma vez que é um precioso auxiliar na promoção da saúde pública de uma dada comunidade ou país.

A necrópsia (ou autópsia clínica) é requerida em três ocasiões primordiais: quando um determinado estudo clínico foi insuficiente para determinar e caracterizar a enfermidade causadora; quando se pretende conhecer o aspecto e extensão morfológica do processo de uma determinada doença e ainda quando se pretende demonstrar a existência de lesões não evidenciadas que possam, eventualmente, encerrar um interesse familiar, social ou científico (Calabuig, 2004).

Patologia Médico-Legal – Esta disciplina das ciências médico-legais reúne todo o conjunto de conhecimentos etiológicos, fisiológicos, patológicos, clínicos e terapêuticos

da medicina, cirurgia e traumatologia, para aplicá-los na resolução de casos que rodeiam a Justiça (Calabuig, 2004). Relaciona as lesões traumáticas e os mecanismos patológicos, com a morte de origem violenta e tenta estabelecer a natureza dessas mesmas lesões, bem como a sua localização e gravidade (lesões mortais e lesões não-mortais), relacionando-as com a tipologia criminal das mesmas.

Ocupa-se, então, de problemas médico-legais relacionados com o diagnóstico diferencial entre lesão provocada em vida e lesão provocada “*post-mortem*”; com os mecanismos da morte advindo das lesões traumáticas; com as lesões provocadas por armas brancas, armas de fogo e explosões; com as lesões despertadas por agentes físicos (tais como o calor, o frio, a radiação e a electricidade); com os acidentes rodoviários, aéreos e náuticos; com o suicídio; com a asfixia; com as lesões incitadas por agentes químicos e biológicos; com a avaliação e valorização do dano corporal, entre outros assuntos igualmente estimulantes (Calabuig, 2004).

Perícia - Perícia é o exame feito pelo perito forense que tem como objectivo esclarecer um facto que seja de interesse policial e judicial. As perícias ou exames periciais permitem aferir e atestar se os vestígios possuem valor probatório, sendo os mesmos descritos num relatório pericial (Galvão da Silva, 2006).

Perito Forense - É uma pessoa hábil, experiente, versada e reconhecida como detentora de saberes especiais que se encontra encarregada de realizar o exame com interesse forense e médico-legal. Para além disso, pode ser requerida para elucidar e assessorar os magistrados e tribunais, com informação pericial. O juiz recorre à informação pericial quando, para conhecer ou apreciar determinado feito ou circunstância, necessita de evocar e socorrer-se de determinados conhecimentos científicos ou artísticos fornecidos pelo perito (Calabuig, 2004).

Os exames, ou perícias, podem ser efectuados em pessoas, cadáveres, objectos, materiais biológicos, materiais não biológicos e também em animais.

Psicologia Forense - Esta vertente da doutrina da Psicologia é importante para determinar o motivo por trás do comportamento de um criminoso e, em certos casos, descobrir uma determinada sequência nos seus actos. É também extremamente relevante em tribunal, em situações judiciais em que se torna necessário determinar a culpa ou inocência de um suspeito (Vaz, 2008).

Psiquiatria Forense - Designada pela doutrina médico-legal francesa como Psiquiatria Médico-Legal, tem como objecto primordial a pesquisa das causas e dos motivos de certos actos, e de analisar a dissonância da pessoa humana no Mundo (Pinto da Costa, 2004).

A Psiquiatria Forense abarca a legislação em vigor, a relação do Direito e da Psiquiatria, as bases da criminologia, as síndromes psiquiátricas relacionadas com o crime (como por exemplo as perturbações afectivas, as esquizofrenias, as doenças do sistema nervoso central, as epilepsias, as cromossomopatias, o alcoolismo, as

toxicodependências, as personalidades psicopáticas e os desvios sexuais), e ainda a responsabilidade criminal, a avaliação da capacidade civil em casos de interdição, e ainda o testamento (Pinto da Costa, 2004).

Entre os complexos e variados aspectos da Psiquiatria Forense, existem três que são clássicos: a existência de doença psiquiátrica com relevância legislativa, a alienação e a imputabilidade (Pinto da Costa, 2004).

Prova – São os factos juridicamente relevantes para a clareza e decisão de existência ou inexistência de um crime, para a punibilidade ou não punibilidade do arguido, e ainda para a determinação da pena ou da medida de segurança a aplicar (Vaz, 2008).

«A prova tem por função a demonstração da realidade dos factos.» (Galvão da Silva, 2006).

A prova pode ser classificada de várias formas:

- ✓ No que concerne ao seu tipo (fonte) a prova pode ser: *real* (resultante da observação dos factos, pessoas e coisas, isto é, tem natureza objectiva); *peçoal* (resultante da acção humana consciente e voluntária de actos que conviveram, isto é, tem natureza subjectiva).
- ✓ No que concerne à sua qualidade (objecto) a prova pode ser: *directa* (se incide de forma imediata nos factos que se pretendem comprovar); *indirecta* (se recai sobre factos diversos que, por dedução, conduzem ao facto principal que se pretende comprovar) (Galvão da Silva, 2006).

Sexologia Médico-Legal – É o ramo da Medicina Legal que se ocupa do estudo e investigação das questões e problemas relativos ao instinto sexual e ao sexo, na sua dimensão anatomo-fisiológica, psíquica, pessoal, familiar e social. Reúne e associa conhecimentos médicos e biológicos, necessários para resolver questões que envolvem esta dimensão do ser humano e a Justiça (Calabuig, 2004).

Apesar da sua variabilidade, existem três temas clássicos associados a este ramo: os delitos contra a liberdade e autodeterminação sexual; o matrimónio, e ainda o aborto de repercussão criminal (Calabuig, 2004).

Toxicologia forense – Designada pela doutrina médico-legal francesa como a Toxicologia Médico-Legal, poderá ser considerada como sendo «a ciência que estuda as intoxicações ou os envenenamentos nas suas implicações com a Justiça» (Pinto da Costa, 2004:57).

Procura detectar e quantificar o tóxico no tecido corporal e nos seus fluidos. Os dados podem ser obtidos através da autópsia, ou através da análise laboratorial de material biológico, tal como o sangue, urina ou conteúdo gástrico.

Vestígio – Designado por Locard como «as testemunhas mudas do crime» (Galvão da Silva, 2006). Numa dada investigação criminal, aquando do exame do local do crime, ou ainda da vítima, poderão ser detectados objectos, marcas, produtos biológicos ou

sinais que poderão estar ou não associados ao delito em questão; estes são, então, designados de vestígios (Vaz, 2008).

Vitimologia – Disciplina que, segundo Benjamim Mendelsohn (1956), estuda o complexo criminológico, constituído pela vítima e pelo criminoso. (Pinto da Costa, 2004).

Aprofunda conhecimentos extraídos da Biologia, da Psicologia e da Sociologia, com o propósito de encontrar respostas às seguintes questões: os factores de risco pelos quais um indivíduo pode, com mais frequência que outros, converter-se numa vítima; o papel que própria vítima desempenha no desencadeamento da acção punitiva, e ainda com as sequelas que pode a vítima sofrer e que requerem a assistência médica e jurídica, ao nível das indemnizações correspondentes (Calabuig, 2004).

Anexo 2 – Questionário

Ex.mo (a) Sr. (a) Enfermeiro (a):

Chamo-me Cristina Diogo Catanho da Silva, sou enfermeira e, presentemente, frequento o Mestrado em Medicina Legal, no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto. Para desenvolver a minha dissertação, que versa sobre o papel dos enfermeiros, que trabalham nos Serviços de Urgência, na recolha e preservação de vestígios, perante vítimas de abuso sexual, necessito da sua colaboração e disponibilidade que irá, com certeza, contribuir para o aumento do conhecimento e evolução da profissão.

Tenho como finalidade desenvolver um protocolo de actuação para recolha e registo de vestígios e evidências físicas em casos de abuso e violação sexual, para os enfermeiros que trabalham no âmbito dos Serviços de Urgência.

A informação recolhida por este questionário é confidencial, anónima e destina-se, única e exclusivamente, para fins académicos.

Lembre-se que não existem respostas correctas ou incorrectas mas sim variadas, e é precisamente esta diferença que enriquece a presente investigação. Peço que responda a todas as questões, para que o tratamento de dados não seja anulado.

Se pretender ser esclarecido(a) em relação a qualquer dúvida que lhe tenha surgido, ou se desejar aceder aos resultados desta pesquisa, queira por favor contactar-me através do seguinte correio electrónico: **cristinadiogosilva@gmail.com**

QUESTIONÁRIO

Por favor responda a todas as questões.

1. Caracterização sócio-demográfica.

1.1. Idade: Anos

1.2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1.3. Categoria profissional:

Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista ☐

1.4. Tempo de exercício na profissão: Anos Meses

1.5. Tempo de exercício no actual serviço: Anos Meses

1.6. Habilitação Académica:

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

1.7. Possui Pós-Graduação? SIM ☐ NÃO ☐

1.7.1 Se sim, indique qual: _____

1.8. Possui formação na área da Medicina Legal? SIM ☐ NÃO ☐

1.8.1. Se sim, indique qual: _____

1.9. Sente necessidade de formação na área da Medicina Legal? SIM ☐ NÃO ☐

1.10. Escolha, entre as várias opções, quantas horas semanais trabalha no Serviço de Urgência, actualmente:

<35 Horas ☐ 35 Horas ☐ 42 Horas ☐ Outro ☐

2. Identificação, recolha, preservação de vestígios e registos de enfermagem, em situações de abuso sexual.

2.1. Qual o grau de importância que atribui à preservação de vestígios, em casos considerados como pertencentes ao foro forense, no âmbito dos Serviços de Urgência?

Muito Importante	Importante	Mais ou Menos Importante	Pouco Importante	Nada Importante
☐	☐	☐	☐	☐

2.2. Qual o grau de importância que atribui em relação aos registos de enfermagem, em casos considerados como pertencentes ao foro forense, no âmbito dos Serviços de Urgência:

Muito Importante	Importante	Mais ou Menos Importante	Pouco Importante	Nada Importante
☐	☐	☐	☐	☐

2.3. Já prestou cuidados de enfermagem a vítimas de abuso sexual? SIM ☐ NÃO ☐

2.4. Já contactou com algum caso de abuso sexual em que tenha sido solicitado o seu esclarecimento sobre os seus procedimentos, pela autoridade/perito encarregue pela investigação do mesmo?
SIM ☐ NÃO ☐

2.4.1.1. Se SIM, quantas vezes? Assinale com um X.

2.4.1.2. 0 a 2	☐
2.4.2.1. 2 a 4	☐
2.4.3.1. Mais do que 4	☐

2.5. Das afirmações que se seguem assinale com um X, na respectiva quadrícula, consoante concorde, ou não, com as mesmas:

	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo
2.5.1. Os enfermeiros dos serviços de Urgência deverão estar aptos para proceder à identificação, recolha e preservação de potenciais vestígios.	☐	☐	☐
2.5.2. Os enfermeiros do Serviço de Urgência do SESARAM estão preparados para efectuar a identificação, recolha e preservação de vestígios.	☐	☐	☐

	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo
2.5.3. No meu serviço é costume o enfermeiro efectuar a identificação recolha e preservação de vestígios.			
2.5.4. No serviço onde exerço a minha profissão, não está implementado um protocolo específico para vítimas de abuso sexual.			
2.5.5. Sendo a prioridade a assistência médica da vítima, a preservação de vestígios também é importante.			
2.5.6. É importante a recolha da cueca, usada durante o abuso sexual.			
2.5.7. Se a vítima tiver sede ou fome, deve ser facultado alimento e/ou água.			
2.5.8. A elevada carga de trabalho que existe no serviço de Urgência não possibilita a preservação de vestígios.			
2.5.9. Dever-se-á colocar as roupas da vítima de abuso sexual num saco de plástico, selá-las e proceder à sua identificação com os dados da vítima (nome, sexo, idade, data e hora).			
2.5.10. Tenho noção do enquadramento legal dos crimes de abuso sexual.			
2.5.11. A violação sexual refere-se à cópula, coito anal e coito oral, praticados com recurso a violência e ameaça grave.			
2.5.12. A utilização de uma posição de poder económico ou patronal, que leve outra pessoa a praticar actos sexuais, é abuso sexual.			
2.5.13. O Código Penal Português diferencia liberdade sexual de autodeterminação sexual.			
2.5.14. As actividades sexuais entre um indivíduo adulto, com menor entre 14 e 16 anos, são considerados violação sexual.			
2.5.15. Os vestígios têm um papel fundamental no processo de investigação criminal.			
2.5.16. A identificação, recolha e preservação de vestígios em meio hospitalar contribui para a salvaguarda dos direitos das vítimas.			
2.5.17. A primeira oportunidade para proceder à identificação, recolha e preservação de vestígios pode surgir em meio hospitalar.			

	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo
2.5.18. Em meio hospitalar, as roupas são um importante vestígio físico, merecendo um tratamento diferenciado.			
2.5.19. Restos de tinta e fragmentos de metal são potenciais vestígios.			
2.5.20. As impressões digitais, as palmas das mãos e as plantas dos pés são vestígios passíveis de serem utilizados na identificação humana.			
2.5.21. A descrição minuciosa das marcas corporais (localização anatômica, forma, tamanho e cor) apresentadas pela vítima de abuso sexual poderá constituir um elemento documental importante no decurso da investigação criminal.			
2.5.22. As declarações proferidas pela vítima de abuso sexual, em relação às circunstâncias do mesmo, não são significativas.			
2.5.23. As questões médico-legais envolvem a Medicina Legal e a Polícia Judiciária, e não as equipas de Enfermagem dos Serviços de Urgência.			
2.5.24. O registo das circunstâncias de abuso sexual deve acompanhar o processo clínico.			
2.5.25. O registo dos itens identificados, recolhidos e preservados, bem como a data, hora e nome de quem efectuou o procedimento são informações pouco pertinentes.			
2.5.26. A existência de um documento específico de consulta de procedimentos para situações de abuso sexual seria útil na abordagem destas situações.			

2.6. Abaixo estão descritos vários itens. Assinale, com um X, aqueles que, de uma forma geral, considere serem potenciais vestígios médico-legais:

2.6.1. Saliva	
2.6.2. Sangue	
2.6.3. Roupas	
2.6.4. Unhas	
2.6.5. Cabelo	
2.6.6. Documentos	
2.6.7. Luvas	
2.6.8. Arma	
2.6.9. Impressão digital	
2.6.10. Pegadas	
2.6.11. Cigarro	

2.6.12. Fibras de tecido	
2.6.13. Vidro	
2.6.14. Sémen	
2.6.15. Sapatos	
2.6.16. Penso higiénico	
2.6.17. Preservativo	

2.7. No seu serviço, costumam efectuar o espólio da vítima de abuso sexual?

Sim ☐ Não ☐

2.8. No caso do espólio da vítima de abuso sexual ser efectuado no seu serviço, quem está responsável pelo mesmo?

2.8.1. Médico ☐

2.8.2. Enfermeiro ☐

2.8.3. Outros ☐ Quem _____

Terminou o questionário.

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3 – Resposta ao pedido de autorização à Comissão de Ética do SESARAM para realização do estudo de Investigação.



C/C

- Direcção Clínica do SESARAM, E.P.E.

Exmª. Senhora

Dra. Cristina José Diogo Catanho da Silva

Rua Nova do Seixo, n.º 40, 1.º Dto.

São Mamede de Infesta

4465-215 Matosinhos, Porto

Sua referência

Sua comunicação

09.04.2010

Assunto: PEDIDO DE DADOS

N/Ofício

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

SAÍDA

S.1004865 / 5 2010/04/21

Relativamente ao pedido de autorização para que possa ter acesso a dados registados nos Serviços de Urgência do SESARAM, EPE que tenham ou possam ter relevância para Trabalho Científico subordinado ao tema “Qual o Papel dos Profissionais de Enfermagem na Preservação de Vestígios perante Vítimas de Abuso Sexual, nos Serviços de Urgência”, no contexto da Tese de Mestrado em Medicina Legal, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto, informo V. Exª. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 21.04.2010, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

FA

Anexo 4 - Dados estatísticos referentes a entradas nas Urgências Hospitalares e Centros de Saúde do SESARAM, com o motivo de entrada “ Abuso sexual”. no período compreendido entre 2000 e Maio de 2010.

Tendências no Serviço de Urgência				
Abuso Sexual				
2000 - 1º Semestre de 2010				
Urgências Hospitalares			Centros de Saúde	
	Feminino	Masculino	Total	
2000	12	4	16	2
2001	21	8	29	7
2002	17	0	17	19
2003	14	3	17	22
2004	9	4	13	6
2005	12	2	14	15
2006	12	3	15	15
2007	15	1	16	18
2008	7	4	11	8
2009	9	2	11	12
2010*	2	0	2	7
Total	130	31	161	131