



**“VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA MANUTENÇÃO
DE PROVAS FORENSES NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA”**

SUSANA ISABEL FERNANDES GONÇALVES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM MEDICINA LEGAL

Porto, Setembro de 2011

SUSANA ISABEL FERNANDES GONÇALVES

**“VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA MANUTENÇÃO DE
PROVAS FORENSES NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA”**

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

Autor: Susana Isabel Fernandes Gonçalves

Orientador: Doutor José Reis Santos Roxo
Professor coordenador da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Porto, Setembro de 2011

“Minha culpa

*Sei lá! Sei lá! Eu sei lá bem
Quem sou? Um fogo-fátuo, uma miragem...
Sou um reflexo... um canto de paisagem
Ou apenas cenário! Um vaivém...”*

Florbelá Espanca

AGRADECIMENTOS

As primeiras palavras de agradecimento vão para o Professor Doutor José Reis do Santos Roxo, que desde o início acompanhou e orientou este trabalho. Pela sua disponibilidade, incentivo e pelas enriquecedoras trocas de ideias com que me presenteou ao longo deste percurso.

Ao conselho de administração da ULSM, EPE, por tornar possível a realização deste estudo.

À enfermeira Luísa Cunha, enfermeira chefe do Serviço de Emergência, a quando da colheita de dados, actualmente enfermeira chefe da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes da ULSM, EPE., pelo seu incentivo e disponibilidade.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Emergência da ULSM, EPE., pelo apoio e confiança.

Aos que participaram na recolha de dados, pela disponibilidade em participar de forma gratuita e empenhada neste trabalho.

Aos meus familiares e amigos pela paciência, apoio e incentivo.

A todos que de forma directa ou indirecta tornaram este trabalho possível.

A todos sem excepção meu sincero muito obrigada!

SIGLAS

AAM- Auxiliar de Acção Médica

ADN- Ácido Desoxirribonucleico

CPP- Código do Processo Penal

EUA- Estados Unidos da América

HPH- Hospital Pedro Hispano

IML- Instituto de Medicina Legal

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

PJ- Polícia Judiciária

RX- Radiografia

TAE- Técnicos de Ambulância de Emergência

TAC -Tomografia Axial Computorizada

ULSM, EPE- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Entidade Pública Empresarial

SE- Serviço de Emergência

SIV- Suporte Imediato de Vida

RESUMO

Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Emergência têm como primeiro objectivo e dever manter a vida e promover a saúde dos pacientes. Contudo os pacientes e a sociedade em geral estarão melhor servidos por profissionais de saúde que possam também reconhecer, documentar, preservar e recolher evidências sob a hipótese de mais tarde poderem vir a ter significado médico-legal.

O principal objectivo deste estudo é descrever as vivências dos enfermeiros do Serviço de Emergência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE., relativamente à manutenção de provas forenses.

Nesse sentido desenvolvemos um estudo qualitativo, com características do método fenomenológico. Utilizando as entrevistas semi-estruturadas como instrumento de colheita de dados. Foram realizadas dez entrevistas, gravadas em suporte magnético, aos enfermeiros do referido serviço de emergência, que após a sua transcrição foram submetidas a análise e codificação. Tendo sido identificadas cinco unidades temáticas principais: conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar; percepção da actuação dos enfermeiros perante vítimas de trauma ou violência na manutenção de provas forenses; percepção dos enfermeiros face à importância do seu papel na manutenção de provas forenses; articulação dos profissionais de saúde com outros grupos profissionais na recolha e manutenção de provas forenses; importância dada aos registos das lesões das vítimas de violência.

Este estudo tornou possível concluir que, embora todos os enfermeiros já tenham ouvido falar sobre provas forenses, a maioria possui apenas conhecimentos vagos, e os enfermeiros reconhecem não só a falta de formação, mas também a falta de meios e métodos de actuação.

Este estudo levanta o véu do longo caminho que temos pela frente no que diz respeito aos cuidados de saúde a pessoas envolvidas em actos violentos, quer sejam vítimas, suspeitos ou perpetradores de violência ou vítimas de acidentes.

Palavras-chave: Prova; Vestígio; Manutenção de Provas; Serviço de Emergência; Cadeia de Custódia; Registos das Lesões.

ABSTRACT

Health professionals working in Emergency Care have as their primary objective and duty to keep alive and promote the health of the patients. However, patients and society in general would be better served by health professionals who could also recognize, document, preserve and collect evidence, in case this could later be of medico legal significance.

The primary aim of this study is to describe the experiences of the nurses of the Emergency Care unit of the Local Health Unit of Matosinhos, EPE., with regard to the preserving of forensic evidence.

In this sense, we develop a qualitative study with phenomenological method characteristics, using the semi-structured interviews as an instrument of data collection. Ten interviews, recorded in magnetic media, took place with the nurses of the aforementioned emergency care unit, and were, after their transcription, submitted to analysis and codification. Five major thematic units were identified: knowledge of nurses regarding the preservation of forensic evidence in the hospital environment; understanding of the actions of nurses towards victims of trauma or violence for the preservation of forensic evidence; understanding by the nurses of the importance of their role in the preservation of forensic evidence; articulation of health professionals with other professional groups in the collection and preservation of forensic evidence; importance given to the injury records of victims of violence.

This study made it possible to conclude that, although all nurses have already heard about forensic evidence, the majority only possesses vague knowledge and the nurses acknowledge not only the lack of information but also the lack of means and methods of action.

This study unveils the long road ahead, regarding health care for persons involved in acts of violence, whether these are victims, suspects or perpetrators of violence or accident victims.

Keywords: Evidence; Trace; Evidence Preservation; Emergency Service; Chain of Custody; Injury Records.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Representação esquemática da unidade temática “conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar”.....	42
Figura 2 – Representação esquemática da unidade temática: “Percepção da actuação dos enfermeiros perante vítimas de trauma ou violência na manutenção de provas forenses ”.....	46
Figura 3 - Representação esquemática da unidade temática “Percepção dos enfermeiros da importância do seu papel na manutenção de provas forenses”.....	59

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro I -Triagem de Manchester.....	21
Quadro II - Unidades Temáticas e Categorias Identificadas.....	40

SUMÁRIO	Pág.
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	
1 - CONCEITOS DE PROVA E VESTÍGIO.....	4
2 - RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	8
2.1 - DOCUMENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS.....	9
2.2 - PRESERVAÇÃO DA ROUPA.....	10
2.3 - OUTRAS PROVAS FÍSICAS.....	12
2.3.1 – Vestígios de armas de fogo.....	12
2.3.2 – Fragmentos de vidro.....	14
2.3.3 – Solo.....	14
2.3.4 – Cabelos.....	15
2.3.5 – Fibras.....	15
2.3.6 - Provas de incêndio.....	16
2.3.7 - Provas de abuso sexual.....	16
3 - CADEIA DE CUSTODIA.....	19
4 - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.....	20
PARTE II – METODOLOGIA	
1 - TIPO DE ESTUDO.....	25
2 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	26
3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	28
4 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	29
5 - OBJECTIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO.....	30
6 - SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	31
7- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	33
8 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ETICAS.....	36
9 - PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO.....	37
PARTE III - APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO	

1 - CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE A MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	43
2 - PERCEPÇÃO DA ACTUAÇÃO DOS ENFERMEIROS PERANTE VÍTIMAS DE TRAUMA OU VIOLÊNCIA NA MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES.....	47
3 - PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE A IMPORTÂNCIA DO SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES.....	60
4 - ARTICULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM OUTROS GRUPOS PROFISSIONAIS NA RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES.....	64
5 - IMPORTÂNCIA DADA PELOS ENFERMEIROS AOS REGISTOS DAS LESÕES EM VÍTIMAS DE TRAUMA/AGRESSÃO.....	68
<i>PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES</i>	
1 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
2 – SUGESTÕES.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS	
ANEXO I – Guião da entrevista	
ANEXO II – Pedido de autorização para realização das entrevistas	
ANEXO III – Consentimento informado	
ANEXO IV – Transcrição de uma entrevista	
ANEXO V – Matriz das entrevistas	
ANEXO VI - Portaria nº 902-B/2007	
ANEXO VII - Perícias Médico-Legais em caso de suspeita de crime sexual	

INTRODUÇÃO

As circunstâncias para a recolha de provas forenses nem sempre é a ideal, e muitas vezes a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência. Os profissionais de saúde encontram-se numa posição única para facilitar e promover a identificação e recolha de provas. Se por vezes os profissionais de saúde estão na presença de agentes da autoridade no momento da recolha de provas físicas, outras vezes caberá ao profissional de saúde decidir que evidências físicas devem ser recolhidas e/ou preservadas. Torna-se portanto imperativo que os enfermeiros do serviço de urgência/emergência, tenham conhecimentos na identificação e preservação de provas forenses relevantes. A intervenção forense tem início no local do crime, onde se uma evidência não for encontrada, recuperada e preservada, pouco pode ser feito no laboratório forense para remediar essa falha (Lynch, 2006).

Embora a prioridade no atendimento no SE seja a manutenção da vida dos doentes, em casos que envolvam o tratamento de vítimas ou perpetradores de crimes, as evidências físicas devem ser recolhidas, preservadas e documentadas para posterior exame laboratorial (Lynch, 2006).

Ao contrário do que acontece em outros países Europeus e nos Estados Unidos da América, a enfermagem forense em Portugal é ainda pouco conhecida, tendo um longo caminho pela frente, pois embora muitos enfermeiros trabalhem com vítimas de violência não existe formação específica nem adequada nesta área. Há que repensar o papel do enfermeiro num cenário de crime e perante vítimas de violência (Simões, 2010).

A realização deste estudo surge da necessidade de identificar e conhecer o comportamento e vivências dos enfermeiros do SE relativamente á manutenção de provas forenses, uma vez que em contexto de emergência é por norma o enfermeiro o primeiro a estabelecer contacto com os utentes, ouvir as suas queixas e avaliar as suas lesões, estabelecendo prioridades de atendimento mediante a gravidade da situação em causa.

Na primeira fase foi efectuado um projecto de investigação, em que se definiram objectivos e traçaram metodologias e estratégias para a sua concretização. Definiu-se que se pretendia estudar as vivências dos enfermeiros do SE na manutenção de provas forenses. Seleccionaram-se os enfermeiros do serviço de emergência da ULSM EPE,

como participantes do estudo, e a entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados.

O presente estudo ficou assim, estruturado em quatro partes. Na primeira parte expomos a fundamentação teórica; na segunda a metodologia; na terceira a apresentação e interpretação da informação e na quarta as considerações finais e sugestões.

Na primeira parte, fez-se a fundamentação teórica, conceptualizando prova e vestígios, e especificidades na recolha e manutenção de provas em ambiente hospitalar, dando especial atenção a alguns tipos de provas que foram considerados os mais susceptíveis de serem encontrados em meio hospitalar. Faz-se ainda, nesta primeira parte, uma breve caracterização do SE da ULSM e sua dinâmica.

Na segunda parte, referimos a metodologia utilizada, tipo de estudo, sua justificação e contextualização, os objectivos e questão de investigação, os participantes e sua selecção, e por fim o instrumento de colheita de dados utilizado.

Na terceira parte procedemos á apresentação e interpretação da informação obtida pela análise das transcrições das entrevistas, confrontando essa informação com a literatura existente.

Por último, na quarta parte, apresentamos as considerações finais e algumas sugestões de melhoria dos cuidados de enfermagem no que diz respeito ao atendimento de utentes envolvidos em actos violentos.

PARTE I- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Nesta fase inicial procedeu-se á pesquisa da informação existente sobre o tema em estudo no sentido de conhecer o estado da arte (Oliveira, 2011).

Procedeu-se á revisão da literatura no sentido de conhecer o estado actual dos conhecimentos sobre o assunto, obtendo bases teóricas e conceptuais sobre as quais assentará a investigação, não só esta primeira parte, fundamentação teórica, mas também a análise e interpretação dos resultados (Fortin, et al., 2009).

Como tal nesta primeira parte efectua-se uma abordagem teórica de um conjunto de temas e conceitos que nos parecem fundamentais para o tema em estudo. Encontra-se dividida em quatro capítulos: conceitos de prova e vestígios; recolha e manutenção de provas em ambiente hospitalar; cadeia de custódia e serviço de emergência da ULSM EPE.

1- CONCEITOS DE PROVA E VESTÍGIOS

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

Segundo o dicionário da língua portuguesa, prova é aquilo que mostra ou confirma a verdade de um facto, uma demonstração, testemunho ou marca, e vestígio é também uma marca, indício ou sinal de algo que aconteceu (Porto Editora).

No Código Civil Português, no artigo nº 341 refere que: “As provas têm por função a demonstração da realidade dos factos.” Sendo provas os meios ou instrumentos que visam convencer o tribunal da existência ou inexistência dos factos discutidos.” (Rodrigues, 2008).

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

Voltando ao Código Civil, no artigo 388º, define-se prova pericial como sendo aquela que tem por finalidade a percepção ou apreciação de factos por meio de peritos, quando é necessário recorrer a conhecimentos especiais que os julgadores não possuem.

“A prova pericial tem por fim a percepção ou apreciação de factos por meio de peritos, quando sejam necessários conhecimentos especiais que os julgadores não possuem, ou quando os factos, relativos a pessoas, não devam ser objecto de inspecção judicial.” (Rodrigues, 2008) .

Também o Código do Processo Penal (CPP) no livro III, Título I, o artigo 124º define objecto de prova como *“(...) todos os factos juridicamente relevantes para a existência ou inexistência do crime, a punibilidade ou não punibilidade do arguido e a determinação da pena ou da medida de segurança aplicáveis.”* (Priberam, 2007).

Em que segundo o mesmo CPP são admissíveis todas as provas que não forem proibidas pela lei, estando estas descritas no artigo 126º:

“ Métodos proibidos de prova

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

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

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

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

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

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

e) Promessa de vantagem legalmente inadmissível.

3 — Ressalvados os casos previstos na lei, são igualmente nulas, não podendo ser utilizadas, as provas obtidas mediante intromissão na vida privada, no domicílio, na correspondência ou nas telecomunicações sem o consentimento do respectivo titular.

4 — Se o uso dos métodos de obtenção de provas previstos neste artigo constituir crime, podem aquelas ser utilizadas com o fim exclusivo de proceder contra os agentes do mesmo.” (Priberam, 2007).

O CPP contempla entre os diversos tipos de prova, a prova pericial, no artigo 151º, que é definida como sendo aquela que tem lugar quando a percepção ou apreciação dos factos exige conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos especiais.

Segundo o artigo 152º do mesmo CPP, as perícias são realizadas em estabelecimento, laboratório ou serviço oficial apropriado ou, quando tal não for possível, por perito nomeado ou pessoa de honorabilidade e de reconhecida competência na matéria em causa (Priberam, 2007).

Quanto às perícias médico-legais e forenses, estão contempladas no artigo 159º do CPP, que refere que as perícias médico-legais e forenses devem ser realizadas pelos gabinetes médico-legais, excepto quando ocorra manifesta indisponibilidade dos serviços, nesse caso podem ser realizadas por entidades públicas ou privadas, contratadas ou indicadas pelo instituto (Priberam, 2007).

No artigo 171º do CPP estão descritos os pressupostos dos exames e meios de obtenção da prova. Segundo os quais podem ser alvo de exame para obtenção de prova não só pessoas, mas também lugares e coisas.

“Pressupostos

1 — *Por meio de exames das pessoas, dos lugares e das coisas, inspeccionam-se os vestígios que possa ter deixado o crime e todos os indícios relativos ao modo como e ao lugar onde foi praticado, às pessoas que o cometeram ou sobre as quais foi cometido.*

2 — *Logo que houver notícia da prática de crime, providencia-se para evitar, quando possível, que os seus vestígios se apaguem ou alterem antes de serem examinados, proibindo-se, se necessário, a entrada ou o trânsito de pessoas estranhas no local do crime ou quaisquer outros actos que possam prejudicar a descoberta da verdade.*

3 — *Se os vestígios deixados pelo crime se encontrarem alterados ou tiverem desaparecido, descreve-se o estado em que se encontram as pessoas, os lugares e as coisas em que possam ter existido, procurando-se, quanto possível, reconstituí-los e descrevendo-se o modo, o tempo e as causas da alteração ou do desaparecimento.*

4 — *Enquanto não estiver presente no local a autoridade judiciária ou o órgão de polícia criminal competentes, cabe a qualquer agente da autoridade tomar provisoriamente as providências referidas no n.º 2, se de outro modo houver perigo iminente para obtenção da prova.”* (Priberam, 2007)

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

Portanto, ao falar de provas, podemos estar a referir-nos a objectos palpáveis, mais ou menos óbvios, visíveis a olho nu, mas também podemos estar referir-nos a manchas, marcas ou outros vestígios menos visíveis ou até invisíveis à vista desarmada.

Segundo José Braz (2010), no seu recente livro de “Investigação Criminal”, os vestígios podem ser classificados de várias formas, de acordo com a sua natureza, apresentação e valor. Podem ser físicos quando são materialmente individualizáveis, ou psíquicos ou imateriais, quando se revelam por condutas, comportamentos, distúrbios mentais ou de personalidade.

Para o mesmo autor, os vestígios físicos podem ser:

- **Orgânicos ou biológicos**, é o caso de sangue, saliva, suor, esperma, material fetal, fezes, urina, secreções, pelos, cabelos, unhas, estupefacientes, fibras, vegetais, plantas, fungos, pólen, insectos, larva, entre outros.
- **Inorgânicos ou não biológicos**, como instrumentos, fragmentos, poeiras, solo, tintas, vidros, gases inorgânicos, manchas de substâncias inorgânicas, explosivos, metais, papel e documentos.
- **Morfológicos**, que são impressões digitais, palmares, plantares, pegadas, rastros, marcas de objectos, mãos, pneus, dentes lábios, vestígios balísticos, escrita, entre outros. Estes podem ser visíveis, invisíveis ou latentes; moldados ou impressos.

Quanto às dimensões os vestígios podem ser macro ou microscópicos, e quanto a autenticidade podem ser verdadeiros ou falsos (Braz, 2010).

Segundo Lynch, os tribunais reconhecem três tipos de provas: directa, circunstancial e real. Sendo prova directa a testemunha ocular, que observou o facto; a prova circunstancial é a prova física ou declarações que estabelecem conjunturas das quais se pode interferir outros acontecimentos e a prova real são os objectos palpáveis que podem provar ou não uma afirmação em causa, este último tipo de prova, podem ser directa ou circunstancial (Lynch, 2006).

Uma prova física é, portanto, uma evidência inegável que só pode ser posta em causa se houver erro na sua interpretação, na sua recolha ou se não for encontrada.

No local do crime cabe as entidades policíacas tomar as medidas necessárias para preservar e recolher as provas que achar adequadas, essas medidas passam usualmente por isolar o local, fazer o registo fotográfico e recolha das provas físicas, sempre que possível antes da remoção do corpo de vítimas mortais, de viaturas ou outros objectos intervenientes. Portanto quando há necessidade de transportar uma vítima para o hospital deverá ter-se em conta que esta vai transportar consigo vestígios que podem ser fundamentais na investigação e resolução do crime, esses vestígios podem ser: lesões, vestígios de pólvora, roupa, vidros, sangue, cabelos do agressor; tinta do carro que o atropelou, marcas ou pedaços do objecto usado como arma, entre outros.

2- RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Segundo dados da Eurostat, divulgados pela revista IN VERBIS, Portugal ficou em terceiro lugar no ranking dos países da união europeia onde mais aumentou o número de crimes violentos e roubos na década de 1995 a 2005. Mais recentemente e segundo a mesma revista, a criminalidade violenta em 2010 aumentou 1,2% em relação a 2009 (Verbo Jurídico, 2011).

É portanto natural que o número de pessoas envolvidas em actos violentos, das mais diversas índoles, que recorrem aos serviços de urgência seja cada vez maior.

O principal objectivo dos profissionais de saúde é inquestionavelmente preservar a vida e promover a saúde, assim quando dá entrada no serviço de urgência uma vítima de violência a principal preocupação dos profissionais que a recebem é a manutenção da vida, que passa pela imediata avaliação e tratamento das lesões. Como tal, a recolha e manutenção de potenciais provas perícias correm o risco de ser descoradas. Podendo, ocorrer levar à perda de evidências forenses fundamentais para uma investigação posterior.

Mesmo em situações que não impliquem risco de vida eminente, o simples acto de lavar uma ferida, retirar a eventual protecção qua a pessoa colocou no local da lesão antes de se deslocar ao SE (toalha, lenço), que são actos quase mecânicos do enfermeiro que recebe o doente no SE, por vezes mesmo antes de perguntar qual foi a origem da lesão, é um acto simples que vai apagar por vezes de forma definitiva vestígios que poderiam ser decisivos no âmbito de uma eventual investigação criminal.

Portanto os enfermeiros do SE devem ser detentores de conhecimentos para preservar provas forenses, pois não raras vezes a primeira oportunidade para a recolha de provas ocorre em meio hospitalar. Sendo o primeiro passo para uma correcta recolha de evidências a completa documentação, notas descritivas das observações das lesões e condições em que o doente chega ao serviço, devem ser registadas logo que possível. Se possível, deve obter-se o registo fotográfico do paciente e de cada lesão específica que este apresenta (Lynch, 2006) .

Sem dúvidas que nenhum protocolo ou procedimento forense deve inibir ou atrasar o tratamento adequado do paciente, mas a sensibilidade do pessoal hospitalar para uma

potencial investigação forense pode prevenir destruição desnecessária de provas (Lynch, 2006).

2.1 - DOCUMENTAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

A partir do momento em que um utente faz a sua inscrição no serviço de emergência começam a ficar registadas, no processo clínico, todas as suas queixas, lesões, motivos pelos quais recorreu ao serviço de emergência, bem como todos os tratamentos prestados e exames efectuados, como por exemplo exames laboratoriais e radiológicos.

Todos esses elementos do processo clínico podem ser utilizados como fonte de informação médico-legal ou pericial fundamental no caso de um posterior processo judicial. Um processo criminal pode levar meses ou até anos a chegar a tribunal, o que torna ainda mais importante a qualidade e precisão dos registos, para ser possível recordar com exactidão a situação, algum tempo depois. O primeiro passo para uma adequada recolha de evidências é uma documentação completa. As observações devem ser descritas o quanto antes. Fazer registos das condições em que o doente chegou, de como e quando deu entrada no serviço (Lynch, 2006).

Essa documentação deve ser feita por ordem cronológica, conter a descrição das lesões, sem nenhum tipo de especulação quanto ao objecto causador da lesão, intenção do agressor ou qualquer outro aspecto que tenha ocorrido fora do ambiente hospitalar (Jonhson, 1997) .

Os registos escritos das lesões devem ser o mais completos possível, para tal pode recorrer-se as cartas anatómica e diagramas, que são uma ferramenta útil para recordar todas as marcas do corpo. A descrição de cada lesão deve incluir, tamanho, forma, cor, localização e características da pele circundante, assim como a presença de material na lesão ou á sua volta (Lynch, 2006).

Devem ainda evitar-se imprecisões como fazer suposições sobre o calibre da arma ou sobre se o ferimento é porta de entrada ou saída de projectil. Pois a arma encontrada no local do incidente não é necessariamente a arma que causou os ferimentos, e só se pode afirmar se um ferimento é porta de entrada ou saída após investigação técnica com exploração cirúrgica ou autopsia (Lynch, 2006).

Uma forma eficaz e rápida de documentar lesões, embora não seja usualmente utilizada no nosso sistema de saúde, é a fotografia. Se esta for possível, deve ser recolhida antes da limpeza das feridas. Também deve ser obtido o consentimento do utente antes da fotografia para evitar complicações legais que possam impedir a sua utilização como prova. Se o paciente está incapaz de dar esse consentimento, deve tentar obter-se com um familiar. É igualmente importante documentar quem deu o consentimento e qual a sua relação ou grau de parentesco, com o paciente (Lynch, 2006) .

A fotografia deve incluir o rosto e áreas afectadas, deve ser guardada em conjunto com a restante informação do paciente e deve ser identificada com nome do doente, data, hora e nome do fotógrafo. Ao fotografar uma lesão ou objecto, a fotografia deve ainda incluir medidas para delinear o tamanho da lesão ou objecto (Lynch, 2006).

2.2- PRESERVAÇÃO DA ROUPA

Os crimes que envolvam contacto entre a vítima e outra pessoa ou objecto, são particularmente ricos em evidências físicas que podem ser recuperadas. Atendendo ao princípio de Locard`s, de que todo o contacto deixa uma marca, a roupa de uma vítima de violência é portanto um importante foco de atenção na recolha de provas com o objectivo de identificar o agressor (Lynch, 2006).

A recolha de provas físicas nem sempre é fácil, frequentemente o material que é transferido de um objecto para outro deixa apenas vestígios. Em ambiente hospitalar um dos mais importantes itens das provas físicas é a roupa do paciente. Por exemplo em vítimas de armas de fogo as roupas podem conter muita informação, pois quando a bala penetra uma peça de roupa, ficam aí depositas características materiais, partículas de pólvora parcialmente queimada ou não, que podem ser encontradas em volta do orifício. A forma de distribuição dessas partículas revela informação sobre a distância entre o atirador e a vítima, possibilitando concluir se a vítima foi atacada intencionalmente ou se foi em legítima defesa, durante uma luta por exemplo. O exame minucioso da roupa em volta do buraco da bala pode dar importantes pistas, uma pequena quantidade de resíduo de pólvora pode refutar uma teoria de legítima defesa, provando que a arma foi disparada a uma distância significativa da vítima. Mesmo quando não há resíduos de pólvora na roupa, pode retirar-se informação importante do anel escuro em volta do orifício de

entrada da bala, nesseanel fica um depósito de material transferido da superfície da bala para a roupa a quando da sua passagem (Lynch, 2006).

Outra informação significativa que se pode retirar do buraco da bala na roupa é a forma do próprio orifício produzido pela bala ao perfurar o tecido, por exemplo, quando a arma é disparada directamente ou muito perto o tecido rasga em forma de estrela, e as fibras em volta do buraco que estiveram em contacto directo ou muito perto com a arma vão estar queimadas ou derretidas devido ou calor emitido pelo disparo (Lynch, 2006).

Também nos casos de agressão com arma branca, os cortes na roupa resultantes de objectos afiados, como facas, contêm informação forense importante. Exames laboratoriais cuidadosos podem revelar o tipo de faca ou objecto usado, e até se o agressor hesitou quando infligiu os ferimentos (Lynch, 2006).

Tendo em conta o exposto, fica claro que o retirar a roupa a um paciente, envolvido em actos de violência ou acidente, deve ser feito de forma consciente e cuidadosa, cortar o vestuário pelas costuras e longe da área da lesão para reduzir a interferência com a possível prova. Nunca se deve cortar a roupa pelo buraco da bala, facada ou outro rasgo produzido no contexto da lesão (Lynch, 2006).

Também o acondicionamento da roupa é de extrema importância, nunca se deve colocar a roupa em sacos de plástico, pois estes acumulam humidade que pode destruir alguns materiais. Se possível não dobrar a roupa e cada peça de vestuário deve ser embalada separadamente para manter a sua individualidade e integridade forense. Cada saco, de papel, deve ser devidamente identificado, com o nome do paciente, seu conteúdo, nome da pessoa que o recolheu, data e hora. Todos os elementos de prova molhado ou húmido devem ser cuidadosamente secos ao ar antes de serem colocados em saco de papel (Lynch, 2006).

No caso de o doente dar entrada no serviço de emergência já cadáver ou morrer no departamento, a roupa, incluindo sapatos e qualquer outro tecido em contacto com o corpo, deve ser mantido e entregue ao médico legista. Sempre que possível as evidências físicas, devem ser deixadas no seu estado inicial a menos que se deduza que possam ser perdidas durante o transporte, aí deve proceder-se à sua adequada recolha e armazenamento em embalagem apropriada (Lynch, 2006).

2.3 - OUTRAS PROVAS FÍSICAS

Sendo prova física tudo o que seja utilizado, deixado, alterado ou contaminado durante um crime, quer pelo suspeito, quer pela vítima, o que por vezes pode parecer apenas sujidade ou lixo para a maioria das pessoas, pode representar uma peça importante do puzzle para os investigadores policiais (Jonhson, 1997).

Como foi referido no primeiro capítulo, uma prova forense pode ser um objecto de dimensões e origens variadas, pode ser uma arma de fogo ou uma faca, mas pode também ser apenas um vestígio, manchas ou fibras que podem até ser invisíveis á vista desarmada.

2.3.1 - Vestígios de armas de fogo

Os ferimentos por armas de fogo podem ter diversas etiologias, podem ser ferimentos auto-infligidos por suicídio ou tentativa de suicídio, por acção deliberada de outros, homicídio ou tentativa de homicídio, ou ainda resultantes de disparos acidentais (Koehler, 2009).

Para apurar a verdadeira causa do disparo, é fundamental uma correcta identificação, manutenção e recolha dos vestígios forenses existentes não só no local do incidente mas também no corpo da vítima e meio envolvente.

Embora as armas sejam fabricadas em grande escala, cada arma deixa uma série de marcas únicas em cada bala que dispara, deixa também resíduos de pólvora e outros vestígios nas mãos e roupa de quem efectua o disparo (Roland, 2008).

Balas, cartuchos, fragmentos de metal e outro tipo de detritos, são por vezes encontrados perto da vítima que é levada para o serviço de emergência. Estas provas são frágeis e necessitam cuidados para se manterem intactas o máximo de tempo possível. Para a sua recolha devem ser usadas luvas e pinças com pontas de borracha, não devem ser limpas ou secas manualmente, devem sim ser secas ao ar antes de embaladas e não devem ser colocadas em contacto com outros objectos metálicos (Lynch, 2006).

Os ferimentos provocados por armas de fogo podem ter características muito variadas dependendo de vários factores, nomeadamente o tipo de arma, o tipo de munição, a distância entre a arma e a vítima, entre outros. Uma correcta e pormenorizada descrição desses ferimento vai representar uma ajuda importante para os investigadores, devendo contudo o profissional de saúde limitar-se á descrição de características físicas, como número de ferimentos, localização, forma e dimensões, evitando assim induzir em erro ao, por exemplo, identificar uma ferida como porta de entrada ou de saída de projectil, sem que para isso tenha os conhecimentos e dados suficientes (Jonhson, 1997).

O corpo de uma vítima de disparo de arma de fogo contem uma variedade de provas forenses que devem ser identificadas, documentadas, preservadas e recolhidas, o enfermeiro do serviço de emergência deve ter conhecimentos básicos para poder reconhecer uma ferida causada por arma de fogo e métodos para uma correcta documentação e preservação de vestígios forenses resultantes de disparos de armas de fogo (Koehler, 2009).

Quando uma arma de fogo é disparada, resíduos de pólvora queimada ou parcialmente queimada podem ficar depositados nas mãos do individuo que disparou a arma, que a manipulou pouco tempo após o disparo ou que estava muito próximo a quando do disparo. Por esse motivo as mãos devem ser alvo de um exame rigoroso. No caso de a vítima falecer as mãos devem ser protegidas, individualmente, com sacos de papel, evitando a perda de evidências e a contaminação cruzada (Koehler, 2009).

Uma importante prova forense nos casos de vítimas de armas de fogo são, como já foi referido, as roupas da vítima. Não só por fornecerem pontos de referência para o orifício de entrada e saída, mas também podem conter resíduos de pólvora e outros vestígios de um possível contacto entre agressor e vítima. Como tal devem ser tomadas medidas para preservar o seu valor legal e permitir uma análise posterior. Essas medidas incluem:

- Não efectuar cortes através dos orifícios de entrada ou saída do projectil;
- Se a roupa não for retirada, fazer o registo fotográfico, com destaque para os orifícios e padrões de manchas ou gotas de sangue, sem esquecer de incluir escalas de medida;
- Se a roupa é removida, deve ser retirada com cuidado, colocada em saco de papel selado e identificado com data hora, identificação de quem fez a recolha e identificação da vítima.

As roupas e outros vestígios recolhidos, como balas e seus fragmentos, serão posteriormente entregues as autoridades responsáveis pela investigação do caso, sem esquecer o correcto preenchimento dos formulários da cadeia e custódia (Koehler, 2009).

2.3.2 - Fragmentos de vidro

Um fragmento de vidro, que pode parecer liso e incolor a olho nu, quando analisado ao microscópio por um investigador forense, pode revelar, pela sua estrutura e densidade, não só o objecto a que pertence, mas também o seu fabricante e ajudar a chegar a um suspeito (Roland, 2008).

Os fragmentos de vidro devem ser recolhidos e embalados separadamente, quer tenham sido recolhidos no local ou na roupa da vítima. Em acidentes de viação, por exemplo, são muitas vezes úteis na identificar do carro que pelo embate pode ter partido faróis ou retrovisores (Lynch, 2006).

2.3.3 - Solo

O solo pode ficar aderido ao corpo ao vestuário ou calçado que, como o tipo de solo difere de local para local, pode fornecer informação importante sobre o local do crime e ajudar na identificação do agressor.

O solo encontrado na vítima ou suspeito, deve ser cuidadosamente preservado para análise, se estiver aderido a um objecto, como sapatos, não deve ser retirado, o objecto deve ser embalado em saco de papel e transportado para o laboratório. Também a terra que pode cair da roupa da vítima durante o transporte deve ser recolhida e preservada adequadamente (Lynch, 2006).

2.3.4 - Cabelo

Os cabelos enquanto prova forense são particularmente importantes nos casos de violação. Em que um dos primeiros vestígios a recolher é o penteado púbico, para remover todos os pelos não pertencentes á vítima, antes de recolher a amostra de controlo da vítima. Nestes casos usualmente recorre-se ao *kit* de recolha de amostras específico que já contêm os contentores necessários para este tipo de colheita (Lynch, 2006).

Quando uma amostrada de cabelo é enviada para laboratório deve ser acompanhada de uma boa amostra de cabelo da vítima, para servir de amostra de controle, assim como das pessoas suspeitas de terem deixado cabelo no local, caso existam. Como o cabelo das diferentes partes do corpo difere nas suas características físicas, as amostras de controlo devem também pertencer às mesmas áreas do corpo do vestígio encontrado (Lynch, 2006).

2.3.5 – Fibras

As fibras como prova física podem estar associadas a todo o tipo de crime. São um tipo de prova que usualmente não consegue ser visualizada a olho nu, e podem facilmente ser perdidas. Para otimizar a possibilidade de o laboratório encontrar fibras, é importante o transporte e preservação de material que as possa conter.

Objectos como sapatos e roupa devem ser embalados cuidadosamente em sacos de papel e separadamente para evitar contaminação cruzada de provas. Peças de roupa de diferentes indivíduos não devem ser colocadas em contacto nem transportadas no mesmo saco, para evitar transferências de cabelos, fibras, sangue ou outras evidências (Lynch, 2006).

Ocasionalmente pode ser necessário retirar uma fibra de um objecto antes de este ser levado para o laboratório, particularmente quando há a possibilidade de este se perder ou danificar durante o transporte. Neste caso a recolha deve ser feita com uma pinça estéril e deve ser colocada num pequeno saco de papel que depois de fechado e rotulado pode ser colocado noutra contentor, para o transporte (Lynch, 2006).

2.3.6 - Provas de incêndio

Em caso de pessoas envolvidas em incêndios uma importante fonte de evidências é a roupa do presumível autor.

Se o indivíduo é detido, ou dá entrada no hospital, poucas horas após ter atestado o fogo, resíduos da substância usada para iniciar o fogo podem, em laboratório, ser identificadas a partir de pequenas quantidades de resíduos que se podem encontrar na roupa. Daí que a roupa deve ser recolhida cuidadosamente e colocada individualmente em sacos de papel rotulados e enviados para o laboratório o quanto antes (Lynch, 2006).

Como já foi referido anteriormente a roupa, enquanto prova forense, nunca deve ser colocada em saco de plástico, especialmente se houver a suspeita de ter resíduos de hidrocarboneto, pois o plástico reage com os vapores e consome os vestígios de petróleo que possa estar na roupa (Lynch, 2006).

2.3.7 - Provas de abuso sexual

A constatação de vestígios seminais numa vítima de violação é uma importante prova para fundamentar o facto de que ocorreu um acto sexual, mas a sua ausência não significa que tal não ocorreu. Lesões físicas como nódoas negras ou hemorragias provam a existência de violência. Além disso há a possibilidade que durante o contacto físico entre a vítima e o agressor haja troca de diversas provas física, não só sangue e sémen, mas também cabelos, pele, fibras e outros cuja presença e reconhecimento são importantes para identificar o agressor e as circunstâncias envolventes do crime sexual (Lynch, 2006).

Para proteger estas e outras potenciais provas, todas as peças de vestuário que a vítima tinha vestido no momento do crime, devem ser cuidadosamente recolhidas e embaladas separadamente em sacos de papel e devidamente identificados. Mais uma vez referenciamos o uso sacos de papel, porque ao guardar vestígios biológicos em contentores de plástico a acumulação de resíduos produz bactérias e fungos que vão destruir o ADN (Lynch, 2006).

Se a vítima pode ficar em pé para se despir, devem ser tomadas algumas medidas como, colocar um lençol limpo no chão e sobre ele uma folha de papel limpa, a vítima deve retirar os sapatos antes de se colocar sobre a folha de papel, deve retirar a roupa sobre a folha de papel para ser possível recolher algum material que caia ao retirara a roupa. Retirara a roupa peça a peça cuidadosamente e coloca-las separadamente em sacos de papel, no fim dobrar cuidadosamente a folha de papel, de forma a que todo o material que possa ter caído se mantenha no seu interior (Lynch, 2006).

O sémen é a amostra biológica mais frequentemente analisada no contexto de agressões sexuais. Este pode encontrar-se sob varias formas nas diversas superfícies e objectos envolventes, sob a forma de mancha, impregnado em tecidos, fluido dentro do preservativo, misturado com outros fluidos corporais como secreções vaginais, anais ou orais (Pinheiro, 2008).

Objectos suspeitos de conter manchas de sémen devem ser manuseados cuidadosamente, se não for possível levar o objecto para o laboratório, como por exemplo sofás e colchões, recorta-se a área manchada e uma área não manchada para controlo (Lynch, 2006).

Uma vítima agressão sexual deve ser submetida a exame médico o quanto antes, momento esse em que se procede á recolha de vestígios, de acordo com o tipo de agressão. Esse exame consiste usualmente na recolha das seguintes amostras:

- Penteadado púbico;
- Pelos púbicos de controle;
- Zaragatoa genital e coxas;
- Zaragatoa e esfregaço vaginal, rectal e oral;
- Cabelos;
- Amostra de sangue;
- Raspagem das unhas;
- Amostra de urina;
- Toda a roupa que trazia no momento do abuso.

Se o suspeito do crime for apreendido, também ele deve ser sujeito a exame forense, devendo ser feitas as seguintes colheitas:

- Toda a roupa que possa ter sido usada no momento do crime;
- Penteado púbico;
- Pelos púbicos e cabelos para controle;
- Zaragatoa oral;
- Amostra de sangue;
- Zaragatoa peniana, se tiverem decorrido menos de 24h após a violação (Lynch, 2006).

3 - CADEIA DE CUSTODIA

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

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

Todos os procedimentos e operações efectuadas desde a identificação, recolha, análise e interpretação, passando pela preservação e transporte da prova, devem ser minuciosamente registados. Esse registo deve ter início no momento em que o vestígio é encontrado, documentar data, hora, local e identificação de quem fez a recolha e se possível fazer um registo fotográfico. Todas as manipulações e tratamentos dados ao vestígio devem ser descritas e explicitadas. O seu acondicionamento, armazenamento e transporte, deve ser efectuado sempre em condições que garantam o seu isolamento e inviolabilidade, utilizando contentores com sistema de fecho e etiquetagem adequadas, em que toda a operação que exija a abertura do contentor do vestígio, deve ficar registado, não só quem é que procedeu á manipulação do vestígio mas também, o momento e o local (Braz, 2010).

A cadeia de custódia da prova é um protocolo contínuo, transversal à investigação criminal, à polícia técnica e científica, que assegura a memória cronológica do vestígio, em todas as fases do processo de investigação, está em permanente construção e demonstração, e é fundamental para garantir a integridade do vestígio e o seu valor probatório (Braz, 2010).

4 - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.

A fim de garantir uma melhor compreensão por parte do leitor, opta-se por explicar de forma sucinta a dinâmica e organização do serviço, assim como o circuito usual dos doentes que recorrem ao Serviço de Emergência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., com especial relevo para as vítimas de trauma ou violência.

O Serviço de Emergência do Hospital Pedro Hispano, está integrado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., trata-se de um Serviço de Emergência Médico-Cirúrgico, que presta cuidados hospitalares directos à população do conselho de Matosinhos e funciona como hospital de referência à população de Vila do Conde e Pova do Varzim. Está articulado com o Hospital de São João e Hospital de Santo António nas valências clínicas de que não dispõem. Está ainda integrado na Rede de Referência Hospitalar do Norte, mantendo relações complementares com outras instituições como por exemplo o Hospital Magalhães Lemos, o Instituto Português da Sangue e o Instituto Nacional de Medicina Legal, entre outros, de modo a garantir a todos os utentes os serviços e unidades prestadoras de cuidados (ULSM, EPE., 2008).

Tratando-se portanto, de um Serviço da Emergência Médico-Cirúrgica, como tal dá resposta ao primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Cumprindo os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde, dispõem das valências clínicas e serviços necessários de forma a ser uma unidade diferenciada de um hospital distrital (ULSM, EPE., 2008).

Assim, quando um utente recorre ao SE, quer por meios próprios ou transportado pelas diferentes equipas de emergência extra-hospitalar, nomeadamente através do INEM, TAE, SIV, Socorristas ou Bombeiros, em primeiro lugar, sempre que possível, é efectuada a inscrição no serviço de emergência, no secretariado, pelo próprio doente, acompanhante ou bombeiro que fez o transporte, onde para além dos dados pessoais, nome, morada, data de nascimento e outros dados pessoais, é também registado o motivo de vinda a urgência: doença; acidente pessoal, doméstico, de trabalho ou viação; agressão; gravidez; intoxicação; entre outros.

Nos casos em que haja responsabilidade de terceiros, agressões, acidentes de trabalho, viação ou acidente escolar, cabe ao administrativo indagar junto do utente ou acompanhante se é portador da participação do acidente. Na falta deste documento é

emitida uma notificação que é fornecida ao utente, juntamente com um questionário que deverá ser entregue posteriormente. Também nos casos de agressão em que o utente vai fazer ou já efectuou participação do agressor, é-lhe cedida uma notificação e questionário que após o seu preenchimento deve ser entregues aos serviços financeiros do hospital, para estes enviarem a respectiva factura ao agressor (ULSM, EPE., 2008).

Nas situações em que existe risco de vida, doente inconsciente, sem documentos e/ou sem capacidade de fornecer os dados pessoais para efectuar a ficha de urgência, faz-se uma ficha provisória só com o número do episódio de urgência e género (masculino/feminino).

Nos casos de doença ou outra causa, que não justifique intervenção imediata, após a inscrição no secretariado, os utentes são encaminhados para a sala de espera da Pré-Triagem, onde aguardam pela chamada, para a realização da triagem de prioridades.

A Pré-Triagem é efectuada através de um sistema de Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester. Esta primeira avaliação do utente é efectuada, por norma, por um enfermeiro com formação específica, que segundo a gravidade é atribuída uma cor que corresponde a uma prioridade e tempo alvo de espera recomendado para o primeiro atendimento médico. Como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro I -Triagem de Manchester

COR	NOME	TEMPO ALVO (minutos)
VERMELHO	EMERGENTE	0
LARANJA	MUITO URGENTE	10
AMARELO	URGENTE	60
VERDE	POUCO URGENTE	120
AZUL	NÃO URGENTE	240

Após a realização da Triagem de Manchester ou triagem de prioridades, os utentes são encaminhados para as diferentes áreas de atendimento clínico, de acordo com a queixa e prioridade atribuída.

Essas áreas são:

- Sala de emergência, utentes triados como vermelho (emergente) e utentes triados como laranja (muito urgente) mas com critérios de gravidade;
- Clínica geral,
- Cirurgia geral, utentes com história recente do foro cirúrgico ou referenciados pelo centro de saúde;
- Ortopedia, utentes que sofreram trauma recente;
- Pequena cirurgia, utentes com suspeita de: politrauma, traumatismo craniano-encefálico, trauma torácico, feridas abertas ou fechadas, queimaduras, agressões, entre outros.
- Medicina Interna, doentes referenciados para esta especialidade após confirmação telefónica com o internista;
- Neurologia, doentes referenciados para esta especialidade após validação telefónica com o neurologista;
- Especialidades fora do SE que são oftalmologia, otorrino, obstetrícia, ginecologia ou dermatologia.

No caso de utentes envolvidos em actos de violência ou acidente o procedimento inicial é o mesmo, no momento da inscrição na urgência fica registada qual é o motivo da vinda ao hospital, acidente, agressão ou outro, e após a triagem de prioridades, são encaminhados para a área correspondente à gravidade das queixas apresentadas.

Em caso de risco de vida o doente é transportado para a sala de emergência onde é observado de imediato por uma equipa multidisciplinar e accionados os meios necessários para avaliação e tratamento do utente, como especialidades médicas e exames complementares de diagnóstico.

A quando da admissão de um utente na Sala de Emergência a prioridade da equipa é a prestação de cuidados á vítima que também passa pela exposição do corpo da vítima, para tal a roupa do utente é muitas vezes cortada e colocada em sacos de plástico que são os únicos existentes para esse efeito. Essas roupas são depois entregues a acompanhantes do doente ou efectuado espolio.

Também a estabilização de focos hemorrágicos, que consiste na limpeza e desinfecção dos ferimentos e tratamento adequado: suturar, penso oclusivo e/ou compressivo ou apenas tentar controlar a hemorragia para posterior intervenção cirúrgica.

Em casos menos graves, que não apresentem risco de vida eminente as vítimas são encaminhadas para a área do SE correspondentes às queixas:

- Trauma - pequena cirurgia/ortopedia, onde após adequada avaliação das queixas e lesões com recurso aos exames complementares de diagnóstico necessários, como sejam análises laboratoriais, RX, TAC, são instituídos tratamentos adequados nomeadamente suturas, pensos, imobilizações, analgesia, vacinação, entre outros. Como na grande maioria dos casos estes doentes têm alta hospitalar no próprio dia, quando é necessário continuação dos tratamentos no centro de saúde é fornecido ao doente uma cópia dos registos do tratamento efectuado no SE para servir de orientação ao enfermeiro que der continuidade aos cuidados.

- Situações não traumáticas - clínica geral. Para esta área são encaminhados todos os utentes com patologia não traumática, pessoas envolvidas em acidentes ou actos violentos que não apresentem lesões físicas.

PARTE II - METODOLOGIA

A investigação científica é um processo de aquisição de conhecimentos sistemático e rigoroso que consiste em examinar fenómenos com o objectivo de obter respostas às questões que se pretendem aprofundar. É necessária a todas as disciplinas para produzir conhecimentos que, directa ou indirectamente, vão ter influência na prática.

A metodologia, sendo um conjunto de procedimentos racionais e técnicas, dá a investigação um carácter sistemático (Fortin, et al., 2009) .

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada, nomeadamente o tipo de estudo, o tema escolhido e sua contextualização, objectivos e finalidades, as questões de investigação, os participantes e sua selecção, o instrumento de colheita de dados, considerações formais e éticas e o processo de organização e análise da informação.

1 - TIPO DE ESTUDO

A escolha do tipo de estudo depende do que se pretende estudar. No sentido de investigar quais as vivências dos enfermeiros relativamente à manutenção de provas forenses no serviço de urgência, dada a subjectividade do tema, enveredamos sem dúvida para uma investigação **qualitativa** com **método fenomenológico**, pois a natureza da questão a estudar dita o método de investigação a utilizar. A escolha do método depende não só da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, mas principalmente da questão colocada. Se a questão de investigação aborda a compreensão de um fenómeno vivido por uma pessoa ou grupo o tipo de estudo mais indicado é o qualitativo (Fortin, et al., 2009).

A fenomenologia consiste em descrever o universo conceptual das pessoas que vivem uma experiência que interessa á prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar dessa experiencia, descreve-la nas palavras dos participantes, explicita-la da forma mais fiel possível e comunica-la. ” A meta da fenomenologia é descrever experiências de vida.” (Steubert, et al., 2002) .

Segundo Fortin (2009),a fenomenologia é uma abordagem indutiva com o objectivo de estudar experiências, tais como são vividas e descritas pelos intervenientes. Os dados são recolhidos, usualmente, recorrendo a entrevistas ou à observação.

O método de investigação qualitativo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, dando também a possibilidade de generalizar os resultados, predizer e controlar os elementos (Fortin, 1999) .

A utilização do método qualitativo adequa-se quando o interesse é compreender de forma ampla o fenómeno em estudo. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e fenómeno tal como ele se apresenta. Com o objectivo de descrever e interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 1999).

2 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Concordando com Fortin (1999) de que a investigação é, incontestavelmente essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões. Estando a investigação, a teoria e a prática estreitamente ligadas, uma vez que a investigação depende da teoria, pois esta dá significado aos conceitos utilizados na investigação, a teoria provem da prática uma vez que validada pela investigação a teoria volta à prática orientando-a (Fortin, 1999).

Não raras vezes a prestação de cuidados nos SE tem como alvo indivíduos que estiveram envolvidos em situações de violência ou acidentes. Situações essas que à posteriori poderão dar origem ou estar relacionadas com processos medico-legais ou jurídicos.

Enquanto no local do crime/incidente as entidades competentes procedem ao imediato isolamento do local para recolher as provas materiais e registo fotográfico, sempre que possível antes da remoção do corpo, de viaturas ou outros objectos intervenientes. Quando uma vítima de crime é transportada para o hospital o que se pode fazer para, dentro do possível, preservar os vestígios que traz com ela, de forma a que possam ser posteriormente entregues às entidades competentes o menos alterados possível?

Sem dúvida que o principal foco de atenção do enfermeiro de urgência será sempre o bem-estar físico e emocional do paciente, mas também é cada vez mais importante formar os enfermeiros para poderem preservar provas forenses sempre que necessário (Mcgillivray, 2005).

Sem esquecer essa primeira prioridade, a prestação de cuidados, rápida e adequada ao paciente ferido, o enfermeiro do SE deve em simultâneo reconhecer e preservar potenciais provas forenses. Por exemplo, em qualquer vítima de trauma, acidente ou agressão, são retiradas as roupas tão brevemente quanto possível, para a adequada avaliação das lesões é necessária exposição do corpo do paciente. As roupas podem ser portadoras de grande quantidade de informação para os investigadores, não só por aprisionar fibras, cabelos, pele, absorver sangue ou outros fluidos mas também ajudam na reconstrução do crime dando informação de extrema importância sobre a natureza e origem das lesões. Neste processo, muitas vezes rotineiro, há procedimentos simples que reduzem a probabilidade de contaminação e/ou destruição do potencial valor do vestuário como prova forense (Jonhson, 1997).

Sendo o enfermeiro do SE geralmente o primeiro a ver, lidar com o paciente e seus objectos pessoais, a falar com a vítima e família ou acompanhante, e o primeiro a recolher espécimes de laboratório, é essencial que tenham conhecimento e formação para poderem agir adequadamente na detecção de pacientes que podem exigir preservação e recolha de provas forenses.

O papel do enfermeiro não é realizar investigações forenses, mas sim ter consciência da sua posição privilegiada na identificação, colheita e preservação de provas que possam ser importantes numa posterior investigação forense (Mcgillivray, 2005).

3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O Serviço de Emergência do H. P. H., como já foi descrito no capítulo 4 da primeira parte, é um Serviço de Emergência Médico-Cirúrgica, como tal, possui as valências clínicas e serviços de apoio necessários para prestar o primeiro nível de acolhimento às situações de urgência/emergência. E sendo um serviço de urgência permanente, ou seja funciona 24 horas por dia e sete dias por semana, a ele recorrem muitas situações de trauma e agressão.

A frequência do Mestrado em Medicina Legal, veio proporcionar-nos a possibilidade de reflectir e aprofundar conhecimentos nesta área, e uma vez que exercemos funções neste serviço, ao qual não raras vezes ocorrem pessoas envolvidas em actos de violência de diversos géneros e gravidades variáveis, que estão ou podem vir a estar envolvidas em processos médico-legais e jurídicos, sentimos a necessidade de desenvolver este estudo, com o objectivo de, através dos relatos dos enfermeiros, descrever a forma de actuação, experiência e sentimentos destes profissionais de saúde relativamente a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar, mais propriamente no contexto do serviço de emergência.

4 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Talbot, citado por Fortin “As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação.” (Fortin, 1999).

A questão de investigação é um enunciado interrogativo que inclui usualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. Resulta directamente do objectivo e especifica os aspectos a estudar (Fortin, 1999).

Assim a questão central deste estudo é:

- Quais as vivências dos enfermeiros do Serviço de Emergência da ULSM EPE, na manutenção de provas forenses?

5 - OBJECTIVOS E FINALIDADES DO ESTUDO

Sendo o objectivo de um estudo um enunciado declarativo que precisa de variáveis-chave, população alvo e a orientação a dar a investigação (Fortin, 1999).

Nesta perspectiva delineou-se para este estudo o seguinte objectivo geral:

Descrever as vivências dos enfermeiros do Serviço de Emergência da ULSM, EPE, relativamente á manutenção de provas forenses.

Dada a complexidade do tema formularam-se também alguns objectivos específicos:

- Identificar os comportamentos dos enfermeiros relativamente a manutenção de provas forenses;
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros à manutenção de provas forenses;
- Identificar a articulação existente com outros grupos profissionais na recolha e manutenção de provas forenses.

6 - SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Pela natureza do problema e por uma questão de proximidade, o serviço de emergência da ULSM EPE. foi desde o início a primeira escolha para ser o espaço geográfico e social para desenvolver este estudo.

Como conseguinte definiram-se os enfermeiros que exercem funções no referido serviço de emergências como participantes neste estudo.

“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.” (Fortin, 1999 p. 202)

Como raramente é possível estudar toda uma população, cabe ao investigador constituir uma amostra ou um conjunto de participantes, que devem ser tanto quanto possível representativos da população, participantes esses que vão constituir o objecto de estudo. O número de participantes ou tamanho da amostra depende, entre outros factores, do objectivo do estudo, tipo de estudo, número de variáveis e efeito esperado (Fortin, et al., 2009).

Como se trata de uma investigação qualitativa a escolha da amostra não é aleatória, e o seu tamanho não depende de avaliações estatísticas de representatividade, como no método quantitativo, depende sim dos objectivos do estudo, e o numero de participantes, usualmente pequeno, é determinado pela saturação dos dados, ou seja quando o aumento do número de participantes deixa de trazer informação nova (Fortin, et al., 2009).

Assim, os participantes deste estudo foram 10 dos 66 enfermeiros do Serviço de Emergências da ULSM EPE, para a selecção desses enfermeiros foi solicitada a colaboração da enfermeira chefe do SE, a Enfermeira Luísa Cunha que fez a selecção dos participantes no estudo. Salvaguardando assim, o risco de enviesamento pelo conhecimento pessoal que temos dos mesmos.

Os enfermeiros foram seleccionados tendo em conta alguns critérios como: tempo de trabalho no serviço de emergência mínimo de dois anos; terem formação específica

obrigatória para alguns sectores do SE, nomeadamente triagem de prioridades e sala de emergência. Para desta forma irem mais de encontro aos objectivos do estudo.

7- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Como instrumento de colheita de dados para este estudo optou-se pela entrevista semi-estruturada. Atendendo a que, como refere Flick, os pontos de vista dos sujeitos são mais facilmente expressos numa situação de entrevista relativamente aberta (semi-estruturada) do que numa entrevista estruturada ou num questionário (Flink, 2005).

Sendo objectivo das entrevistas semi-estruturadas revelar o conhecimento que existe sobre determinada temática, e expressa-lo sob a forma de respostas para o poder tornar acessível à interpretação (Flink, 2005).

A entrevista distingue-se, dos demais métodos de colheita de dados, pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interacção humana, processos esses que permitem ao investigador obter informações e elementos de reflexão muito ricos. Tornando a entrevista um excelente método de recolha de informação onde o espírito teórico do investigador deve permanecer continuamente atento, de modo a que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível (Quivy, et al., 2003).

A entrevista semi-estruturada será a mais utilizada em investigação social, não é inteiramente aberta nem é encaminhada por um grande número de questões objectivas. O investigador pode dispor de um série de perguntas (perguntas-guia), relativamente abertas, às quais é imperativo obter resposta por parte do entrevistado, mas a ordem dessas perguntas pode ser aleatória. O entrevistador deixa o entrevistado falar livremente sobre o tema, limitando-se a reencaminhar a entrevista para os objectivos, sempre que o entrevistado deles se afastar e vai colocando as perguntas-guia no momento que achar mais adequado e da forma mais natural possível (Quivy, et al., 2003).

As questões abertas ou de resposta livre, permitem fazer ressaltar o ponto de vista dos participantes e facultar uma ideia mais real da sua experiência. É permitido aos participante colocar questões e exprimir livremente o seu pensamento (Fortin, et al., 2009 p. 300).

O resultado de uma entrevista é uma fala relativamente espontânea em que o entrevistado orchestra mais ou menos à sua vontade o discurso falado. Há uma descrição livre do que a pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa. A subjectividade está muito presente, o discurso é influenciado pelo sistema de

pensamento da pessoa, pelos seus processos cognitivos, sistemas de valores, representações, emoções, afectividades (Bardin, 2009).

Segundo Fortin (2009), recorre-se á entrevista semi-dirigiada quando se quer compreender a significação de um acontecimento ou fenómeno vivido pelos participantes, o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões relativas a esses temas e apresenta-as ao entrevistado na ordem que julgar mais adequada no decorrer da entrevista (Fortin, et al., 2009).

As questões são a base da entrevista, podendo ser de três tipos, abertas, fechadas ou semi-estruturadas. As questões abertas são as mais usadas, são aquelas que não impõem categorias de resposta, o entrevistado pode responder livremente como quiser. As questões fechadas não dão liberdade, o entrevistado tem de escolher entre um número predefinido de respostas. As questões semi-estruturadas contem elementos dos outros dois tipos de questões, são fornecidas respostas para escolha, mas o entrevistado pode não escolher nenhuma das opções fornecidas (Fortin, et al., 2009).

Para este estudo optou-se por questões abertas, com o objectivo de deixar o entrevistado responder livremente, o entrevistador coloca questões, mas não fornece respostas possíveis, para que o entrevistado formule por seu livre pensamento, as suas respostas, e se exprima pelas suas próprias palavras.

Para tal elaborou-se um guião das entrevistas (ANEXO I), para servir de plano ou esquema da entrevista, onde estão esquematizados os pontos a abordar.

As entrevistas decorreram no período de 16 de Outubro a 26 de Novembro de 2010, tendo em conta a disponibilidade dos participantes, em local adequado de forma a proporcionar privacidade. Cada entrevista teve duração média de cerca de 20 minutos.

As entrevistas foram individuais, tendo como linha orientadora o referido guião, gravadas em suporte áudio, para a qual foi solicitado consentimento, por escrito, dos participantes e posteriormente foram transcritas de forma a facilitar a sua análise.

A fim de testar a aplicabilidade e funcionalidade do guião das entrevistas, na semana anterior ao início da colheita de dados foi efectuada uma **entrevista experimental** a um enfermeiro do SE.

Esse enfermeiro foi escolhido com base na sua disponibilidade e possuir as mesmas características dos participantes que iam ser entrevistados posteriormente.

Essa primeira entrevista não foi incluída no estudo, serviu apenas de pré-teste não só para o guião da entrevista, mas também para familiarizar o entrevistador com o método de recolha de dados.

8 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ETICAS

Como nos refere Fortin (2009), qualquer investigação efectuada junto de seres humanos, levanta questões morais e éticas. Essas questões podem estar relacionadas não só com o tipo de estudo mas também com o método de colheita de dados e divulgação dos resultados (Fortin, 1999).

Para dar resposta a essas questões, uma vez que a população estudada foi os enfermeiros do serviço de urgência da ULSM EPE, foi pedida autorização para a sua realização ao respectivo conselho de administração e aprovação pela comissão de ética (ANEXO II).

Para a recolha de dados foi também pedido a todos os entrevistados consentimento informado por escrito para a realização das entrevistas e sua gravação áudio. (ANEXO III)

Esse consentimento informado, para além da identificação dos investigadores, do estudo e suas finalidades, garantia a privacidade e anonimato bem como o direito de se retirarem do estudo em qualquer momento.

9 - PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Na investigação qualitativa a colheita de dados e a sua análise ocorrem em simultâneo, a análise tem início a quando a primeira colheita de dados. O investigador analisa os dados e tenta penetrar na significação dos relatos que recolheu. Os dados obtidos no decurso das entrevistas são constantemente estudados a fim de determinar se há necessidade de explorar novas questões (Fortin, et al., 2009).

No caso de dados de entrevista uma parte importante do processo é registar o que foi dito e transcreve-lo (Flink, 2005).

Como referem P. Henry e S. Moscovici citados por Bardin: *“tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”* (Bardin, 2009 p. 34).

A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, não se trata de um único instrumento mas de um leque de ferramentas que devem ser adaptadas aos documentos e objectivos do investigador. Tornando diferentes os procedimentos de análise conforme o campo de estudo, tipo de comunicação, quantidade de pessoas implicadas, etc. (Bardin, 2009).

O primeiro passo, para a análise e interpretação de dados gravados por meios técnicos, é, como já foi dito, é a transcrição. Flick (2005) refere que existem diferentes sistemas de transcrição que variam no grau de exactidão e ainda não foi estabelecida uma unidade de medida padrão. Contudo refere três características nucleares para o processo de transcrição:

1-transcrever afirmações, entradas, pausas, finais das frases, etc.

2-segunda comparação do transcrito com a gravação;

3-anonimato dos dados (Flink, 2005).

Foi com base nessas características que as entrevistas foram integralmente transcritas, respeitando o discurso dos participantes, usando as suas próprias palavras e expressões. As transcrições obedeceram a ordem cronológica. Tentou-se que fossem transcritas o mais rapidamente possível para que fosse possível ter presente o maior número de detalhes relacionados com o contexto da entrevista, como comunicação não verbal, pausas, hesitações dos participantes. Estas notas adicionais foram incluídas no texto por parêntesis, texto em itálico ou reticências. A cada uma das entrevistas foi atribuído um

número, de 1 a 10, antecedido da letra E (Entrevista) de forma a manter o anonimato e facilitar o manuseamento da informação. Também foi atribuída a letra R às respostas seguida do número de 1 a 16, assim por exemplo a nomenclatura E2-R5 refere-se á entrevista número dois na resposta número cinco, sendo que a ordem das respostas nem sempre foi a mesma para todos os participantes. A título de exemplo no anexo apresentamos a transcrição de uma das entrevistas. (ANEXO IV)

Quanto á análise de conteúdo recorreremos a Fortin (2009) que refere que a análise numa investigação fenomenológica tem como objectivo por em evidência os enunciados significativos e destacar unidades de sentido, a essência das experiencias.

Segundo vários autores referenciados por Fortin (2009), as técnicas de análise no estudo qualitativo fenomenológico compreendem geralmente as seguintes operações:

- Ler atentamente todas as descrições para compreender os sentimentos nelas expressos;
- Isolar as frases que estão directamente ligadas ao fenómeno em estudo;
- Extrair a significação de cada enunciado importante;
- Procurar os temas;
- Fazer uma descrição exhaustiva que dê conta da essência do fenómeno.

(Fortin, et al., 2009)

Assim procedeu-se à leitura “flutuante” das entrevistas transcritas, “...*conhecer os textos deixando-se invadir por impressões e orientações*” (Bardin, 2009 p. 122).

Ao mesmo tempo que se procedia á leitura iam-se isolando e recolhendo, frases, expressões, que mais se relacionavam com o objecto de estudo. Nesta fase de exploração do material, procedeu-se á codificação dos dados, em que estes foram agrupados em unidades temáticas.

Sendo a codificação segundo R. Holtis, citado por Bardin :

“ *A codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.*” (Bardin, 2009 p. 129).

Para compreender a significação exacta desta unidade temática foram encontradas unidades de registo, que são frases, palavras e parágrafos das entrevistas que justificam a unidade temática.

Para a apresentação e tratamento dos resultados obtidos recorreu-se á esquematização com recurso a quadros e esquemas. Inicialmente uma matriz de análise onde se representaram esquematicamente as unidades temáticas que vão de encontro aos objectivos do estudo, as categorias em que algumas das unidades temáticas se dividiram no processo de codificação de conteúdo, e as unidades de registo que são excertos das entrevistas que justificam a unidade temática e/ou categoria. (ANEXO V)

PARTE III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO

No presente capítulo procede-se á apresentação, análise e interpretação da informação obtida através das entrevistas realizadas.

A apresentação será efectuada sob a forma de texto recorrendo, quando indicado, a quadros e diagramas para facilitar a visualização dos resultados.

Segundo Fortin (1999) na apresentação dos resultados pretende-se analisar os dados de forma a estabelecer uma ligação lógica com a questão de investigação, para tal a questão inicial deste estudo esteve sempre presente no processo de análise.

Também, para este autor os resultados devem demonstrar uma certa lógica e estar relacionados com resultados obtidos por outros trabalhos de investigação (Fortin, 1999).

A análise de conteúdo é, segundo Flinck (2005), um dos procedimentos clássicos na análise de material escrito, independentemente da sua origem, estando também adequado para os dados obtidos por entrevista. Uma característica essencial deste processo é a utilização de categorias.

“A análise de conteúdo é um dos procedimentos clássicos de análise de material escrito, independentemente da sua origem - que vais desde os dados de entrevistas até aos produtos dos média. Um dos seus traços essenciais é a utilização de categorias, derivadas frequentemente de modelos teóricos: as categorias são aplicadas ao material empírico, não são necessariamente extraídas dele, embora sejam repetidamente confrontadas com ele e, se necessário, modificadas.” (Flink, 2005 p. 193) .

A análise de resultados, para Fortin, tem como finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos e realçar o essencial. Tratando-se de um estudo qualitativo, essa análise consiste em resumir os dados sob a forma de narrativa (Fortin, 1999).

Para o mesmo autor, a interpretação dos resultados consiste na explicação dos mesmos, apoiada na teoria e em trabalhos anteriores.

Tedo em conta o exposto, recorreu-se ao enquadramento teórico, a revisão bibliográfica e a estudos encontrados nesta área. De salientar que nesta etapa nos deparamos com uma escassez de bibliografia e estudos relativos a esta temática, Principalmente no que diz respeito a estudos Europeus e particularmente em Portugal. Tal facto poderá dever-se a que a enfermagem forense em Portugal, ao contrário do que ocorre em outros países

nomeadamente nos EUA, seja ainda um tema relativamente recente e pouco conhecido, com um longo caminho pela frente, pois muitos enfermeiros trabalham diariamente com vítimas de violência e não existe muita informação, nem formação específica nesta área.

Para a apresentação dos resultados recorreu-se a quadros e diagramas dos quais o quadro seguinte pretende fornecer uma visão global das unidades temáticas estudadas e das diferentes categorias identificadas.

Quadro II - Unidades Temáticas e Categorias Identificadas

UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIAS
Conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar	Tem alguns conhecimentos
	Já ouviram falar/têm ideias vagas
	Respostas evasivas
Percepção da actuação dos enfermeiros perante vítimas de trauma ou violência na manutenção de provas forenses	Exposição do corpo
	Realização do espólio
	Manipulação de objectos
	Procura de vestígios ocultos
	Cuidados ao corpo pós morte
Percepção dos enfermeiros face à importância do seu papel na manutenção de provas forenses	Importância do enfermeiro na manutenção de provas forenses
	Postura\receptividade dos enfermeiros para o tema

Articulação dos profissionais de saúde com outros grupos profissionais na recolha e manutenção de provas forenses	
Importância dada aos registos das lesões das vítimas de violência	

De seguida procede-se á apresentação, análise e interpretação individual de cada unidade temática e respectivas categorias identificadas.

1 - CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS SOBRE A MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES EM AMBIENTE HOSPITALAR

Quanto aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas em ambiente hospitalar, encontram-se as seguintes categorias: “Têm alguns conhecimentos”; “Já ouviram falar/têm ideias vagas” e “Respostas evasivas”.

Como se pode ver de forma esquemática na figura seguinte:

Figura 1 – Representação esquemática da unidade temática “conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar”



O conhecimento não surge do nada, resulta das experiências que acumulamos ao longo da nossa vida, através de vivências pessoais, profissionais, relacionais, culturais, leituras, etc.

Quando confrontados com a questão “Que conhecimentos têm sobre manutenção de provas forenses?” a hesitação inicial foi uma constante nas respostas dos enfermeiros inquiridos. Tal dever-se-á ao facto de que esta problemática não fazer parte do dia a dia destes profissionais de saúde, mas se estamos a falar de profissionais do serviço de emergência, onde estarão mais vezes os enfermeiros em contacto com provas e potenciais provas policiais ou forenses do que no serviço de emergência?

Têm alguns conhecimentos

Dos inquiridos que assumiram ter **alguns conhecimentos**, dois dos participantes revertem esses conhecimentos para o *Trauma Nursing Core Course* (TNCC), como se pode verificar pelas seguintes declarações:

“Tenho alguns conhecimentos, que adquiri num curso de trauma americano, TNCC, (...), mas são conhecimentos teóricos que não são bem reflectidos na prática neste serviço (...).” E5-R1

“Já ouvi falar, mas foi no curso de TNCC (...) muitas vezes não se aplica no nosso dia a dia. Por exemplo na recolha de provas e protecção das mãos devem ser usados sacos de papel, mas aqui não se aplica.” E9-R1

O *Trauma Nursing Core Course* foi desenvolvido pela Emergency Nurses Association, e serve de base para uma abordagem estandardizada para os cuidados iniciais em trauma (TNCC, 2007).

Nesse curso faz-se referência, na avaliação de vítimas específicas, que *“Quando a lesão teve origem num acto de violência, a recolha de provas é uma parte importante da assistência do doente. (...) No entanto é importante ressaltar que a recolha de provas não deve, em caso algum, ser prioritária a qualquer intervenção necessária para salvar a vida do doente.”* (TNCC, 2007 p. 38) .

O mesmo manual reverte os estudos laboratoriais, como colheitas de sangue, amostras de cabelo e mucosas para provas de ADN e ou outros estudos, para protocolos institucionais, sendo o enfermeiro da equipa de emergência o responsável pela sua colheita, uma vez que em Portugal não há enfermeiros forenses.

“Baseado nos protocolos institucionais, a equipa de emergência ou um enfermeiro forense/enfermeiro de violência sexual podem executar outros estudos ao examinar a vítima.” (TNCC, 2007 p. 38).

Alguns dos inquiridos, embora sem referirem possuir formação específica, demonstraram estar familiarizados com o tema citando alguns exemplos de provas forenses e cuidados a ter na sua manutenção. Como ficou claro nas declarações seguintes:

“Algo que o doente traz (...) evidências físicas que o doente pode trazer consigo, a própria roupa, objectos ou marcas que tenha no corpo que possam identificar a origem da lesão (...).” E1-R1

“(…) tentar não violar a prova, não estragar as características do objecto, mantê-lo o mais íntegro possível até a chegada das autoridades competentes para a sua recolha.” E4-R1

Já ouviram falar/têm ideias vagas

Alguns dos participantes revelaram apenas **conhecimentos vagos** sobre a temática, nomeando casos susceptíveis de poderem ser alvo de necessidade de preservação de provas forenses e alguns procedimentos a ter em atenção. Como se pode verificar pelas seguintes declarações:

“Já ouvi falar em provas, (...) nomeadamente em vítimas de trauma ou agressão ou acidente em que os objectos que trazem com eles podem vir a constituir prova numa posterior investigação, seja para reconstruir o processo que provocou o acidente ou apurar os culpados.” E3-R1

“...há algumas situações de utentes que chegam a urgência que(...) por informação da história da vinda a urgência pode haver situação de agressão ou crime, e nesses casos há provas que devem ser mantidas, nomeadamente utentes baleados, esfaqueados. Tenta-se manter, preservar as provas, ou comunicar de imediato, fazer um registo da ocorrência e do tipo de lesão que traz, para poder ficar registado.” E7-R1

Respostas evasivas

Alguns participantes porem refugiaram as suas declarações em **respostas evasivas** referenciando, em alguns casos, as séries de televisão que abordam a temática, frisando que não se trata de um procedimento comum no serviço de emergência, nem existem normas de actuação específicas, embora reconheçam que há situações em que deveriam ter cuidados específicos, ou mais detalhados, na manutenção de provas.

“Não há muita informação e não é muito comum neste serviço, os conhecimentos que tenho são das séries de televisão, não é uma vivência da profissão. Vítimas de violência, nomeadamente violência doméstica e agressões temos muitas mas não há protocolos de actuação, a única coisa que se faz é abrir ficha como agressão e é encaminhada para o médico mediante a gravidade e tipo de lesão situações mais graves para a sala de emergência e situações menos graves para a pequena cirurgia, muitas vezes só para ficarem registadas.”E2-R1

“Já ouvi falar mas é mais em séries de televisão, a nível de trabalho nunca lidei com provas.” E10-R1

De uma forma geral, relativamente a esta unidade temática, todos os participantes frisam o facto de que no seu trabalho diário não estão acostumados a lidar com provas forenses e nunca tratam as lesões ou objectos dos doentes com cuidados especiais, tendo em vista o seu potencial valor como provas forenses. Como ficou bem claro na seguinte declaração:

“Não tenho grandes conhecimentos, não altero as minhas rotinas em relação a isso.” E6-R1

Como se pode verificar, pelas declarações dos enfermeiros participantes no estudo, os conhecimentos dos enfermeiros do SE sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar, são na sua maioria vagos, e mesmo aqueles que têm alguns conhecimentos sobre o tema, não estão habituados a aplicar esses conhecimentos, porque a manutenção de provas não é um tema ao qual seja dada importância nas práticas diárias do SE, nem existem protocolos ou normas de actuação nesta área.

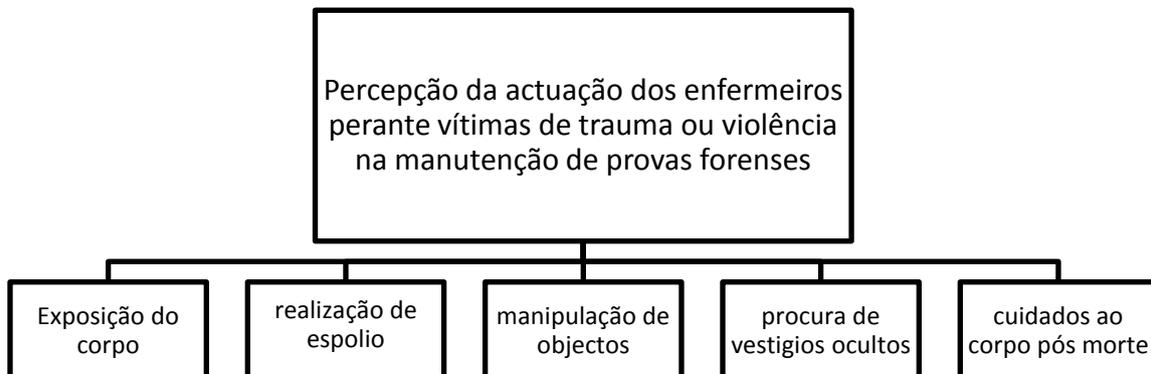
Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Silva C. (2010) no seu estudo sobre: *“Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência”*, que estudou a opinião e conhecimentos dos enfermeiros dos serviços de urgência do SESARAM (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira). Relativamente a esta temática, a autora concluiu que a grande maioria dos participantes (99,33%) não tinha qualquer formação ao nível da Medicina Legal, embora 71,72% referissem sentir essa necessidade (Silva, 2010).

Por outro lado as declarações dos participantes deste estudo chocam com o que refere Lynch (2006) relativamente aos profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que são os primeiros a chegar á cena do crime e a prestar cuidados ao paciente vítima de crime, violência ou acidente, pois defende que estes devem estar formados para reconhecer, preservar, recolher e transportar provas biológicas. (Lynch, 2006) Mas, tendo em conta as declarações dos participantes no estudo, tal não se verifica nos cuidados prestados no SE da ULSM EPE., uma vez que os enfermeiros do SE embora possuam alguns conhecimentos, mesmo que vagos, relativamente á manutenção de provas forenses, a sua aplicação prática não faz parte das suas actividades no atendimento de utentes vítimas de trauma ou violência.

2 - PERCEPÇÃO DA ACTUAÇÃO DOS ENFERMEIROS PERANTE VÍTIMAS DE TRAUMA OU VIOLÊNCIA NA MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES

Quanto a unidade temática “Percepção da actuação dos enfermeiros perante a vítima de trauma ou violência na manutenção de provas forenses”, foram identificadas as seguintes categorias: “Exposição do corpo”; “Realização de espólio”; “Manipulação de objectos”; “Procura de vestígios ocultos”; “Cuidados ao corpo pós morte”. Como se pode ver no esquema da figura seguinte.

Figura 2 – Representação esquemática da unidade temática: “Percepção da actuação dos enfermeiros perante vítimas de trauma ou violência na manutenção de provas forenses”



Exposição do corpo

Os cuidados prestados no SE a vítimas de trauma devem obedecer a uma abordagem sistematizada, com método organizado que compreende um exame inicial rápido, centrado na detecção de lesões que possam constituir risco imediato de vida (Sheehy, 2001).

Um dos procedimentos dessa primeira abordagem a vítimas de trauma é a **exposição do corpo** com controlo ambiental, que consiste em retirar roupas mantendo o doente quente. Este procedimento é o 5º passo da avaliação inicial do doente traumatizado, depois da verificação da permeabilidade da via aérea (A), da presença de respiração eficaz (B), circulação presente e eficaz (C) e da avaliação neurológica (D). Como nos referem todas as *geed lines* de actuação em trauma:

• *Avaliação Primária*

A - Via Aérea com protecção simultânea da coluna cervical

B - Respiração (Breathing)

C - Circulação

D - Disfunção neurológica

E - Exposição / controlo ambiental (remover roupas e manter o doente quente)

(TNCC, 2007 p. 23)

Verificou-se que todos os participantes têm presentes estes conhecimentos, uma vez que foram unânimes em afirmar que as roupas são retiradas logo que possível para se proceder o mais breve e adequadamente possível á avaliação, identificação e tratamento de eventuais lesões. Contudo, referiram que em caso de necessidade as roupas são cortadas e até rasgadas de forma aleatória, reafirmando que o único objectivo desse procedimento é a exposição do corpo da vítima, como se pode verificar pelas seguintes afirmações:

“Normalmente as roupas, se é um caso de emergência, são cortadas e colocadas em sacos plásticos para roupa hospitalar (...)” E1-R3

“ (...) corta-se de forma aleatória para expor o corpo o mais brevemente possível(...)”E1-R4

“(...)depende da situação, numa situação grave, com o objectivo de prestar auxílio a vítima, não há cuidados com a manutenção de provas, a roupa é cortada.(...)” E3-R3

“(...) As roupas são cortadas de forma aleatória com o único objectivo de expor a vítima o mais rapidamente possível, para avaliar a existência de lesões.”E4-R3

“O que se faz no SE, e que não é correcto, é cortar ou rasgar a roupa com a única preocupação de expor a vítima (...) Não há qualquer regra de preservação de provas, só é valorizado o atendimento á vítima...”E5-R3

“Em situações de emergência as roupas são cortadas ou rasgadas e colocadas em saco de plástico, (...) São cortadas da forma a ser o mais rápido possível.” E6-R3

“O nosso objectivo primordial é prestar cuidados ao doente, se for necessário a roupa é cortada ou rasgada e colocada em saco de plástico,(...)”E8-R3

“Por norma são cortadas com tesoura e colocadas em saco de plástico (...)”E9-R3

Quanto ao acondicionamento das roupas das vítimas de trauma as respostas também foram categóricas, são colocadas pelo enfermeiro ou auxiliar de acção médica (assistente operacional) em sacos, esses sacos são de plástico, porque são os únicos existentes na instituição para esse efeito. Embora alguns participantes tenham noção de que não é o correcto. Como se pode comprovar pela seguinte afirmação:

“(...) a roupa é colocada nos sacos de plástico, que são os únicos que existem para colocar roupa no hospital.”E2-R3

Relativamente a cuidados na manipulação do vestuário desses doentes apenas são referidas as normas de protecção individuais, nomeadamente o uso de luvas:

“Só há cuidado em retirar a roupa com luvas, não há outros cuidados (...)”E2-R3

“Todos os elementos que abordam a vítima têm luvas calçadas, (...)”E4-R3

Este tema leva-nos a pensar no que refere Johnson David (1997) sobre a importância das roupas das vítimas de trauma, que são portadoras de grande quantidade de informação para os investigadores, não só por aprisionarem fibras, cabelo, pele, absorverem sangue ou outros fluidos mas também porque são uma ajuda preciosa na reconstrução do crime dando informação de extrema importância sobre a natureza e origem das lesões. Este autor refere também que após o início do tratamento médico uma das primeiras coisas a fazer é retirar a roupa, para tal devem ser seguidas algumas regras simples no sentido de reduzir a probabilidade de contaminar ou destruir o valor da potencial prova forense. Essas normas são: as roupas devem ser sempre removidas utilizando luvas, para reduzir o intercâmbio de partículas de pele ou outras fontes de ADN entre o enfermeiro e a roupa; no caso de necessidade a roupa pode ser cortada, e é de extrema importância que quando isso acontece o corte seja o mais longe possível do local da lesão, sendo usualmente mais fácil e prático cortar ao longo das costuras da roupa, assim até se torna mais fácil uma eventual reconstrução do vestuário.

O mesmo autor refere ainda que é totalmente inaceitável que o local de uma lesão perfurante seja usado como ponto inicial de corte na roupa, e que a roupa nunca deve ser rasgada, agitada ou colocada no chão, porque leva a perda ou contaminação de

eventuais vestígios. E uma vez retirada, a roupa deve ser colocada em saco de papel e identificada, e cada peça de roupa deve ser embalada separadamente para manter a sua individualidade e integridade forense (Jonhson, 1997).

Também Lynch (2006), refere que em ambiente hospitalar o item mais importante de prova física é a roupa, esta deve ser retirada de forma conscienciosa, cortada ao longo das costuras e longe da área dos ferimentos, de forma a interferir o menos possível com as provas físicas. Os cortes nunca devem ser feitos pelo buraco das balas, facadas ou qualquer outro rasgão ou desgaste provocado por um objecto estranho. Nunca deve ser colocada em sacos de plástico porque estes acumulam humidade que pode destruir alguns materiais e sempre que possível cada peça de roupa deve ser embalada individualmente (Lynch, 2006).

Comparando o que refere estes e outros autores sobre a exposição do corpo em situações de trauma verifica-se que os enfermeiros entrevistados reconhecem a necessidade da exposição do corpo da vítima de trauma tão breve quanto possível, no entanto não tomam nenhuma medida no sentido de preservação de eventuais provas forenses, quer na roupa em si, quer em vestígios que nela se encontrem depositados. A roupa é cortada e até eventualmente rasgada de forma aleatória, embora quando questionados se acham que cortar a roupa pelas costuras ou o mais afastado das eventuais lesões levaria mais tempo, ou atrasaria de alguma forma os cuidados á vítima referem que não, e que talvez até fosse mais rápido, dizem ser uma questão de hábito e salientam a falta de informação/formação nesse sentido. Como se pode constatar nas afirmações seguintes:

“(...)talvez até fosse mais rápido [cortar a roupa pelas costuras] mas não se faz por desconhecimento” E4-R4

“Não, de todo (...)porque o tempo gasto para cortar pelas costuras é o mesmo que para cortar de uma forma aleatória(...) as pessoas não tem conhecimento, não é má vontade” E5-R4

“[cortar a roupa pelas costuras] Não ia atrasar o cuidado ao doente, é uma questão de formação.”E9-R5

Estas declarações vão de encontro ao referido por Lynch (2006) ao mencionar que embora pareça natural cortar ou até rasgar as roupas através do orifício de entrada de uma bala, por exemplo, tal não deve ser feito pois irá representar uma primeira e importante quebra na preservação de provas forenses fundamentais (Lynch, 2006).

Realização de espólio

Quando dá entrada no serviço de emergência uma vítima de trauma, agressão, acidente ou outros evento violento, após a sua avaliação inicial, que passa usualmente, como já referimos, por retirara a roupa e outros pertences, não só para uma correcta avaliação e tratamento de eventuais lesões mas também porque pode ser necessário a realização de exames e tratamentos para os quais o doente não pode estar vestido ou possuir peças metálicas como anéis, pulseira, brincos, entre outros, como é o caso de doentes que vão para o Bloco Operatório, realizar Ressonância Magnética, Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou outros.

No sentido de saber qual o tratamento e encaminhamento, dado á roupa e pertences que são retirados á vítima de trauma ou acidente, foram questionados os participantes e todos eles referiram que a primeira opção é entregar esses bens á família ou pessoa que acompanha o doente ao SE, na sua inexistência procedem á **realização de espólio**.

“(…) são entregues a familiares se existirem no serviço ou se não houver acompanhante é efectuado espólio.” E1-R3

“(…) roupa é entregue ao familiar ou acompanhante ou fica junto do doente.” E2-R3

“(…)a roupa é cortada e colocada em sacos de plástico(…) que acompanha o doente no seu percurso dentro do serviço, se tiver acompanhantes, familiares directos, é-lhes entregue ou efectuado espólio.”E7-R3

“Se a família estiver presente a roupa é-lhe entregue, se não houver família é efectuado espólio de roupa pelos auxiliares e de valores pelo enfermeiro”E7-R9

“(…)A roupa e pertences são entregues a familiares ou efectuado espólio.” E10-R7

Quanto á documentação desse espólio, os participantes remetem para formulários e regulamentos da instituição específicos para o efeito, como se pode verificar nas seguintes declarações:

“(…)na ausência de familiares é efectuado espólio (…).” E3-R4

”(…)a roupa vai para o espólio efectuado pelo auxiliar e os valores vão para o cofre efectuado espólio por nós e administrativos.” E9-R8

Esse procedimento está descrita no regulamento nº 45.1 da ULSM, EPE., “Regulamento de Espólio de doentes” que preconiza que:

- Aquando da admissão do doente, se este se encontra inconsciente ou cadáver, deverá o enfermeiro preencher o modelo 216-A, para registo de valores e objectos e o AAM o modelo 216-B para vestuário e calçado. Em doentes conscientes, cabe ao enfermeiro a decisão de efectuar espólio de acordo com a situação de cada doente.
- Este documento deve ser assinado pelo enfermeiro que recolhe os valores e pelo enfermeiro responsável de turno, é elaborado em duplicado, ficando uma cópia anexa ao processo do doente e outra acompanha o espólio. Sempre que possível deverá também ser assinada pelo doente ou acompanhante.
- O espólio de valores deve ser entregue pelo enfermeiro no secretariado do serviço, onde o funcionário administrativo recebe o envelope aberto juntamente com a descrição dos respectivos valores (referido modelo 216-A) procede á sua confirmação e assina o respectivo requerimento de espólio de valores. Assim o enfermeiro torna-se responsável pelo espólio que efectua e o administrativo pelos valores que recebe.
- Os funcionários administrativos deverão depositar os respectivos valores no cofre central, logo que possível, onde são novamente conferidos e assinado formulário pelo funcionário que recebe, ficando assim á guarda do Responsável da Admissão de Doentes.
- Relativamente ao vestuário e calçado, deve ser embalado em saco de plástico, identificado e registado pelo AAM no referido modelo 216-B. Sendo posteriormente depositado na sala de espólio ou arrecadação. Ficam aí guardados até ao prazo máximo de 30 dias. Se após esse período não forem reclamados, serão enviados para o serviço de rouparia que procederá ao tratamento mais adequado.
- Sempre que for efectuado um espólio de valores ou roupa e calçado, o enfermeiro deve fazer constar tal facto no processo do doente.
- O espólio uma vez formalizado, será entregue a familiar directo do doente, convenientemente identificado que o reclame. Os modelos 216-A e B, são preenchidos com nome, grau de parentesco, nº do BI, data e assinados pelo familiar que recebe o espólio, ficando ainda uma fotocópia do BI anexa ao formulário de espólio (ULSM, EPE., 2005).

O cumprimento deste regulamento protege a instituição e seus funcionários de responsabilidades legais quanto a objectos e valores reclamados pelos doentes ou familiares, após internamento ou tratamento hospitalar. Mas não contempla situações de agressão ou violência em que os pertences dos doentes possam constituir prova legal ou

vir a ser reclamados pelas autoridades para integrarem elementos de prova num eventual processo criminal.

Manipulação de objectos

No sentido de saber que cuidados têm os enfermeiros do SE na **manipulação de objectos** e pertences dos doentes, foi perguntado aos participantes que cuidados têm no manuseio de objectos em geral e se é dado algum cuidado específico, por exemplo, no caso de um doente trazer consigo o objecto causador das lesões, como arma de fogo, arma branca ou outros.

A esta questão a maioria dos participantes respondeu que nunca teve nenhuma situação em que o utente trouxe consigo o objecto causador das lesões. Apenas um dos inquiridos respondeu que já ter vivenciado uma experiência desse tipo.

“Já tive uma situação em que o doente que faleceu e trazia uma arma de fogo no bolso, (...) foi chamado o agente da PSP e foi-lhe entregue. (...) eu nem peguei na arma, (...) para não conspurcar nem peguei, chamei o PSP e ele é que recolheu a arma. Sei que depois vieram pessoas da PJ fazer averiguações, quanto aos registos penso que o polícia a quem eu prestei declarações fez uma nota de ocorrência.” E2-R5

Constatando que esta não é uma situação usual, foram questionados os participantes sobre como agiriam caso tal lhes ocorresse, como manipulariam o objecto e a quem o entregariam. Os participantes foram consensuais, referindo que deveriam manipular o objecto em causa o menos possível e de preferência nem lhe mexer. Referiram também que a manipulação deve ser feita sempre com luvas, e armazenamento em involucro estéril, e todos os inquiridos referiram que o agente da PSP que se encontra no SE seria a primeira pessoa a quem seria comunicada a presença do objecto. Como se pode ver pelas declarações seguintes:

“(...) deve preferencialmente não se mexer no objecto, mas se for necessário devem usar-se luvas e manipular o mínimo possível, a fim de não contaminar ou apagar eventuais vestígios, marcas digitais, sangue ou outros.” E3-R5

“(...) a sua manipulação deve ser com luvas, colocado em involucro esterilizado, saco plástico (...)” E4-R6

“:... cuidados específicos não há, usam-se luvas para não tocar directamente nesses objectos, por rotina e como forma de protecção pessoal, não com a intenção de preservar provas. São colocados em saco próprio, saco plástico, transparente usado também por exemplo para enviar as colheitas de sangue para o laboratório- não há nenhum tipo de

involucro destinado a esta situação, depois serão entregues directamente ao PSP que se encontra no serviço.”E7-R6

“Não tive nenhuma situação, mas deveria ser manipulado com luvas, talvez colocado em envelope de papel em vez de saco plástico (aprendi no TNCC) e entregue ao agente da PSP até chegar, talvez a PJ.”E9-R6

“Nós na sala de emergência abordamos sempre os doentes com luvas, para protecção pessoal, esse objecto seria colocado em saco de plástico e entregue ao agente da PSP(...).”E10-R5

Estas declarações remetem essencialmente para as precauções universais de segurança. Que, como nos refere o manual de TNCC e outros manuais de cuidados de enfermagem, toda a equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados em geral e na reanimação em trauma em particular, deve seguir as *guide lines*, não só da saúde ocupacional mas também do centro de controlo e prevenção de doenças e as normas da própria instituição, de forma a se proteger a si e aos outros de riscos desnecessários.

Todos os elementos da equipa devem ter acesso a equipamento de protecção individual, que deve incluir luvas, aventais, máscaras, óculos ou mascarar com viseiras. O equipamento de protecção individual utilizado depende do grau de exposição esperado durante o procedimento em causa, deve ser colocado antes do procedimento, ou seja antes do contacto com o doente, e retirado de forma adequada (TNCC, 2007).

Embora os participantes apenas refiram o uso de luvas como equipamento de protecção individual, as boas práticas indicam que sempre que se preveja contacto directo com o paciente e fluidos corporais, como excreções, secreções, sangue ou outros, se deve usar bata, luvas, máscara e protecção ocular (TNCC, 2007).

As referidas precauções universais, consistem na utilização de equipamento de protecção individual, e não são mais do que medidas de prevenção da exposição dos profissionais de saúde ao contacto com sangue e outros fluidos corpóreos, com o objectivo principal de evitar a transmissão de infecções, conhecidas ou não, do paciente para o profissional de saúde.

Como vimos pelas declarações dos participantes, o uso de luvas como equipamento de protecção individual é um procedimento comum enraizado nos cuidados de enfermagem, com o objectivo principal de se protegerem de eventuais infecções do paciente, mas também foi referido por vários participantes, que o uso de luvas na manipulação de objectos e pertences do doente, tem também como objectivo não contaminar ou de algum modo alterar eventuais vestígios forenses.

Procura de vestígios ocultos

As provas físicas podem ser de natureza e tamanho variáveis, enquanto uma arma de fogo ou arma branca são facilmente identificáveis, outros vestígios como fragmentos de tinta, vidros partidos, solo, entre outros, passam muitas vezes despercebidos. Constituindo provas menos óbvias que se podem encontrar no corpo ou roupa do paciente ou até no meio envolvente, que em ambiente hospitalar, pode ser o lençol da maca onde o doente foi transportado.

Relativamente a este tema, foram questionados os participantes se era dada alguma atenção há possibilidade de o doente trazer consigo outro tipo de vestígios menos visíveis que pudessem vir a ser considerados provas.

Todos os participantes referiram que não é dada nenhuma importância há possibilidade de o doente trazer consigo vestígios menos visíveis. Embora alguns referiram que deveria ser dada atenção a essa possibilidade, como se pode ver pela declaração seguinte:

“Não se faz, mas agora que me fazes essa pergunta, os doentes vêm muitas vezes com vestígios, nomeadamente vidros, que são os mais visíveis, no lençol da maca dos bombeiros, mas esse lençol é por norma descartável e vai para o lixo, não é guardado, quer seja uma vítima de doença quer seja de acidente” E2-R6

Um dos participantes frisa que por exemplo as mãos deveriam ser alvo de cuidados específicos em situações pontuais, mas tal não acontece.

“Não mesmo a nível de mãos que são os locais mais propícios a conter vestígios não há cuidado em as isolar ou proteger em sacos próprios ou invólucros.” E5-R7

Outro participante faz referência a uma situação pontual em que foi encontrado nos pertences do doente substâncias ilícitas que foram entregues ao agente da PSP.

“(…)não há um cuidado especial ao retirar a roupa no sentido de preservar possíveis provas.(…) Quando há suspeita de agressão ou actividade fora do normal, ao retirar a roupa pesquisar nos bolsos se há algum objecto ou valor, já houve situações em que foi encontrada droga, nessas situações é feito espólio de valores e essas substâncias são entregues ao agente da PSP” E7-R3

Foi também referido, por alguns dos participantes, que em situações menos graves quando o doente chega à avaliação do enfermeiro já foi passado da maca dos bombeiros para a maca hospitalar o que aumenta a probabilidade de perder eventuais provas.

“Deveria ser dada atenção, mas na realidade tal não acontece, e muitas vezes quando o doente chega a nós já foi transferido da maca dos bombeiros para a maca hospitalar e se existir esse tipo de provas as pessoas não estão muito alerta para as manter.” E3-R6

Relativamente a esta temática, Goll-McGee citado por McGillivray, num artigo de revisão de literatura sobre o papel dos enfermeiros de emergência, na recolha e preservação de evidências forenses, a capacidade do enfermeiro descobrir e recolher provas, tem um papel importante na investigação de crimes e pode ter repercussões nas decisões judiciais (Mcgillivray, 2005).

Outros autores citados no mesmo artigo reconhecem o dilema da recolha de provas em ambiente de emergência, uma vez que a saúde e segurança do paciente são prioritárias às considerações forenses. Faz ainda uma descrição dos diferentes tipos de provas que podem estar presentes num paciente, essas provas podem ser físicas, como balas, roupa especialmente aquelas que contenham manchas de sangue ou outros fluidos como sémen, saliva ou que tenham sido danificadas no decorrer do trauma ou provas não físicas como a descrição da história do evento.

Salienta ainda a importância do enfermeiro do departamento de emergência ter habilidade não só para recolher evidências forenses mas também em reconhecer provas que podem existir, uma vez que o enfermeiro é geralmente o primeiro a ver o paciente, falar com a família e prestar cuidados e lidar com espécimes para laboratório. Devendo estes enfermeiros estar conscientes da importância e da sua posição privilegiada para poderem detectar pacientes que podem exigir recolha de provas forenses. O papel do enfermeiro não é a realização de investigação forense, mas deve ter consciência da sua posição favorecida na identificação, recolha e preservação de provas que podem vir a ser decisivas para uma posterior investigação forense ou reconstrução do crime. A problemática do reconhecimento da necessidade de recolher, preservar ou registar evidências forenses, é ainda mais complexa nas situações em que o paciente não está envolvido em crimes, mas que se apresenta no serviço em circunstâncias incomuns e suspeitas, com comportamentos suspeitos como posse de armas ou drogas, lesões e contextos sugestivos de ser vítima de violência física ou psicológica, casos de suspeita de violência doméstica ou abuso sexual. O reconhecimento desses pacientes é extremamente importante por várias razões principalmente porque o número de queixas

e denúncias de violação e violência doméstica são grosseiramente sub-relatadas (Mcgillivray, 2005).

Também Lynch, refere que a recolha de evidências físicas nem sempre é fácil, pois muitas vezes o material que é transferido de um objecto para outro deixa apenas vestígios, traços ténues difíceis de identificar. Por exemplo no caso de acidentes de viação são frequentemente encontradas lascas de tinta ou fragmentos de vidros no meio envolvente do acidente ou na roupa da vítima de atropelamento, esses objectos devem ser cuidadosamente recolhidos e acondicionados pois podem ser fundamentais na identificação do veículo envolvido no acidente (Lynch, 2006).

Tendo em conta os autores citados e as declarações dos participantes neste estudo, verifica-se que embora alguns enfermeiros tenham noção de que os doentes, por vezes, trazem com eles ou no meio envolvente vestígios que deveriam ser preservados e recolhidos, por norma não é dada grande importância a essa possibilidade.

Cuidados ao corpo pós morte

No que diz respeito aos **cuidados ao corpo pós morte**, em vítimas de violência, acidente ou causa de morte indeterminada, embora com algumas hesitações iniciais dos participantes, porque alguns referem nunca ter pensado no assunto, estes foram unânimes em aludir que não há procedimento específico para estes casos.

Segundo os relatos dos nossos participantes, as vítimas de morte violenta ou de morte da causa indeterminada, que serão, há partida submetidas a autópsia médico-legal, são alvo dos mesmos cuidados pós morte que uma vítima de morte natural. Os cuidados ao corpo e encaminhamento para a casa mortuária obedecem aos mesmos procedimentos em todos os tipos de morte hospitalar. Como podemos ver pelas seguintes declarações:

“(…) nós fazemos é como todos os outros, vai nu, são-lhe retirados todos os pertences e toda a roupa(…)” E2-R7

“São os mesmos que para uma vítima de, morte natural (...) São retirados todos os pertences e roupas que são entregues a familiares ou feito espoliamos, e é efectuada a “múmia” de forma normal.” E4-R8

“Ocorre como em qualquer outro caso, a roupa e pertences são retirados e efectuado espólio, o corpo é preparado para ir para a morgue. A vítima é totalmente despida, são colocadas compressas nos locais que possam por ventura sangrar ou ser porta de saída de qualquer fluido corporal, depois é encaminhado para a morgue (...) mesmo que já se

saiba que vai ser encaminhada para autópsia ML os procedimentos são os mesmos.”E5-R8

“Quando um corpo é encaminhado para a casa mortuária vai sempre só com fralda.” E7-R9

Embora alguns refiram que se deveria manter o corpo o mais intacto possível, tal não acontece, e fundamentam as suas intervenções na norma institucional que regulamenta os cuidados ao corpo após a morte, que não contempla excepções. Como ficou bem claro em algumas afirmações como as seguintes:

“Neste tipo de casos penso que se deveria manter o corpo o mais intacto possível, mas normalmente faz-se o procedimento normal que se faz para qualquer óbito, em que os cuidados prestados ao corpo pós morte seguem um protocolo, para o qual não estão contempladas excepções, é retirada a roupa e objectos, anéis, pulseira... Embora nestes casos penso que se deveria manter o corpo o mais inalterado possível, mas não é assim que se procede porque o que está preconizado é o procedimento normal nos cuidados pós morte.” E1-R8

“Pelos conhecimentos que eu tenho, os cuidados ao corpo são os mesmos que para qualquer outro doente. (...) O corpo segue para a casa mortuária sem qualquer tipo de roupa ou pertences.” E8-R7

“Todos os corpos são tratados de igual forma, segundo norma institucional, tem de ser identificados com vinhetas, tapar orifícios naturais, posição dorsal, cruzar as mãos sobre o tórax... o corpo vai só com fralda de protecção e é envolvido em um lençol. (...)” E10-R7

“(...)Quanto ao corpo vai para a casa mortuária teoricamente talvez devesse ir vestido, mas o que nós fazemos é como todos os outros,(...)” E2-R7

“ Gostaria de dizer que não é manipulado até chegar a polícia, mas infelizmente tal não é verdade. O procedimento habitual é, como qualquer corpo, fazer chegar o corpo á casa mortuária tal como todos os outros corpos do hospital, sem roupa pessoal e sem objectos pessoais, a roupa que é retirada é acondicionada em sacos de plástico, será contactado o agente da PSP que decide se fica com a roupa para vir a constituir prova ou se é entregue se não há família é efectuado espolio.”E3-R7

As declarações dos participantes encontram-se fundamentadas no protocolo de actuação da instituição que se refere aos “Cuidados com o Corpo Após a Morte”, esse

Procedimento/instrução nº 11.1 da ULISM, descreve as intervenções de enfermagem nos cuidados com o corpo após a morte.

Essas actividades são entre outras:

- Colocar o corpo em decúbito lateral para favorecer a drenagem de fluidos corporais;
- Colocar o corpo em decúbito dorsal com os braços estendidos ao longo do corpo;
- Remover todos os dispositivos médicos;
- Lavar o corpo, tendo o cuidado de remover todas as secreções e sujidades da pele;
- Substituir pensos, se existirem;
- Tamponar se necessário os orifícios naturais;
- Colocar fralda;
- Envolver o corpo no lençol, em forma de envelope e prender com adesivo;
- Enviar o corpo para a casa mortuária, após verificação de todas as formalidades do óbito (ULISM, EPE., 2009).

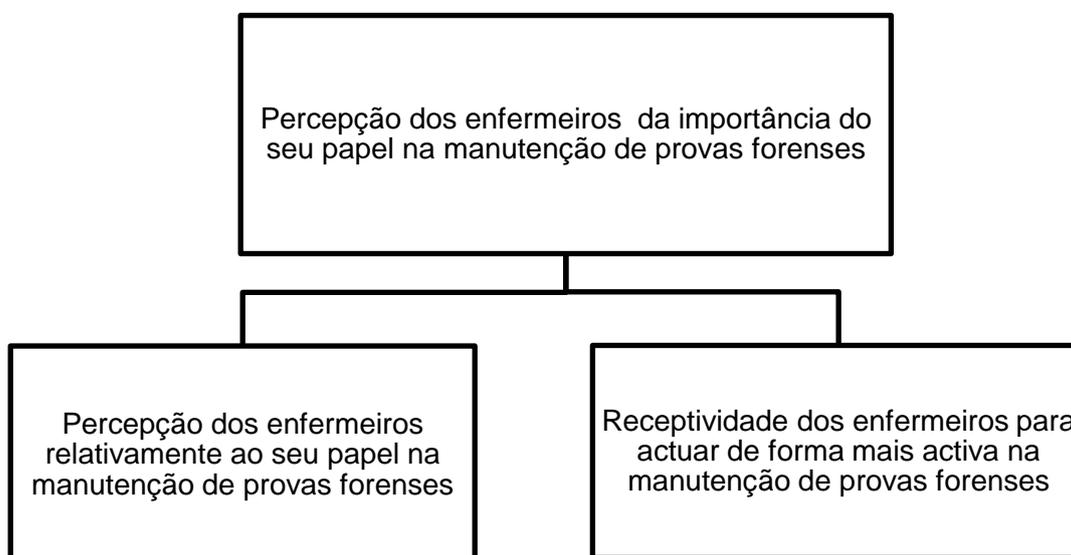
No que diz respeito aos cuidados ao corpo após a morte, todos os participantes deste estudo, referem que atuam de acordo com as normas da instituição onde trabalham. Mas reconhecem no entanto que deveria haver excepções para esta norma de actuação. Como refere Lynch, no caso de o doente dar entrada no serviço de emergência, já cadáver ou falecer no serviço, toda a roupa, incluindo os sapatos e todo os tecidos em contacto com o paciente, devem ser mantidos na sua posição original até à chegada do médico legista. Todas as evidências físicas devem ser mantidas na posição original a menos que se deduza que possam ser perdidas durante o transporte do corpo, aí deve proceder-se a sua adequada recolha e armazenamento em embalagem adequada (Lynch, 2006).

A mesma autora refere que quando a morte, resultante de um acidente ou acto violento, ocorre no meio hospitalar, esse local, seja ele a sala de operações, ala da enfermaria, sala de emergência ou outro, passa a fazer parte do cenário do crime e como tal alvo de um inquérito médico-legal. Cabe aos médicos e enfermeiros do departamento em questão a responsabilidade da preservação desse local, a recolha de evidências e imediata gestão das questões médico-legais. Os profissionais de saúde devem ser capazes de prever quais as situações susceptíveis de exigir uma investigação médico-legal e de saber lidar com essas situações (Lynch, 2006).

3 - PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DA IMPORTÂNCIA DO SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES

Quanto a esta temática, no decorrer da análise dos dados obtidos foram identificadas duas categorias que são: “Percepção dos enfermeiros relativamente ao seu papel na manutenção de provas forenses”, e “Receptividades dos enfermeiros para actuar de forma mais activa na manutenção de provas forenses”.

Figura 3 - Representação esquemática da unidade temática “Percepção dos enfermeiros da importância do seu papel na manutenção de provas forenses”



Percepção dos enfermeiros relativamente ao seu papel na manutenção de provas forenses

Quanto a esta temática, os participantes responderam prontamente que os enfermeiros poderiam ter um papel importante na recolha e manutenção de provas. A maioria frisou que não se tomam medidas porque não há formação, sensibilização, normas orientadoras nem meios adequados. Sugerindo ainda alguns aspectos a melhorar como os registos e cuidados com o vestuário. Salientaram também que em meio hospitalar os enfermeiros estão em posição privilegiada para a manutenção de provas, porque são os primeiros a abordar os utentes em geral e as vítimas de trauma ou agressão em particular. Como se pode constatar pelas declarações seguintes:

“Claro que sim, [os enfermeiros podem ter um papel importante na recolha e manutenção de provas] porque somos nós os primeiros a entrar em contacto com a vítima.”E8-R9

“Penso que sim, (...) poderia melhorar-se o registo das lesões, com descrição mais pormenorizada das dimensões, aspecto, local...”E1-R9

“Há sempre coisas a melhorar, (...) poderíamos tomar mais atenção a alguns aspectos que poderíamos melhorar por exemplo ter em atenção ao cortar a roupa e não cortar pelo local dos ferimentos, também poderíamos melhorar os registos das lesões, das vítimas de agressão.”E1-R12

“Penso que sim, talvez no contexto de risco de vida/sala de emergência é mais complicado, mas penso que se formos despertos para isso, se for dada formação há algo mais que podíamos fazer, por exemplo na forma de retirar a roupa... para nós é indiferente cortar de uma forma ou outra, nós vamos ter de expor a vítima e vamos...se calhar tem mais vantagem fazer as coisas de forma correcta.” E2-R9

“Penso que sim, porque somos nós [enfermeiros] os primeiros a prestar auxílio às vítimas, a tratar das lesões, feridas e o acto de tratar uma ferida pode destruir provas.”E3-R6

“Eu acho que os enfermeiros são os profissionais mais adequados para fazer essa recolha, porque têm noções de assepsia, e trabalham com ela todos os dias, somos os primeiros a lidar com o doente quando chega ao SU.”E4-R10

“Faz-se muito pouco em Portugal nessa área (...) não se faz principalmente por desconhecimento e também porque não há indicação para isso.”E4-R11

“Sim [os enfermeiros] são parte fundamental nessa preservação porque são os profissionais que mais mexem com corpo da vítima, somos nós que normalmente recebemos, despimos, manuseamos com o doente, tocamos, mechemos, palpamos, percutimos portanto é óbvio que esses cuidados passariam principalmente por nós.”E5-R9

“Penso que sim, somos os primeiros a lidar com o doente e seus objectos, mas falta informação e meios, também só temos sacos de plástico.(...)”E6-R10

“Penso que sim, podíamos colaborar com as autoridades desde que houvesse formação e estivéssemos despertos para tal.”E7-R10

“(...)é uma situação para a qual não estamos despertos e pode contribuir para alertar todos nós que trabalhamos nesta área para melhorar...” E7-R14

“(…) [os enfermeiros] são das primeiras pessoas a ter contacto com o doente, e se nos fosse dada formação nessa área podíamos estar mais despertos e abordar o doente de uma forma mais adequada para a recolha de provas.”E9-R9

“Sem dúvida porque somos nós [enfermeiros] que estamos 99% do tempo com a vítima, somos nós que observamos melhor o doente e estamos mais atentos a lesões, que alertamos os médicos para determinadas situações...”E10-R9

Um inquirido referiu mesmo, que no futuro tal virá a acontecer, os enfermeiros terão um papel importante na recolha e manutenção de provas forenses.

“Acho que se chegará algum dia em que tenhamos que ser mais rigorosos na manutenção de provas, penso que sim, poderíamos fazer boas recolhas e manutenção das provas, poderíamos fazer algo mais...”E1-R10

Receptividade dos enfermeiros para actuar de forma mais activa na manutenção de provas forenses

Relativamente à **receptividade dos enfermeiros para actuar de forma mais activa na manutenção de provas forenses**, todos os participantes salientaram a disponibilidades dos enfermeiros em colaborar de forma activa neste processo desde que formados e sensibilizados para o tema.

“Havendo formação não haverá resistência á mudança com vista a melhorar nesses aspectos.” E2-R10

“(…) os enfermeiros então disponíveis para melhorar os seus procedimentos, no entanto há muita falta de formação nesta área que faz com que as pessoas não estejam muito sensibilizadas para preservar as provas.”E3-R10

“(…) Penso que os enfermeiros estão abertos a mudança desde que informados e formados e desde que nos sejam dadas condições e material para o efeito.”E6-R10

“Estão abertos a novas directrizes de actuação.” E6-R11

“Da minha experiencia como formador acho que os enfermeiros estão mais abertos agora... os meios de comunicação, as séries que por muita ficção passa sempre alguma informação. (...) Em termos práticos só falta começar a por em prática, sair a norma, as pessoas já estão muito mais despertos para essa mudança.”E5-R10

“ [Os enfermeiros] estão dispostos a melhorar desde que sejam formados para tal.”E8-R10

“Se houvesse formação prévia, penso que sim, sem dúvida.”E10-R10

A enfermagem forense representa uma nova prática de enfermagem que tem vindo a surgir em resposta ao aumento da criminalidade e violência interpessoal (McGillivray, 2005).

As declarações dos participantes demonstram que os enfermeiros têm consciência da importância do seu papel na manutenção de provas forenses e estão receptivos para actuar de forma mais activa nesse novo desafio.

Relativamente a esta temática também o artigo de McGillivray (2004), refere que na Austrália falta literatura sobre a recolha de evidências forenses em ambiente hospitalar e a sub-especialidade de enfermagem forense é relativamente recente, em Portugal a situação é semelhante, não há bibliografia nacional sobre o tema e enfermeiros com pós-graduação ou mestrados em medicina legal e enfermagem forense são ainda uma raridade.

Embora haja um considerável número de cursos, pós-graduações e mestrados em medicina legal, criminologia, ciências forenses, psicologia criminal e afins. A primeira pós-graduação de enfermagem forense em Portugal teve início em 2009 na Escola Superior de Enfermagem São Francisco da Misericórdia, em Lisboa, até então a maioria das pós-graduações e mestrados em Medicina Legal não admitiam enfermeiros.

Dada a receptividade demonstrada pelos nossos participantes, tudo faz prever que a afluência a este tipo de formações, bem como uma eventual integração desta temática no curso base de enfermagem seja uma realidade num futuro próximo.

4 - ARTICULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM OUTROS GRUPOS PROFISSIONAIS NA RECOLHA E MANUTENÇÃO DE PROVAS FORENSES

Relativamente a esta temática tentou saber-se junto do participantes se existia algum tipo articulação, parceria, trabalho em conjunto, entre os enfermeiros e outros grupos profissionais, como entidades policiais, na recolha e manutenção de provas. Dos dados obtidos todos os enfermeiros inquiridos referiram quase que exclusivamente a colheita de sangue para quantificação da taxa de álcool. Como se pode verificar pelas declarações seguintes:

“Só em doseamentos de alcoolemia, (...)E1-R1

“Só em situação de controlo de alcoolemia, mas usualmente esses utentes vem cá só para colher sangue já acompanhados pelo PSP.”E3-R12

“ (...)Mas há a questão do controle de alcoolemia, mas a nossa parte é só a técnica da colheita.”E5-R11

“Não, só nos testes de alcoolemia, o formulário é preenchido pelo médico nós só fazemos a colheita.”E6-R12

“Em caso de controlo de alcoolemia, há o protocolo, que é preenchido pelo médico-chefe de equipa.”E10-R11

“Recolha de urina para drogas de abuso e sangue para teste de alcoolemia. É solicitado pelo agente da PSP com formulário próprio,... que é preenchido pelo agente e pelo médico... ao sangue é colhido sob a vigilância do agente da PSP.”E9-R11

Esse procedimento consiste na recolha de uma amostra de sangue para contentor próprio, fornecido pelos agentes da PSP que acompanham os utentes e supervisionam o procedimento, e está regulamentado na instituição, ULSM EPE, por um documento externo, que é o Diário da República, Portaria nº 902-B/2007, que no capítulo I secção II se refere à Análise de sangue para quantificação da taxa de álcool (ANEXO VI). Esse documento refere o tipo de impressos necessários para a documentação do procedimento que devem ser preenchidos pelo agente de autoridade e médico que promove a colheita, refere ainda que a colheita deve ser de acordo com os procedimentos normais, mas sem o uso de solução alcohólica para a desinfecção cutânea (Portaria nº902-B, 2007).

Esta Portaria do Diário da República está na base de protocolos de actuação existentes em outros hospitais como é o caso do Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE. onde existe um protocolo interno no Serviço de Urgência e Patologia Clínica, que define as

responsabilidades internas de actuação no que diz respeito á avaliação da condução sob influência de álcool ou substâncias psicotrópicas. Nesse protocolo estão descritas de forma pormenorizada as competências de cada interveniente no processo de requisição, colheita e análise do produto, desde o Agente Fiscalizador (AF), ao Médico, ao Enfermeiro e ao Técnico do Serviço de Patologia Clínica. De salientar a importância dos registos de enfermagem: “m) Registrar no impresso do episódio de urgência a hora da colheita, o desinfectante utilizado, o número do saco do Kit de colheita (o registo desta acção é aprova de que a colheita foi efectuada correctamente) e a identificação do AF a quem se entregou o saco numerado.” (CHMT, EPE., 2010).

Pelas declarações dos participantes verificamos que, embora a colheita de sangue seja inquestionavelmente um procedimento de enfermagem, nestes casos, o preenchimento dos formulários é efectuado apenas pelo médico.

Tais declarações entram em conflito com o que é defendido pelos diversos autores no que diz respeito á importância da cadeia de custódia da prova.

Para que um vestígio possa constituir prova num processo, tem que ser demonstrado de forma inequívoca a genuinidade e integridade material da prova ou vestígio apresentada. Para tal todos os procedimentos desde a identificação, recolha, acondicionamento, transporte, armazenamento e por fim análise e interpretação, devem ser minuciosamente descritos. Todas as operações de manipulação do vestígio, devem ser detalhadamente registadas, devendo ficar documentado, o local e momento em que ocorreu bem como o nome da pessoa que manipulou o vestígio. Só assim se pode garantir a adequada manutenção da cadeia de custódia e conseqüente valor probatório do vestígio em causa (Braz, 2010)

Se como vimos, pelas declarações dos participantes, o enfermeiro que não só manipula a prova, neste caso a amostra de sangue, como executa todo o processo de colheita e acondicionamento da mesma, muitas das vezes nem sequer consta dos registos, tal pode por em causa todo o valor probatório da amostra colhida. Colheita essa que não pode ser repetida mais tarde, caso a primeira colheita suscite dúvidas em tribunal, nomeadamente por contaminação da amostra de sangue com solução alcoólica usada na desinfecção da pele.

Alguns participantes referem ainda outras situações em que houve envolvimento das entidades policiais, nas quais os enfermeiros também não foram questionados directamente sobre o estado do doente, sobre as condições em que chegou ao SE ou pertences que traria consigo a quando da admissão no serviço. Como se pode verificar pelas seguintes declarações:

“(…), já tive varias situações de agressões, atropelamento e baleados que deram entrada na sala de emergência, mas não me lembro como se alguém veio pedir as roupas do doente. (...). Tive uma situação de um doente vítima de atropelamento que ficou internado em OBS e que a PJ foi ter com ele, mas não sei se depois pediram as roupas que o doente trazia.”E2-R2

“Já tive alguns doentes que a PJ esteve cá, mas a mim não pediram nenhum objecto do doente.” E9-R2

Um participante faz referência a uma situação vivenciada, em que a roupa do utente foi entregue á PJ pelo enfermeiro, mas no entanto quem fez o preenchimento do formulário/ documento em comprovativo da entrega dos pertences foi o médico.

“(…) uma vez, (...) foram pedidos pela PJ os objectos que o doente tinha com ele, nesse caso era só a roupa, foi um baleado na cabeça, suspeitava-se de tentativa de suicídio. Os objectos foram entregues por mim á PJ, foi assinado um documento em como foram entregues mas foi o médico que assinou.”E3-R2

Mais uma vez se verifica que o enfermeiro identifica, manipula objectos que mais tarde são considerados provas em processos de investigação judicial, mas no entanto as entidades policiais responsáveis por investigar a situação em causa, não acham importante falar com o enfermeiro que recebeu o doente, manipulou e armazenou os seus pertences. Se é o enfermeiro que identifica, recolhe, acondiciona e entrega os pertences e objectos do utente, bem como as amostras para análise, ao agente da autoridade porque é que é o médico que preenche e assina os formulários?

Foram também referidos, pelos participantes, os casos de suspeita de violação, salientando que estes casos não são tratados no SE Geral, pois são encaminhados para a Urgência de ginecologia-obstetrícia que funciona noutra do departamento e com uma equipa própria. Estes casos passam apenas na triagem de prioridades da emergência geral e como usualmente não são casos de risco de vida eminente, não são situações de emergência clínica, após efectuada a referida triagem, pelo enfermeiro, são encaminhados para a urgência de ginecologia/obstetrícia.

“(…), só casos de suspeita de violação em que, num caso já vinha acompanhada pela PJ, e são encaminhados para a Ginecologia\obstetrícia, mas o seguimento do caso foi todo na urgência de ginecologia (...).”E5-R11

Estes casos estão regulamentados na instituição, ULSM EPE., por um documento externo imitado pelo INML, delegação do Porto, no sentido de orientar os procedimentos

no caso de suspeita de crime sexual. Segundo o referido documento em caso de suspeita de crime sexual o médico do Serviço de Urgência não deverá intervir, salvo em situação de urgência clínica, sem contacto prévio com o médico legista, com a finalidade de determinar a urgência da situação na preservação e colheita de vestígios e a possibilidade legal de tal intervenção. No caso da colheita de vestígios ser considerada pertinente, o médico legista realizará o exame na Delegação do Porto do INML ou, fora das horas normais de funcionamento do serviço, nos serviços de Urgência de Ginecologia do Hospital Geral de São João ou da Maternidade Júlio Dinis. Devendo o utente ser transferido para as referidas instituições. O contacto telefónico e a escala de serviço dos peritos de Medicina Legal são enviadas mensalmente para os hospitais, onde na escala de urgência consta o nome e contacto do perito de serviço nas 24h/dia. (ANEXO VII)

5 - IMPORTÂNCIA DADA PELOS ENFERMEIROS AOS REGISTOS DAS LESÕES EM VÍTIMAS DE TRAUMA/AGRESSÃO

As situações de trauma e agressão foram aquelas que mais frequentemente foram referidas pelos participantes como sendo os casos mais comuns e susceptíveis de intervenção policial ou médico-legal, e conseqüentemente de manutenção e recolha de potenciais provas forenses.

Relativamente a este tema tentou averiguar-se que registos são efectuados pelos enfermeiros do SE nestes casos. Segundo os relatos dos participantes os registos tendem a ser equiparados aos registos de lesões acidentais. Como se pode verificar pelas declarações seguintes:

“(…), a única coisa que faço referência é que são vítimas de agressão, o local onde referem dor e se tiverem lesões visíveis descrevo-as, do que eu me apercebo não é feita nenhuma descrição pormenorizada, nem da parte de enfermagem nem da parte médica, pedem Rx se há trauma, suturam mas não descrevem mais nada. Quando se abre ficha como agressão é sempre comunicado ao agente da PSP, mas acontece varias vezes que dizem que foram agredidos mas não abrem ficha como agressão, nesses casos elucidou-os mas eles não querem e não fazem queixa.” E2-R12

“É efectuado o mesmo tipo de registos das lesões acidentais. Registo clinico, quer pelo médico quer pelo enfermeiro, tipo escoriação no terço inferior da perna efectuado tratamento.”E4-R13

“...Tento registar da forma mais simplificada as lesões de uma forma geral, por exemplo: refere que foi agredido com... apresenta escoriações na face, não especifico o nº nem a localização pormenorizada.” E6-R13

“... se calhar pela cultura do nosso país não é dada muita atenção... não é dada muita importância a esse tema, se for agressão podem formalizar a queixa no agente da PSP, mas não é dada nenhuma relevância a esse tema”E9-R12

“ Na triagem de Manchester dizem-nos que temos de ser rápidos com timing’s para avaliar os doentes, mas quando há essas situações... tento visualizar e documentar sempre as lesões que a pessoa apresenta, para ficar um registo mais pormenorizado...”E10-R12

Alguns participantes têm noção de que deveriam ser efectuados registos mais detalhados, mas assumem que não são feitos:

“A nível de registos de enfermagem não há nada de específico, o registo só é feito um registo pouco específico, seria importante mas mesmo os registos médicos são muito vagos. Muitas vezes os doentes nem passam por nós, que muitas vezes nem precisam de tratamento, são só escoriações. Deveríamos fazer um registo mas não se faz”E5-R12

“Penso que não é diferente da descrição de lesões acidentais...seria importante fazer uma descrição mais pormenorizada mas é tudo descrito de forma geral.”E3-R11

Mas como nos refere Lynch, uma lesão, mesmo que pouco relevante clinicamente, pode ser de extrema importância para o utente, família, companhias de seguro, investigadores, advogados ou tribunal, e o momento para a correcta e precisa descrição das lesões é antes do seu aspecto ser alterado pelo tratamento, nomeadamente pela lavagem, desinfecção e sutura, ou pela passagem do tempo. Pois no momento de um possível julgamento provavelmente não haverá mais do que cicatrizes no corpo da vítima. Portanto os ferimentos devem ser descritos o quanto antes e numa sequência lógica, usando pontos de referência que não possam ser postos em causa em tribunal (Lynch, 2006).

Mas como vimos pelas declarações dos participantes tal precisão de registos não é tida em conta. E como refere a mesma autora citada, a melhor forma de os profissionais de saúde se protegerem a si próprios e protegerem os direitos dos pacientes é efectuar uma correcta documentação, pois, uma importante forma de preservar provas forenses em contexto hospitalar é através dos registos.

Uma documentação cuidadosa de como o utente foi encontrado, trazido á urgência e sua descrição do ocorrido podem conter informação fundamental para reconstruir as circunstâncias do incidente. A documentação deve ser precisa, completa e legível e usar terminologia adequada na descrição dos ferimentos. As falhas na documentação usualmente têm várias causas, desde falta de treino, excesso de trabalho, falta de recursos como a fotografia, falta de atenção e detalhe, mas a exactidão dos registos é fundamental para evitar incertezas sobre o ocorrido. Ao documentar lesões deve registar-se as medidas, distâncias em relação a pontos de referência, e usar terminologia adequada, porque por exemplo rotular uma ferida causada por uma faca de cozinha como uma laceração não é só incorrecto como também pode ter consequências na decisão do tribunal (Lynch, 2006).

Esta falta de atenção nos registos das lesões de vítimas de agressão/trauma, dever-se-á não só ao excesso de trabalho e aos referidos *Timing's* de triagem, mas sobretudo á falta

de treino e sensibilização para o tema. Falta essencialmente a consciencialização dos enfermeiros da importância que os registos podem ter como prova forense.

A documentação das lesões deve ser feita não só nos registos clínicos, mas também recorrendo a anagramas corporais e à fotografia, de forma a que essa descrição seja perceptível para todos (Silva, 2010).

CAPÍTULO IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

1- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objectivo principal **descrever as vivências dos enfermeiros do serviço de emergência da ULSM EPE, relativamente á manutenção de provas forenses**. Nesse sentido, efectuamos todo um percurso que nos permitisse atingir esse objectivo e dar resposta á questão de investigação.

No decorrer da pesquisa bibliográfica, realização das entrevistas e sua análise, foi-se tornando mais claro que os enfermeiros do SE embora reconheçam a importância e a sua posição privilegiada para a manutenção e até recolha de provas forenses, não se sentem preparados, não têm recursos materiais nem formação para tal. Consequentemente, quase nada é feito no sentido de promover uma correcta manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar.

Da análise das entrevistas realizadas, surgiram cinco unidades temáticas, que foram de encontro ao objectivo do estudo, dando assim resposta a questão central da investigação: **Quais as vivências dos enfermeiros do serviço de emergência da ULSM EPE., na manutenção de provas forenses?**

Na primeira unidade temática estudada: **Conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar**, as declarações dos participantes demonstraram que, embora todos já tenham ouvido falar do tema e alguns possuem inclusive alguma formação nessa área, mas de uma forma geral, os conhecimentos dos enfermeiros sobre essa matéria são vagos e não são aplicados nos seus procedimentos, no atendimento de pessoas envolvidas em actos de violência ou trauma que diariamente ocorrem ao SE.

A falta de formação nestas áreas é sentida e referida pelos participantes deste estudo, como sendo o principal motivo da carência de envolvimento dos enfermeiros em temas forenses.

Quanto á **percepção que os enfermeiros têm da sua actuação perante pessoas envolvidas em actos violentos ou trauma**, esta unidade temática conduziu-nos para vários procedimentos distintos. No que diz respeito à **exposição do corpo**, todos os participantes do estudo estão familiarizados com este procedimento, uma vez que faz

parte da avaliação primária de vítimas de trauma, no entanto na sua execução os enfermeiros não tem em conta a grande importância que as roupas das vítimas de trauma podem representar enquanto prova forense. As roupas são cortadas ou até rasgadas de forma aleatória com o único objectivo de expor o corpo da vítima para a correcta avaliação das lesões e prestação de cuidados, a sua importância como prova física não é tida em conta. Sem se preocuparem em preservar os locais das lesões como orifícios provocados por balas ou objectos cortantes, nem em armazenar a roupa de forma a não alterar o seu valor como prova física.

Embora alguns enfermeiros tenham consciência que a roupa, enquanto prova forense, não deve ser armazenada em saco plástico, estes são os únicos existentes na instituição para o efeito. Também no que diz respeito á forma como as roupas são retiradas, os participantes referem que cortam ou até rasgam a roupa de forma aleatória, embora reconheçam que cortar a roupa pelas costuras não seria mais moroso, apenas não se faz por falta de sensibilização para o tema.

Quanto á **realização do espólio**, para este procedimento existe um regulamento interno, onde estão definidos os procedimentos e responsabilidades da realização de espólios de valores e objectos. Os enfermeiros referiram agir de acordo com esse regulamento, embora não contemple excepções como no caso de objectos ou valores possam vir a ser entregues as autoridades.

No que diz respeito aos cuidados na **manipulação de objectos pertencentes ao utente**, não só da roupa como de todos os objectos e meio envolvente do paciente, os participantes referiram apenas as normas de protecção individual, fundamentais em qualquer prestação de auxílio, com vista à protecção do prestador de cuidados como o uso de luvas. Em situações pontuais referiram ter cuidados na não deterioração de eventuais provas, nomeadamente na manipulação de objectos específicos que o doente por vezes traz consigo, como o objecto causador das lesões, ou outros. Mas no entanto referiram não prestar qualquer atenção à **pesquisa de provas ocultas** como objectos ou vestígios menos visíveis que o utente pode trazer consigo, na sua roupa ou meio envolvente. Tal deve-se ao facto de embora acostumados a prestar assistência a vítimas de trauma e violência o tema de manutenção de provas forenses não faz parte do raciocínio dos enfermeiros no SE.

Mais uma vez tal parece dever-se ao facto de não estarem sensibilizados para a temática embora tenham noção da necessidade de agir de forma mais activa nesta matéria.

Infelizmente os cuidados de assistência hospitalar nem sempre são bem sucedidos e cumprem o seu objectivo primordial de preservar a vida da população e alguns pacientes que dão entrada no SE chegam já cadáveres ou acabam por não resistir aos ferimentos, acabando por falecer. Nesses casos tem lugar a tarefa menos gratificante para os profissionais de saúde, a **prestação de cuidados ao corpo após a morte**. Para este procedimento também a ULSM EPE. tem um protocolo de actuação que uniformiza os cuidados. É segundo as normas desse protocolo que os participantes do estudo referiram actuar. Mas, este protocolo define linhas gerais de actuação sem contemplar excepções como para os casos de causa de morte indeterminada. Ou seja, mesmo nos casos em que é pedida uma autópsia médico-legal para esclarecer a causa da morte, segundo o referido protocolo, o corpo é lavado, para retirar toda a sujidade da pele e desprovido de toda a roupa e pertences. Embora os enfermeiros demonstrassem ter consciência de que deveria haver excepções, tal não acontece, porque o único protocolo de actuação existente na instituição para este procedimento não contempla excepções.

Quanto á **percepção que os enfermeiros têm do seu papel na manutenção de provas forenses**, no decorrer da realização das entrevistas e na sua posterior análise constatou-se que os enfermeiros reconhecem que poderiam ter um papel importante na manutenção de provas forenses, uma vez que usualmente são os primeiros a entrar em contacto com o utente, ouvir as suas queixas, relatos do ocorrido, avaliar e tratar as lesões apresentadas. Verificou-se também que os enfermeiros estão receptivos a adequar alguns procedimentos de forma a terem uma participação activa nessa área desde que lhes seja dada formação e materiais adequados.

Mas não seria suficiente que os enfermeiros do SE preservassem e até recolhessem eventuais provas forenses, teria que ocorrer **articulação com outros grupos profissionais**, nomeadamente agentes da PSP, PJ, IML, e de momento essa articulação de informação ou colaboração entre profissionais de saúde e entidades policiais, resume-se quase que exclusivamente á recolha de sangue para quantificação de taxa de álcool. Procedimento esse, regulamentado pelo diário da república. Talvez se justificasse um protocolo institucional, à semelhança do que acontece em outros hospitais, para definir responsabilidades e actuações nos casos de análise e quantificação da taxa de álcool ou substâncias psicotrópicas. Pois os enfermeiros do SE da ULSM EPE. referem que embora seja da sua responsabilidade e um acto de enfermagem a colheita do sangue

para doseamento de álcool, os registos e preenchimento de formulários específico, previstos na lei, são efectuados pelo médico, usualmente nem fica registado no processo clínico do utente quem foi o enfermeiro que procedeu á colheita, o que pode um dia trazer problemas legais, porque quem procede á colheita de sangue para doseamento de taxa de álcool tem de atestar que a colheita foi efectuada correctamente, nomeadamente, sem usar solução alcoólica na desinfeção cutânea.

Os casos de suspeita de violação, são outro exemplo de situação com evidente implicação médico-legal, que recorrem ao SE não tão raramente como seria desejável, nestas situações os enfermeiros mostraram não estar muito informados sobre o procedimento uma vez que o atendimento destes utentes, usualmente mulheres, é efectuado no serviço de urgência de ginecologia\obstetrícia, que funciona em espaço físico e com equipa multidisciplinar distinta do Serviço de Emergência Geral.

Em outros casos como entregar roupa ou objectos do doente às entidades policiais, verificou-se que embora mais raramente acontecem e apesar de ser o enfermeiro a fazer essa entrega e até a detectar os objectos como armas, substância ilícitas, o preenchimento de documentos dessa entrega é efectuado pelo médico.

Um importante meio de documentação são os registos de enfermagem, também nesta área os enfermeiros do SE referiram não prestar grande valor ao peso enquanto material jurídico que os **registos das lesões** podem representar. Verifica-se que mesmo nos casos de lesões de vítimas de trauma e agressão os registos não tendem a ser mais rigorosos e pormenorizados, sem localizações específicas, sem unidades de medidas rigorosas e não se faz o registo fotográfico, que poderia ser uma mais valia para uma inequívoca documentação das lesões.

2- SUGESTÕES

Em diversos países a enfermagem aliada às ciências forenses e à medicina legal é uma realidade em ampla expansão. Assente em formação específica, normas e protocolos de actuação, em que os enfermeiros, nomeadamente os que exercem funções nos serviços de emergência, têm um papel activo na identificação, recolha e preservação de provas forenses.

Em Portugal pode considerar-se que se começa agora a dar os primeiros passos nesse sentido. A primeira pós-graduação em Enfermagem Forense teve início em 2009 e a Associação Portuguesa de Enfermagem Forense que foi constituída no início do mês de Agosto do corrente ano. Temos portanto um longo caminho pela frente.

Durante a realização deste estudo foram sendo identificadas algumas vertentes de actuação que nos parecem carecerem de ser melhoradas. Como tal elaboramos algumas sugestões para as práticas dos cuidados de enfermagem em particular no SE da ULSM EPE.:

► Formação dos enfermeiros relativamente a temas médico-legais e forenses. A falta de formação nestas áreas é sentida e referida pelos participantes deste estudo, como sendo o principal motivo da falta de envolvimento dos enfermeiros em temas forenses. Só com formação se podem desenvolver competências, e assim esperar uma correcta identificação, manutenção e recolha de provas forenses em ambiente hospitalar, em particular no Serviço de Emergência.

► Elaboração de protocolos institucionais de actuação, para situações específicas que envolvam áreas policiais, médico-legais e forenses. Nomeadamente:

→ Cuidados ao corpo após a morte em caso de morte não natural ou causa indeterminada, situações em que é solicitada uma autópsia médico-legal. Atendendo a que nestas situações os cadáveres devem ser mantidos o mais intactos possível. Ou seja, por exemplo, se a vítima já entrou cadáver no SE, não lhe devem ser retiradas as roupas para enviar o corpo para a morgue; se for uma vítima de arma de fogo, as mãos devem ser protegidas com saco de papel, e as lesões não devem ser lavadas ou desinfectadas.

→ Recolha e manipulação de roupa, ou outros objectos do doente, para exame forense;

→ Registo das lesões em casos de violência ou acidente, com autorização e formação para a recolha de registos fotográficos, utilização de diagramas e mapas corporais;

→ Protocolos para a colheita de espécimes para análise, nos casos de doseamento de taxa de alcoolemia ou influência de substâncias psicotrópicas.

► Existência de material adequado para uma correcta recolha e armazenamento de provas forenses em meio hospitalar, nomeadamente sacos de papel para a recolha de provas.

Com este trabalho esperamos poder ter contribuído, embora humildemente, para proporcionar uma base de reflexão, aos enfermeiros em geral e aos enfermeiros do Serviço de Emergência da ULSM EPE. em particular, sobre as suas práticas, em especial na abordagem de utentes envolvidos em actos violentos ou acidentes. Salientando a sua posição privilegiada na assistência a estes utentes, que lhes permite a possibilidade de terem um papel primordial na identificação e manutenção de potenciais provas forenses.

BIBLIOGRAFIA

- ☛ Bardin, Laurence. (2009). - *Análise de conteúdo*.Edições 70,LDA.Lisboa.
- ☛ Braz, José.(2010). - *Investigação criminal. A organização, o método e a prova. Os desafios de nova criminalidade* Almedina, Coimbra.
- ☛ Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE. (2010). - *Avaliação de condução sob influência de álcool ou substâncias psicotrópica*. Abrantes. Protocolo nº59 de 15 de Março de 2010.
- ☛ Flink, Uwe. (2005). - *Métodos qualitativos na investigação científica*. Monitor, Lisboa.
- ☛ Fortin, Marie-Fabien. (1999). - *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência. Loures.
- ☛ Fortin, Marie-Fabien; et al. (2009). - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. Loures.
- ☛ Jonhson, David. (1997). - *Forensic evidence preservation- the emergency nurses'role*. Retrieved 27/06/20011, from <http://www.sciencedirect.com/>
- ☛ Koehler, Steven A. (2009). - Firearm evidences and the roles of the ER nurse en forensic nurse. *Journal of forensic nursing*, vol.5,pp 46-48
- ☛ Lynch, Virginia. (2006). - *Forensic nursing*. St Louis: Elsevier Mosby.
- ☛ McGillivray, Bree, R.N. (2005). - *The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidences: a review of the literature*. Retrieved : 27/ 06/ 2011, from <http://www.elsevierhealth.com/journals/aaen>.
- ☛ Oliveira, Luís Adriano. (2011). - *Dissertação e tese em ciência e tecnologia- segundo Bolonha*. Lisboa:LIDEL
- ☛ Pinheiro, Maria de Fátima Terra (org.). (2008). - *CSI Criminal*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- ☛ Portaria nº902-B de 13 de Agosto de 2007.(2007).

- ☛ Porto Editora. - *Dicionários da língua portuguesa*. Recuperado em 21 de Agosto de 2011, de <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>
- ☛ Priberam. (2007). - *Código do processo penal*. Recuperado em 27 de Julho de 2011, de <http://www.legix.pt/docs/PPP.pdf>
- ☛ Quivy, Raymond e Campenhoudt, Lucvan. (2003). - *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª ed. Lisboa : Gradiva.
- ☛ Rodrigues, José Alves. (2008). - *Código civil e constituição da república Portuguesa*. Rei dos livros, Lisboa. Recuperado em 27 de Julho de 2011, de http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_47344_66_COD_CIVIL_IN_DICE.htm
- ☛ Roland, Paul. (2008). - *Cenas do crime*. Lisboa: Dom Quixote.
- ☛ Santos, F Henrique. (1998). - *Obtenção e interpretação da evidência científica*. Recuperado em 26 de Julho de 2011, de <http://ew6nnv.esoterica.pt/forenses/eviden~1.htm>
- ☛ Sheehy, Susana. (2001). *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática*. 4ª ed. Loures : Lusociência.
- ☛ Silva, C. J.D.C. (2010). - *Os enfermeiros e a preservação de vestígios perante vítimas de agressão sexual, no serviço de urgência*. Tese de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto .
- ☛ Silva, Lúcia S.B.V. (2010). - *Lesões Por Arma Branca: Relevância Médico-Legal*. Tese de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto .
- ☛ Simões, Sónia. (2010). - *Enfermeiros preparados para o crime*. Recuperado em 26 de Julho de 2011, de http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1483093.
- ☛ Steubert, Helen j. e Carpender, Dona R. (2002). - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Camarate : Lusociência.
- ☛ TNCC. (2007). - *Trauma Nursing Core Course- Provider Manual*. Sixth Edition. s.l. : ENA.

- ☛ Verbo Jurídico. (2011). - G:\IN VERBIS - Criminalidade violenta volta a subir em 2010. Recuperado em 21 de Agosto de 2011, de <http://www.inverbis.net/opc/>.
- ☛ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. (2011). - *Regulamento de Espólio de Doentes*. Regulamento nº45.2 de 12 de Julho de 2011. Matosinhos.
- ☛ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. (2009). - *Cuidados com o corpo apos a morte*. Procedimento/instrução nº11/1 de 17 de Fevereiro de 2009; Matosinhos.
- ☛ Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. (2008). - *Regulamento do Serviço de Emergência*. Regulamento nº1373, de 10 de Julho de 2008, Matosinhos.

ANEXOS

ANEXO I – Guião das entrevistas

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração da ULSM EPE. para a recolha de dados

ANEXO III – Consentimento informado

ANEXO IV – Transcrição de uma entrevista

ANEXO V – Matriz das entrevistas

ANEXO VI - Portaria nº 902-B/2007

ANEXO VII - Perícias Médico-Legais em caso de suspeita de crime sexual

ANEXO I – Guião das entrevistas

Guião da entrevista

Tema: "Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência"

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estruturada

Participantes: Enfermeiros do Serviço de Emergência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Objectivo geral:

- Descrever e interpretar as vivências dos enfermeiros relativamente á manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar.

Objectivos específicos:

-identificar o comportamento dos enfermeiros relativamente a manutenção de provas forenses;

-Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros a manutenção de provas forenses;

-Identificar a articulação existente com outros grupos profissionais na recolha e manutenção de provas forenses.

INTRODUÇÃO

-Apresentação da entrevistadora ao entrevistado.

-Explicação sumária do trabalho e seus objectivos.

-Verificar interesse e disponibilidade do entrevistado para a colaboração no estudo.

-Explicação da estrutura e objectivos da entrevista.

-Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista.

GUIÃO DA ENTREVISTA**ENTREVISTA Nº** _____

Data ____/____/____

Género _____

Idade _____

Tempo de exercício profissional _____

Categoria _____

Tempo de exercício no serviço de emergência _____

1-Que conhecimentos tem sobre a manutenção de provas?

2-Já teve alguma situação em que lhe foram pedidos objectos do doente para constituírem prova judicial?

3-Quando dá entrada no serviço uma vítima de trauma como se procede á exposição do corpo da vítima, como se retira a roupa, onde se coloca e quem é entregue?

4-Quando o doente traz consigo o objecto causador das lesões (arma de fogo, faca ou outros) a quem é entregue e que cuidados tem na sua manipulação?

5-É dada alguma atenção a possibilidade de o doente trazer consigo outro tipo de vestígios que possam ser considerados provas?

6-Quando dá entrada uma vítima de violência que acaba por falecer, qual é o encaminhamento dado ao corpo e pertences?

7-Na sua opinião os enfermeiros podem ter algum papel na recolha e manutenção de possíveis provas periciais\forense?

8-Como considera a postura dos enfermeiros face a manutenção de provas?

9-Já teve situações em que lhe foi solicitada a colaboração na recolha de vestígios para análise forense ou policial? Por quem? Como se processou?

10-Quando os pertences do utente são entregues as entidades policiais, quem faz essa entrega e sob que formalidades?

11-Existe mais algum aspecto que queira acrescentar?

ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração da ULSM EPE: para a recolha de dados

14 JUN 2010

Exmo. Senhor,
Presidente Do Conselho De Administração
Da Unidade Local De Saúde De Matosinhos,
Epe

A. Gonçalves
de e'ho
17/06/10

Susana Isabel Fernandes Gonçalves, enfermeira no Serviço De Urgência, da Unidade Local De Saúde de Matosinhos, com o número mecanográfico 3235, a frequentar o mestrado de Medicina Legal, no ICBAS do Porto, sob orientação do Professor Doutor José Reis dos Santos Rêxo, pretende implementar o projecto de investigação subordinado ao tema "Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas no serviço de urgência".



Os dados que pretende recolher junto dos enfermeiros do serviço de urgência, através de uma entrevista semi-estruturada, destinam-se a descrever e interpretar as vivências dos enfermeiros na manutenção de provas em ambiente hospitalar.

No sentido de não colidir com as horas disponíveis para os cuidados aos doentes, assume-se o compromisso de realizar as entrevistas em horário pessoal dos enfermeiros.

O requerente realça a pertinência do estudo para os enfermeiros e para o próprio serviço, dado que o conhecimento que advém da descrição e interpretação das experiências pessoais dos enfermeiros na manutenção de provas poderá contribuir para a melhoria de qualidade dos cuidados.

Face ao anteriormente exposto, vem por este meio solicitar a Vossa Ex.ª a autorização para a recolha e posterior tratamento de dados, a fim de serem utilizados na referida investigação, comprometendo-se a não perturbar o normal funcionamento do serviço.

Agradecendo desde já a atenção dispensada e estando disponível para qualquer esclarecimento,

Pede deferimento,

Matosinhos, 2010-06-02

O requerente:

Susana Gonçalves
(Susana Isabel Fernandes Gonçalves)

AC/ do S.º E.º Clufe
aos S.ºs. Enfermeiros
para informar auto
pedido e dar parecer
sobre a realização deste estudo.
ANÉLIA TOMÁS
Diretora de Enfermagem
ULS de Matosinhos

O estudo enquadra-se dentro
da actividade do SU e
é pertinente pelo contributo
que pode dar ao desempenho
dos enfermeiros face à
manutenção de provas.

LUIZA DUNHA
Enf.ª Chefe
N.º Matr. 1080
2010.06.09

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 79 / CE / SR Data: 13-07-2010
--------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------

Para: Presidente Conselho de Administração
De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

CA 20/7/10
AutORIZAÇÃO

reprimente

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM, EPE
Dr. TORCATO SANTOS
Presidente

Dr. VICTOR FERREIRO
Vogal Executivo

Dr.ª ROSÁRIO CAPUCHO
Directora Clínica

Dr.ª LUCIANA MONTEIRO
Vogal Executiva

Ent.ª M. ROSÁRIDA FILIPE
Enfermeira Directora

PARECER

ULSM 15/07/10 24384 ENT

ANEXO III – Consentimento informado

Consentimento informado

Susana Isabel Fernandes Gonçalves, enfermeira na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE., no serviço de emergência, a frequentar o Mestrado em Medicina Legal, do Instituto de Ciências e Biomédicas Abel Salazar do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação com o tema: "Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência". Nesse sentido solicita a sua colaboração para participar nesta entrevista, salientando desde já a importância do seu contributo para a realização deste estudo.

Eu, _____, declaro que aceito participar neste trabalho de investigação, seguindo as orientações dos responsáveis do estudo, sendo que a qualquer momento posso desistir do mesmo se essa for a minha vontade.

-A informação que forneço destina-se apenas á realização deste estudo;

-Os dados serão recolhidos através de entrevista gravada para a qual autorizo a utilização de gravador;

-Após a entrevista terei o direito a ouvir as informações podendo rectificar alguma declaração;

-A decisão de participação neste estudo é voluntaria, ficando deste modo salvaguardado o meu direito a recusa, tanto neste momento como em qualquer outro ao longo do processo de investigação;

-A minha privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo;

-Em caso de dúvida ou necessidade de informação adicional poderei contactar a atora do trabalho cuja identificação e contacto me foi fornecido.

Matosinhos, ____ \ \ \

(participante do estudo)

(investigadora)

ANEXO IV – Transcrição de uma entrevista

ENTREVISTA Nº 5

Data: **26\10\2010**

Género: **Masculino**

Idade: **28 anos**

Tempo de exercício profissional: **7 anos**

Categoria: **Enfº graduado**

Tempo de exercício no serviço de urgência: **7 anos**

Q1- Que conhecimento tem sobre o que é a manutenção de provas, e o que são provas?

R1- Tenho alguns conhecimentos, que adquiri num curso de trauma americano-TNCC, do qual de momento sou formador, mas são conhecimentos teóricos que não são bem reflectidos na prática neste serviço, como guardar objectos, cuidados a ter com o corpo, sacos próprios para vestígios.

Q2- Já teve alguma situação em que lhe foram pedidos objectos pertencentes ao doente para constituírem prova judicial?

R2- Directamente a mim não, mas lembro-me de uma situação de agressão com arma branca que foi a polícia que já vinha a acompanhar o doente que a recolheu.

Q3- Quando dá entrada no serviço uma vítima de trauma ou acidente como se procede á exposição do corpo da vítima, como se retira a roupa, onde se coloca e quem é entregue?

R3- O que se faz no SU, e que não é correcto, a roupa é cortar ou rasgar a roupa com a única preocupação de expor a vítima, sem atenção a locais de possíveis feridas ou traumatismos, são armazenadas em sacos de plástico e entregues á primeira pessoa que diz ser acompanhante do doente, sem lhe ser pedida qualquer identificação, passa pela mão de inúmeros profissionais, Enfermeiros, auxiliares e as vezes até administrativos. Não há qualquer regra de preservação de provas, só é valorizado o atendimento á vítima.

Q4- Na sua opinião, se se tiver em atenção a preservação de provas e cortar a roupa pelas costuras ou o mais afastado do local das lesões, de eventuais portas de entrada de objectos perfurantes ou projecteis, irá de algum modo retardar o auxílio a vítima?

R4- Não, de todo. Eu penso que não se faz apenas por desconhecimento por parte dos profissionais, porque o tempo gasto para cortar pelas costuras é o mesmo que para cortar de uma forma aleatória, assim como os sacos, guardar em saco de papel em vez de sacos de plástico gastava o mesmo tempo. As pessoas não têm conhecimento, não é má vontade.

Q5- Quando as roupas são entregues ao acompanhante é feito algum registo, fica de alguma forma documentado o que é entregue e a quem?

R5- Não.

Q6- Quando o doente traz consigo o objecto causador das lesões (arma de fogo, faca ou outros) a quem é entregue e que cuidados têm na sua manipulação?

R6- Será entregue á autoridade mas sem grandes cuidados, há uma certa promiscuidade, poderá ser manipulado sem grande cuidado por varias pessoas, o único cuidado será o uso de luvas, mais para protecção pessoal. Em contexto de SE ninguém manipula nada sem luvas, principalmente em situação de trauma, mas mesmo o agente da PSP que esta cá no hospital não tem grande formação nessa área.

Q7- É dada alguma atenção a possibilidade de o doente trazer consigo outro tipo de vestígios que possam ser considerados provas? Por exemplo em caso de atropelamento com fuga, em que o utente pode trazer com ele vestígios que possam ajudar na identificação da viatura.

R7- Não, mesmo a nível de mãos que são os locais mais propícios a conter vestígios não há cuidado em as isolar ou proteger em sacos próprios ou invólucros.

Q8- Quando dá entrada uma vítima de violência que acaba por falecer e sabe-se que vai ser encaminhado para autópsia médico-legal, qual é o encaminhamento e cuidados prestados ao corpo e pertences?

R8- Ocorre como em qualquer outro caso, a roupa e pertences são retirados e efectuado espolio, o corpo é preparado para ir para a morgue. A vítima é totalmente despida, são colocadas compressas nos locais que possam por ventura sangrar ou ser porta de saída de qualquer fluido corporal, depois de encaminhado para a morgue não conheço os procedimentos posteriores. Será pedida uma autópsia ML mas é critério médico. Mas mesmo que já se saiba que vai ser encaminhada para autopsia ML os procedimentos são os mesmos.

Q9- Na sua opinião os enfermeiros podem ter algum papel na recolha e manutenção de possíveis provas periciais/forense? Algo que se poderia fazer nesse sentido mas que não se faz?

R9- Sim são parte fundamental nessa preservação porque são os profissionais que mais mexem com corpo da vítima, somos nós que normalmente recebe-mos, despimos, manuseamos com o doente, tocamos, mechemos, palpamos, percutimos portanto é óbvio que esses cuidados passariam principalmente por nós.

Q10- Como considera a postura dos enfermeiros face à manutenção de provas?

R10- Da minha experiencia como formador acho que os enfermeiros estão mais abertos agora, os meios de comunicação, as séries que por muita ficção passa sempre alguma informação.

Em termos práticos só falta começar a por em prática, sair a norma, as pessoas já estão muito mais despertos para essa mudança.

Q11- Já teve situações em que lhe foi solicitada a colaboração na recolha de vestígios para análise forense ou policial? Por quem? Como se processou?

R11- Não em casos concretos, só casos de suspeita de violação em que num caso já vinha acompanhada pela PJ e são encaminhados para a Ginecologia\Obstetrícia, mas seguimento do caso foi todo na urgência de ginecologia. Mas há a questão do controle de alcoolemia, mas a nossa parte é só a técnica da colheita.

Q12- Nas situações mais comuns, que serão as agressões leves, sem risco de vida para a vítima, é feito algum registo mais pormenorizado do aspecto, localização das lesões?

R12- A nível de registos de enfermagem não há nada de específico, o registo só é feito um registo pouco especifica, seria importante mas mesmo os registos médicos são muito vagos. Muitas vezes os doentes nem passam por nós, que muitas vezes nem precisam de tratamento, são só escoriações. Deveríamos fazer um registo mas não se faz.

Q13- Há mais algum aspecto que queira acrescentar sobre este tema, alguma sugestão?

R13- Mais *nada* a acrescentar.

ANEXO V – Matriz das entrevistas

MATRIZ DE ANALISE

UNIDADE TEMATICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Conhecimentos dos enfermeiros sobre a manutenção de provas forenses em ambiente hospitalar	Tem alguns conhecimentos	<p><i>“Algo que o doente traz (...) evidências físicas que o doente pode trazer consigo, a própria roupa, objectos ou marcas que tenha no corpo que possam identificar a origem da lesão (...).” E1 R1</i></p> <p><i>“(...) tentar não violar a prova, não estragar as características do objecto, mantê-lo o mais íntegro possível até a chegada das autoridades competentes para a sua recolha.” E4 R1</i></p> <p><i>“Tenho alguns conhecimentos, que adquiri num curso de trauma americano-TNCC, do qual de momento sou formador, mas são conhecimentos teóricos que não são bem reflectidos na prática neste serviço, como guardar objectos, cuidados a ter com o corpo, sacos próprios para vestígios.” E5R1</i></p> <p><i>“Já ouvi falar, mas foi no curso de TNCC (...) muitas vezes não se aplica no nosso dia a dia. Por exemplo na recolha de provas e protecção das mãos devem ser usados sacos de papel, mas aqui não se aplica.” E9-R1</i></p>

	<p>Já ouviram falar/têm ideias vagas</p>	<p><i>“Já ouvi falar em provas, (...) nomeadamente em vítimas de trauma ou agressão ou acidente em que os objectos que trazem com eles podem vir a constituir prova numa posterior investigação, seja para reconstruir o processo que provocou o acidente ou apurar os culpados.” E3R1</i></p> <p><i>“...há algumas situações de utentes que chegam a urgência que (...) por informação da história da vinda a urgência pode haver situação de agressão ou crime, e nesses casos há provas que devem ser mantidas, nomeadamente utentes baleados, esfaqueados. Tenta-se manter, preservar as provas, ou comunicar de imediato, fazer um registo da ocorrência e do tipo de lesão que traz, para poder ficar registado.” E7R1</i></p>
<p>Percepção da actuação dos enfermeiros perante vítimas de trauma ou violência na manutenção de provas forenses</p>	<p>Exposição do corpo</p>	<p><i>“Normalmente as roupas, se é um caso de emergência, são cortadas e colocadas em sacos plásticos para roupa hospitalar (...)” E1-R3</i></p> <p><i>“ (...) corta-se de forma aleatória para expor o corpo o mais brevemente possível, quanto ao local de entrada de balas, (...)nunca tive nenhum caso mas (...)se algum dia me acontecer poderei ter algum cuidado com isso”E1-R4</i></p> <p><i>“Só há cuidado em retirar a roupa com luvas, não há outros cuidados, a forma de tirar a roupa depende da situação, se for um poli traumatizado a roupa é cortada da forma a ser mais rápida a exposição do corpo para avaliar as eventuais lesões. Algumas vezes a roupa até já vem parcialmente cortada pelo INEM ou pelos bombeiros que trazem a vítima, que já fizeram alguma exposição do corpo. Depois a roupa é colocada nos sacos de plástico, que são os únicos que existem para colocar roupa no hospital”E2-R3</i></p>

	<p><i>“(…)depende da situação, numa situação grave, com o objectivo de prestar auxílio a vítima, não há cuidados com a manutenção de provas, a roupa é cortada.</i></p> <p><i>Em situações menos graves, sem risco de vida para o doente, pode ter-se mais calma e aguardar pelas autoridades para recolherem os dados que acharem importantes.</i></p> <p><i>Em situação normal a roupa é cortada e colocada em saco de roupa hospitalar, de plástico.” E3-R3</i></p> <p><i>“Todos os elementos que abordam a vítima têm luvas calçadas, cortam a roupa e depois o auxiliar coloca a roupa num saco plástico. As roupas são cortadas de forma aleatória com o único objectivo de expor a vítima o mais rapidamente possível, para avaliar a existência de lesões.”E4-R3</i></p> <p><i>“O que se faz no SU, e que não é correcto, é cortar ou rasgar a roupa com a única preocupação de expor a vítima, sem atenção a locais de possíveis feridas ou traumatismos, são armazenadas em sacos de plástico (...) Não há qualquer regra de preservação de provas, só é valorizado o atendimento a vítima...”E5-R3</i></p> <p><i>“Em situações de emergência as roupas são cortadas ou rasgadas e colocadas em saco de plástico, (...) São cortadas da forma a ser o mais rápido possível” E6-R3</i></p> <p><i>“Não há norma concreta...não há um cuidado especial ao retirar a roupa no sentido de preservar possíveis provas. O objectivo primordial é verificar a situação do utente. (...) Em situação normal retira-se a roupa dependendo da possibilidade que a pessoa tem de se poder mobilizar ou não, quando não se pode mobilizar a roupa é cortada e colocada em sacos de plástico próprio para a roupa,(...)”E7-R3</i></p> <p><i>“O nosso objectivo primordial é prestar cuidados ao doente, se for necessário a roupa é cortada ou rasgada e colocada em saco de plástico,(...)”E8-R3</i></p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Por norma são cortadas com tesoura e colocadas em saco de plástico (...)”E9-R3</i></p> <p><i>“... inicialmente, tem de se cortar a roupa, depois colocada em sacos de plástico (...)”E10-R3</i></p>
	Realização do espólio	<p><i>“(...) são entregues a familiares se existirem no serviço ou se não houver acompanhante é efectuado espólio.” E1-R3</i></p> <p><i>“(...) roupa é entregue ao familiar ou acompanhante ou fica junto do doente.” E2-R3</i></p> <p><i>“(...) só há registo se chegar a ser efectuado espólio de roupa ou valores, quando é entregue no momento, é escrito em notas de enfermagem que foram entregues pertences a familiar/accompanhante que não é identificado nem se faz descrição dos objectos entregues.”E2-R4</i></p> <p><i>“Quando a roupa é entregue a familiares ou acompanhantes de uma forma geral regista-se apenas em notas de enfermagem, mas não é dada muita atenção, na ausência de familiares é efectuado espólio que só pode ser reclamado mediante identificação.” E3-R4</i></p> <p><i>“Quando somos nós a entregar a roupa não se faz qualquer registo identificativo do familiar, que pode até só ser acompanhante” E4-R5</i></p> <p><i>“(...) Quando entregamos a roupa ao familiar\acompanhante não é efectuado nenhum registo, o familiar só é identificado se for efectuado espólio administrativo.” E4-R8</i></p>

		<p><i>“(...)são armazenadas em sacos de plástico e entregues à primeira pessoa que diz ser acompanhante do doente, sem lhe ser pedida qualquer identificação, passa pela mão de inúmeros profissionais, enfermeiros, auxiliares e as vezes até administrativos. Não há qualquer regra de preservação de provas (...)” E5-R3</i></p> <p><i>“(...) são entregues a familiares, se houver ou ficam com o doente. Se for entregue a familiar não fica nada registado.” E6-R3</i></p> <p><i>“(...)as roupas são retiradas colocadas num saco, efectuado espólio que é guardado pelos auxiliares (...).”E6-R8</i></p> <p><i>“(...)a roupa é cortada e colocada em sacos de plástico(...) que acompanha o doente no seu percurso dentro do serviço, se tiver acompanhantes, familiares directos, é-lhes entregue ou efectuado espólio.”E7-R3</i></p> <p><i>“Se a família estiver presente a roupa é-lhe entregue, se não houver família é efectuado espólio de roupa-auxiliares e valores-enfermeiro”E7-R9</i></p> <p><i>“(...)a roupa é (...)colocada em saco de plástico, e se estiver alguém a acompanhar o doente é-lhe entregue.”E8-R3</i></p> <p><i>“(o acompanhante a quem é entregue a roupa)é identificado verbalmente.” E8-R4</i></p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Se o doente não esta em condições de ficar com os seus pertences é efectuado espolio de tudo o que ele tem, nos bolsos e assim, mas com o objectivo de guardar os pertences.”E8-R6</i></p> <p><i>“(…) relativamente aos pertences, se estivermos acompanhado pelas forças policiais penso que serão requisitados por eles.” E8-R7</i></p> <p><i>“(…)é identificado mas não fica nenhum registo, a não ser que seja feito espolio administrativo.”E9-R4</i></p> <p><i>“(…)a roupa vai para o espolio efectuado pelo auxiliar e os valores vão para o cofre efectuado espolio por nós e administrativos.” E9-R8</i></p> <p><i>“(…) é entregue a quem a solicitar, talvez a s entidades policiais ou é efectuado espolio.”E10-R3</i></p> <p><i>“(…)já tive uma situação em que entregamos uma arma branca ao PSP que estava de serviço no SU. Mas eu não preenchi nenhum formulário, penso que o médico preencheu, mas fui eu que encontrei a arma branca, chamei o polícia mas quem tratou da parte burocrática foi a médica que estava com o doente.”E10-R5</i></p> <p><i>“(…)A roupa e pertences são entregues a familiares ou efectuado espolio.” E10-R7</i></p>
	Manipulação de objectos	<p><i>“Nunca tive contacto com nenhuma situação desse género.” E1-R5</i></p> <p><i>“Já tive uma situação em que o doente que faleceu e trazia uma arma de fogo no bolso, (…) foi chamado o agente da PSP e foi-lhe entregue. (…) eu nem peguei na arma, também não sei manusear e para não conspirar nem peguei , chamei o PSP e ele é que recolheu a arma. Sei que depois vieram pessoas da PJ</i></p>

	<p><i>fazer averiguações, quanto aos registos penso que o polícia a quem eu prestei declarações fez uma nota de ocorrência.” E2-R5</i></p> <p><i>“Nunca tive nenhum caso, mas caso me ocorra penso que deve ser entregue ao agente da PSP, e deve preferencialmente não se mexer no objecto, mas se for necessário devem usar-se luvas e manipular o mínimo possível, a fim de não contaminar ou apagar eventuais vestígios, marcas digitais, sangue ou outros.” E3-R5</i></p> <p><i>“Nunca tive nenhum caso, mas penso que (...) o objecto deve ser entregue ás autoridades, e a sua manipulação deve ser com luvas, colocado em involucro esterilizado, saco plástico (...)se calhar quando se entrega esses objectos eles (polícia) têm algum formulário que nós temos que assinar mas não sei nunca tive nenhuma situação.”E4-R6</i></p> <p><i>“Será entregue a autoridade mas sem grandes cuidados, há uma certa promiscuidade, poderá ser manipulado sem grande cuidado por varias pessoas, o único cuidado será o uso de luvas, mais para protecção pessoal, em contexto de Sala de Emergência ninguém manipula nada sem luvas, principalmente em situação de trauma, mas mesmo o agente da PSP que esta cá no hospital não tem grande formação nessa área.”E5-R6</i></p> <p><i>“:... cuidados específicos não há, usam-se luvas para não tocar directamente nesses objectos, por rotina e como forma de protecção pessoal, não com a intenção de preservar provas. São colocados em saco próprio (saco plástico, transparente usado também por exemplo para envias as colheitas de sangue para o laboratório- não há nenhum tipo de involucro destinado a esta situação) depois serão entregues directamente ao PSP que se encontra no serviço.”E7-R6</i></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Nós como abordamos o doente sempre com luvas, esses objectos também serão manipulados com luvas, e é informado o agente da PSP do serviço. Mas nunca tive nenhum caso.”E8-R5</i></p> <p><i>“Não tive nenhuma situação, mas deveria ser manipulado com luvas, talvez colocado em envelope de papel em vez de saco plástico (aprendi no TNCC) e entregue ao agente da PSP até chegar, talvez a PJ.”E9-R6</i></p> <p><i>“Nós na SE abordamos sempre os doentes com luvas, para protecção pessoal, esse objecto seria colocado em saco de plástico e entregue ao agente da PSP(...).”E10-R5</i></p>
	<p>Procura de vestígios ocultos</p>	<p><i>“Nunca tive nenhum caso desse género mas não é dada importância a essa possibilidade.”E1-R7</i></p> <p><i>“Não se faz, mas agora que me fazes essa pergunta, os doentes vêm muitas vezes com vestígios, nomeadamente vidros, que são os mais visíveis, no lençol da maca dos bombeiros, mas esse lençol é por norma descartável e vai para o lixo, não é guardado, quer seja uma vítima de doença quer seja de acidente” E2-R6</i></p> <p><i>“Deveria ser dada atenção, mas na realidade tal não acontece, e muitas vezes quando o doente chega a nós já foi transferido da maca dos bombeiros para a maca hospitalar e se existir esse tipo de provas as pessoas não estão muito alerta para as manter.” E3-R6</i></p> <p><i>“Não, não é dada nenhuma atenção a essa possibilidade.”E4-R7</i></p>

		<p><i>“Não mesmo a nível de mãos que são os locais mais propícios a conter vestígios não há cuidado em as isolar ou proteger em sacos próprios ou invólucros.” E5-R7</i></p> <p><i>“Não há qualquer cuidado com esse tema. O doente é transferido da maca dos bombeiros para a maca do hospital e não se tem nenhum cuidado.” E6-R7</i></p> <p><i>“(..).não há um cuidado especial ao retirar a roupa no sentido de preservar possíveis provas.(..) Quando há suspeita de agressão ou actividade fora do normal, ao retirar a roupa pesquisar nos bolsos se há algum objecto ou valor, já houve situações em que foi encontrada droga, nessas situações é feito espólio de valores e essas substâncias são entregues ao agente da PSP” E7-R3</i></p> <p><i>“Não. Tivemos alguns atropelamentos na semana passada mas não é dada nenhuma relevância a esse tipo de situação.”E9-R7</i></p> <p><i>“Deveria ser dada importância a esses objectos, vidros, resíduos, mas não é dada.” E10-R6</i></p>
	Cuidados ao corpo pós morte	<p><i>“Neste tipo de casos penso que se deveria manter o corpo o mais intacto possível, mas normalmente faz-se o procedimento normal que se faz para qualquer óbito, em que os cuidados prestados ao corpo pós morte seguem um protocolo, para o qual não estão contempladas excepções, é retirada a roupa e objectos (anéis, pulseira...). Embora nestes casos penso que se deveria manter o corpo o mais inalterado possível, mas não é assim que se procede porque o que esta preconizado é o procedimento normal nos cuidados pós morte.” E1-R8</i></p>

	<p><i>“(…)Quanto ao corpo vai para a casa mortuária teoricamente talvez devesse ir vestido, mas o que nós fazemos é como todos os outros, vai nu, são-lhe retirados todos os pertences e toda a roupa. Nesse caso penso que a roupa deverá ser entregue a PJ, acondicionada em saco plástico.” E2-R7</i></p> <p><i>“ Gostaria de dizer que não é manipulado até chegar a polícia, mas infelizmente tal não é verdade. O procedimento habitual é, como qualquer corpo, fazer chegar o corpo á casa mortuária tal como todos os outros corpos do hospital, sem roupa pessoal e sem objectos pessoais, a roupa que é retirada é acondicionada em sacos de plástico, será contactado o agente da PSP que decide se fica com a roupa para vir a constituir prova ou se é entregue se não há família é efectuado espolio.”E3-R7</i></p> <p><i>“São os mesmo que para uma vítima de, morte natural (...) São retirados todos os pertences e roupas que são entregues a familiares ou feito espolio, e é efectuada a múmia de forma normal.” E4-R8</i></p> <p><i>“Ocorre como em qualquer outro caso, a roupa e pertences são retirados e efectuado espolio, o corpo é preparado para ir para a morgue. A vítima é totalmente despida, são colocadas compressas nos locais que possam por ventura sangrar ou ser porta de saída de qualquer fluido corporal, depois de encaminhado para a morgue não conheço os procedimentos posteriores. Será pedida uma autópsia ML mas é critério médico. Mas mesmo que já se saiba que vai ser encaminhada para autopsia ML os procedimentos são os mesmos.”E5-R8</i></p> <p><i>“É o procedimento habitual que para qualquer outro doente, as roupar são retiradas colocadas num saco, efectuado espólio que é guardado pelos auxiliares, é feita a múmia e encaminhada para a casa mortuária.”E6-R8</i></p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“...são prestados os cuidados normais como a qualquer vítima que falece no serviço de urgência: manter o corpo o mais limpo possível com fralda de protecção, por eventual descontrolo de esfíncteres, é colocada uma ligadura nas mãos e pés, fechar a boca e olhos, identificar o corpo com vinhetas de identificação, pulseira e envolver o corpo em lençol limpo, se o lençol da maca estiver sujo de sangue ou outro fluido é trocado por um lençol limpo.”E7-R8</i></p> <p><i>“Quando um corpo é encaminhado para a casa mortuária vai sempre só com fralda.” E7-R9</i></p> <p><i>“Pelos conhecimentos que eu tenho, os cuidados ao corpo são os mesmos que para qualquer outro doente. (...)O corpo segue para a casa mortuária sem qualquer tipo de roupa ou pertences.” E8-R7</i></p> <p><i>“...o corpo segue o circuito normal, é encaminhado para a casa mortuária,... após os cuidados normais ao corpo pós morte, “fazer a múmia” retirada roupa e objectos, envolvido em lençol (...)”E9-R8</i></p> <p><i>“Todos os corpos são tratados de igual forma, segundo norma institucional, tem de ser identificados com vinhetas, tapar orifícios naturais, posição dorsal, cruzar as mãos sobre o tórax... o corpo vai só com fralda de protecção e é envolvido em um lençol. (...)” E10-R7</i></p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Percepção dos enfermeiros face a importância do seu papel na manutenção de provas</p>	<p>Importância dos enfermeiros na manutenção de provas</p>	<p><i>“Penso que sim, embora não sejamos um hospital de primeira linha para grandes traumatizados, mas nos casos de agressões e nos casos excepcionais que vêm a nossa urgência, poderia melhorar-se o registo das lesões, com descrição mais pormenorizada das dimensões, aspecto, local...”E1-R9</i></p> <p><i>“Há sempre coisas a melhorar, embora como já referi não somos um hospital central, mas os casos esporádicos que vão acontecendo mesmo sem haver protocolos de actuação, como guardar as provas... poderíamos tomar mais atenção a alguns aspectos que poderíamos melhorar por exemplo ter em atenção ao cortar a roupa e não cortar pelo local dos ferimentos, também poderíamos melhorar o registos das lesões, das vítimas de agressão.”E1-R12</i></p> <p><i>“Penso que sim, talvez no contexto de risco de vida/sala de emergência é mais complicado, mas penso que se formos desportos para isso, se for dada formação há algo mais que podíamos fazer, por exemplo na forma de retirar a roupa... para nós é indiferente cortar de uma forma ou outra, nós vamos ter de expor a vítima e vamos...se calhar tem mais vantagem fazer as coisas de forma correcta.” E2-R9</i></p> <p><i>“Deveria haver mais formação, esclarecimento porque há muitas situações que nos passam pelas mãos e nós nem sabemos muito bem como actuar, por exemplo nos casos de suspeita de violação, qual o encaminhamento a dar, nós enviamos para a ginecologia, mas surgem sempre duvidas e não se sabe bem qual o procedimento, deveria haver mais esclarecimento, também dos casos em que poderíamos ser nós a participar as autoridades por exemplo nos casos de violência domestica, que cada vez há mais casos e com mais gravidade e que muitas vezes as vitimas não querem participar o caso como agressão, não sei se podemos ser nós a participar...”E2-R13</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Penso que sim, porque somos nós (enfermeiros) os primeiros a prestar auxílio às vítimas, a tratar das lesões, feridas e o acto de tratar uma ferida pode destruir provas.”E3-R6</i></p> <p><i>“Eu acho que os enfermeiros são os profissionais mais adequados para fazer essa recolha, porque têm noções de assepsia, e trabalham com ela todos os dias, somos os primeiros a lidar com o doente quando chega ao SU. ”E4-R10</i></p> <p><i>“Faz-se muito pouco em Portugal nessa área, mas por exemplo nos EUA, tenho lido, que os enfermeiros são das principais classes envolvidas na recolha de provas criminais. Cá não se faz principalmente por desconhecimento e também porque não há indicação para isso.”E4-R11</i></p> <p><i>“Sim são parte fundamental nessa preservação porque são os profissionais que mais mexem com corpo da vítima, somos nós que normalmente recebe-mos, despimos, manuseamos com o doente, tocamos, mechemos, palpamos, percutimos portanto é óbvio que esses cuidados passariam principalmente por nós.”E5-R9</i></p> <p><i>“Penso que sim, somos os primeiros a lidar com o doente e seus objectos, mas falta informação e meios, também só temos sacos de plástico.”E6-R10</i></p> <p><i>“(…)é uma situação para a qual não estamos despertos e pode contribuir para alertar todos nós que trabalhamos nesta área para melhorar...” E7-R14</i></p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Claro que sim, porque somos nós os primeiros a entrar em contacto com a vítima.”E8-R9</i></p> <p><i>“(…) são das primeiras pessoas a ter contacto com o doente, e se nos fosse dada formação nessa área podíamos estar mais despertos e abordar o doente de uma forma mais adequada para a recolha de provas.”E9-R9</i></p> <p><i>“Somos os primeiros a ter contacto com o doente, se nos for dada formação poderíamos fazer mais...é sempre possível melhorar o nosso desempenho desde que com formação adequada, temos que estar despertos e melhorar o nosso desempenho.”E9-R10</i></p> <p><i>“Sem dúvida porque somos nós que estamos 99% do tempo com a vítima, somos nós que observamos melhor o doente e estamos mais atentos a lesões, que alertamos os médicos para determinadas situações...”E10-R9</i></p>
	Receptividade á mudança	<p><i>“Acho que se chegará algum dia em que tenhamos que ser mais rigorosos na manutenção de provas, penso que sim, poderíamos fazer boas recolhas e manutenção das provas, poderíamos fazer algo mais...”E1-R10</i></p> <p><i>“Penso que sim, talvez no contexto de risco de vida/sala de emergência é mais complicado, mas penso que se formos despertos para isso, se for dada formação há algo mais que podíamos fazer, por exemplo na forma de retirar a roupa... para nós é indiferente cortar de uma forma ou outra, nós vamos ter de expor a vítima e vamos...se calhar tem mais vantagem fazer as coisas de forma correcta.” E2-R9</i></p>

		<p><i>“Havendo formação não haverá resistência á mudança com vista a melhorar nesses aspectos.” E2-R10</i></p> <p><i>“Deveria haver mais formação, esclarecimento porque há muitas situações que nos passam pelas mãos e nós nem sabemos muito bem como actuar, por exemplo nos casos de suspeita de violação, qual o encaminhamento a dar, nós enviamos para a ginecologia, mas surgem sempre duvidas e não se sabe bem qual o procedimento, deveria haver mais esclarecimento, também dos casos em que poderíamos ser nós a participar as autoridades por exemplo nos casos de violência domestica, que cada vez há mais casos e com mais gravidade e que muitas vezes as vítimas não querem participar o caso como agressão, não sei se podemos ser nós a participar...”E2-R13</i></p> <p><i>“ (...) os enfermeiros então disponíveis para melhorar os seus procedimentos, no entanto há muita falta de formação nesta área que faz com que as pessoas não estejam muito sensibilizadas para preservar as provas.”E3-R10</i></p> <p><i>“Da minha experiencia como formador acho que os enfermeiros estão mais abertos agora... os meios de comunicação, as séries que por muita ficção passa sempre alguma informação. Em termos práticos só falta começar a por em prática, sair a norma, as pessoas já estão muito mais despertos para essa mudança.”E5-R10</i></p> <p><i>“Penso que os enfermeiros estão abertos a mudança desde que informados e formados e desde que nos sejam dadas condições e material para o efeito.”E6-R10</i></p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Estão abertos a novas directrizes de actuação.” E6-R11</i></p> <p><i>“Penso que sim, podíamos colaborar com as autoridades desde que houvesse formação e estivéssemos despertos para tal.”E7-R10</i></p> <p><i>“ (Os enfermeiros) estão dispostos a melhorar desde que sejam formados para tal.”E8-R10</i></p> <p><i>“Se houvesse formação prévia, penso que sim, sem dúvida.”E10-R10</i></p>
<p>Articulação dos profissionais de saúde com outros grupos profissionais na recolha e manutenção de provas</p>		<p><i>“Só em doseamentos de alcoolemia, há também as situações de suspeita de violação em que as vítimas são de imediato encaminhadas para a ginecologia/obstetrícia.” E1-R11</i></p> <p><i>“Que eu me lembre não, já tive varias situações de agressões, atropelamento e baleados que deram entrada na sala de emergência, mas não me lembro como se alguém veio pedir as roupas do doente. (...) na sala de emergência a nossa prioridade é a vítima nem se pensa nisso. Tive uma situação de um doente vítima de atropelamento que ficou internado em OBS e que a PJ foi ter com ele, mas não sei se depois pediram as roupas que o doente trazia.”E2-R2</i></p> <p><i>“Só os testes de alcoolemia.”E2-R11</i></p>

		<p><i>“(...) uma vez, em outro hospital (...) foram pedidos pela PJ os objectos que o doente tinha com ele, nesse caso era só a roupa, foi um baleado na cabeça, suspeitava-se de tentativa de suicídio. Os objectos foram entregues por mim á PJ, foi assinado um documento em como foram entregues mas foi o médico que assinou.”E3-R2</i></p> <p><i>“Só em situação de controlo de alcoolemia, mas usualmente esses utentes vem ca só para colher sangue já acompanhados pelo PSP.”E3-R12</i></p> <p><i>“Só no controle de alcoolemia.”E4-R12</i></p> <p><i>“Não em casos concretos, só casos de suspeita de violação em que, num caso já vinha acompanhada pela PJ, e são encaminhados para a Ginecologia\obstetrícia, mas o seguimento do caso foi todo na urgência de ginecologia. Mas há a questão do controle de alcoolemia, mas a nossa parte é só a técnica da colheita.”E5-R11</i></p> <p><i>“Não, só nos testes de alcoolemia, o formulário é preenchido pelo médico nós só fazemos a colheita.”E6-R12</i></p> <p><i>“(...) só uma situação de correios de droga que ficaram no su acompanhadas por agentes da PJ, que acompanhavam todos os procedimentos e recolhiam os óvulos que elas iam evacuando. Os óvulos que saiam eram registados em notas de enfermagem mas não havia nenhum protocolo da sua entrega aos agentes da PJ”E7-R2</i></p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p><i>“Já tive alguns doentes que a PJ esteve cá, mas a mim não pediram nenhum objecto do doente.” E9-R2</i></p> <p><i>“Recolha de urina para drogas de abuso e sangue para teste de alcoolemia. É solicitado pelo agente da PSP com formulário próprio, ... que é preenchido pelo agente e pelo médico... ao sangue é colhido sob a vigilância do agente da PSP.”E9-R11</i></p> <p><i>“Em caso de controlo de alcoolemia, há o protocolo, que é preenchido pelo médico-chefe de equipa.”E10-R11</i></p>
<p>Importância dada pelos enfermeiros aos registos das lesões em vítimas de trauma/agressão</p>		<p><i>“Eu nunca escrevo histórias do que eles dizem, a única coisa que faço referência é que são vítimas de agressão, o local onde referem dor e se tiverem lesões visíveis descrevo-as, do que eu me apercebo não é feita nenhuma descrição pormenorizada, nem da parte de enfermagem nem da parte médica, pedem Rx se há trauma, suturam mas não descrevem mais nada. Quando se abre ficha como agressão é sempre comunicado ao agente da PSP, mas acontece varias vezes que dizem que foram agredidos mas não abrem ficha como agressão, nesses casos elucido-os mas eles não querem e não fazem queixa.” E2-R12</i></p> <p><i>“Penso que não é diferente da descrição de lesões acidentais...seria importante fazer uma descrição mais pormenorizada mas é tudo descrito de forma geral.”E3-R11</i></p> <p><i>“É efectuado o mesmo tipo de registos das lesões acidentais. Registo clinico, quer pelo médico quer pelo enfermeiro, tipo escoriação no terço inferior da perna efectuado tratamento.”E4-R13</i></p>

	<p><i>“A nível de registos de enfermagem não há nada de específico, o registo só é feito um registo pouco específico, seria importante mas mesmo os registos médicos são muito vagos. Muitas vezes os doentes nem passam por nós, que muitas vezes nem precisam de tratamento, são só escoriações. Deveríamos fazer um registo mas não se faz”E5-R12</i></p> <p><i>“...Tento registar da forma mais simplificada as lesões de uma forma geral, por exemplo: refere que foi agredido com... apresenta escoriações na face, não específico o nº nem a localização pormenorizada.” E6-R13</i></p> <p><i>“Em termos de registos específicos de enfermagem isso não acontece, é o medico que descreve de forma mais pormenorizada, a nós cabe apenas fazer o tratamento\penso e encaminhar para o CS caso necessite de tratamentos posteriores.”E7-R13</i></p> <p><i>“... se calhar pela cultura do nosso pais não é dada muita atenção... não é dada muita importância a esse tema, se for agressão podem formalizar a queixa no agente da PSP, mas não é dada nenhuma relevância a esse tema”E9-R12</i></p> <p><i>“ Na triagem de Manchester dizem-nos que temos de ser rápidos com timing’s para avaliar os doentes, mas quando há essas situações... tento visualizar e documentar sempre as lesões que a pessoa apresenta, para ficar um registo mais pormenorizado... ”E10-R12</i></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO VI - Portaria nº 902-B/2007

MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA,
DA JUSTIÇA E DA SAÚDE

~~Portaria n.º 902-B/2007~~
~~de 11 de Agosto~~

Documento Externo

Data de Recepção: 10 / 10 / 2007

Publicado no DR 155, Série I Suplemento de 2007-08-13

O n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada prevê que sejam fixados em regulamento o tipo de material a utilizar na determinação da presença do álcool no ar expirado, bem como na recolha e transporte das amostras biológicas destinadas a determinar, no sangue, a taxa de álcool ou a presença de substâncias psicotrópicas.

É o que pretende o presente diploma, que vem regulamentar aquelas matérias, fixando os requisitos a que devem obedecer os analisadores quantitativos, o modo como se deve proceder à recolha, acondicionamento e expedição das amostras biológicas destinadas às análises laboratoriais, os procedimentos a aplicar na realização das referidas análises e os tipos de exames médicos a efectuar para detecção dos estados de influenciado por álcool ou por substâncias psicotrópicas.

Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros da Administração Interna, da Justiça e da Saúde, nos termos conjugados do artigo 3.º da Lei n.º 18/2007, de 17 de Maio, da alínea d) do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro, e do n.º 1 do artigo 158.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio, na última redacção que lhe foi conferida, o seguinte:

CAPÍTULO I

Avaliação do estado de influenciado pelo álcool

SECÇÃO I

Analisadores quantitativos

1.º Os analisadores quantitativos são instrumentos de medição da concentração da massa de álcool por unidade de volume na análise do ar alveolar expirado (TAE).

2.º Os aparelhos definidos no número anterior devem obedecer às seguintes características:

A - Características técnicas:

- a) Cumprir os requisitos metrológicos e técnicos definidos no Regulamento do Controlo Metrológico dos Alcoolímetros;
- b) Usar a unidade de leitura em gramas de álcool por litro de sangue (TAS) segundo o factor de conversão do teor de álcool no sangue fixado no n.º 3 do artigo 81.º do Código da Estrada;

B - Características gerais:

- a) Possuir afixador alfanumérico que exiba a taxa de álcool no sangue do examinando (TAS) ou os motivos pelos quais não a pode determinar;
- b) Ter acoplada impressora que emita talão, que contenha a taxa de álcool presente e ainda o número sequencial de registo, identificação do aparelho, data e hora da realização do teste;
- c) Ser alimentados por corrente eléctrica alternada de 220 volts e contínua de 12 volts;

C - Características físicas - permitir o seu fácil transporte pelo operador e conter de forma legível e indelével as indicações seguintes:

- a) Marca;
- b) Modelo;
- c) Número de série;
- d) Identificação do fabricante;
- e) Unidade de leitura;
- f) Factor de conversão (TAE/TAS).

SECÇÃO II

Análise de sangue para quantificação da taxa de álcool

3.º A substância objecto da análise laboratorial de quantificação da taxa de álcool no sangue é o álcool etílico.

4.º A colheita do sangue destinado à realização das análises para quantificação da taxa de álcool é efectuada em estabelecimento da rede pública de saúde a que o examinando seja conduzido pelo agente de autoridade, o qual, em caso de acidente de viação, pode ser o serviço de saúde em que dê entrada.

- h) Leitura (em voz alta) e compreensão de um texto;
- i) Descrição de uma gravura;
- j) Interpretação de uma gravura;
- l) Dicção;
- m) Escrita;
- n) Cálculo simples;
- o) Contar de 20 a 1;

E - Provas oculares:

- a) Reacção pupilar à luz;
- b) Reacção pupilar à acomodação;
- c) Nistagmo;

F - Reflexos:

- a) Reflexos rotulianos - à esquerda e à direita;
- b) Reflexos aquilianos - à esquerda e à direita;

G - Sensibilidade:

- a) Dolorosa;
- b) Discriminativa;

H - Entrevista:

- a) Contacto com o médico;
- b) Atitude geral no decorrer da observação;
- I - Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado;
- J - Declarações do observado:

- a) Dia e hora da última refeição e tipo de alimentos consumidos;
- b) Bebidas alcoólicas ingeridas nas últimas doze horas: qualidade, quantidade e hora da última ingestão;
- c) Hábitos alcoólicos, doenças registadas e medicamentos em uso.

12.º O médico que efectuar o exame deve, após a sua conclusão, preencher em triplicado o impresso do modelo do anexo iii e apor a sua vinheta de identificação profissional no original.

13.º O original do impresso referido no número anterior, com carimbo do estabelecimento de saúde, deve ser enviado ao departamento da autoridade fiscalizadora que solicitou o exame, o duplicado é entregue ao examinado e o triplicado é arquivado naquele estabelecimento.

CAPÍTULO II

Avaliação do estado de influenciado por substâncias psicotrópicas

SECÇÃO I

Exame de rastreio

14.º Nos exames de rastreio a efectuar, pelas entidades fiscalizadoras, em amostras de saliva, suor ou urina, o agente de autoridade deve utilizar os equipamentos aprovados e usar os procedimentos constantes do despacho de aprovação para cada equipamento.

15.º Nos exames de rastreio na urina, realizado em estabelecimentos da rede pública de saúde, são utilizados imunoensaios apropriados, tendo em conta as substâncias e concentrações previstas no quadro n.º 2 do anexo v, devendo o agente de autoridade que conduzir o examinando entregar ao médico daquele estabelecimento um impresso do modelo do anexo iv.

16.º Os exames previstos no número anterior devem ser executados, de acordo com os procedimentos do fabricante ou de validação interna, numa amostra de urina com o volume mínimo de 30 ml, sendo os resultados considerados positivos quando os valores obtidos forem iguais ou superiores às concentrações indicadas no quadro n.º 2 do anexo v.

17.º Nos exames de rastreio no sangue, realizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., são utilizados imunoensaios apropriados, tendo em conta as substâncias previstos no quadro n.º 1 do anexo v.

18.º Se o resultado do exame de rastreio previsto no n.º 15.º for negativo, o médico deve:

- a) Preencher, completa e correctamente, o impresso do modelo do anexo iv, colocando a sua vinheta de identificação profissional e o carimbo do estabelecimento no original e no triplicado;
- b) Entregar o original ao agente de autoridade, o duplicado ao examinado e arquivar o triplicado no estabelecimento de saúde.

Contar de 20 a 1;

- f) Percepção;
- g) Pensamento;

C - Provas de equilíbrio:

- a) Equilíbrio;
- b) Equilíbrio sobre o pé esquerdo;
- c) Equilíbrio sobre o pé direito;
- d) Sinal de Romberg;
- e) Marcha (olhos abertos);
- f) Marcha (olhos fechados percorrendo o mesmo caminho que fez de olhos abertos);
- g) Marcha pé ante pé;

D - Coordenação dos movimentos:

- a) Prova do dedo indicador ao nariz;
- b) Prova de oposição dos dedos indicadores, da mão esquerda e da mão direita;
- c) Rítmicos alternados;
- d) Tremor dos dedos das mãos;

E - Provas oculares:

- a) Miose ou midríase;
- b) Reacção pupilar à luz;
- c) Reacção pupilar à acomodação;
- d) Nistagmo;

F - Reflexos:

- a) Reflexos rotulianos: à esquerda, à direita;
- b) Reflexos aquilianos: à esquerda, à direita;

G - Sensibilidade:

- a) Dolorosa;
- b) Discriminativa;

H - Quaisquer outros dados que possam ter interesse para comprovar o estado do observado;

I - Declarações do observado:

- a) Outras substâncias psicotrópicas ingeridas nas últimas vinte e quatro horas - via de administração e hora do último consumo: Qualidade, quantidade e forma de consumo: oral, inalada, fumada, injectada;
- b) Hábitos toxicofílicos;
- c) Doenças registadas;
- d) Medicação realizada nas últimas setenta e duas horas, tendo em atenção os fármacos potencialmente responsáveis por reacções cruzadas com substâncias ilícitas, nomeadamente descongestionantes nasais, antitússicos, antiespasmódicos, analgésicos, antigripais, antidiarreicos ou simpaticomiméticos.

26.º Concluído o exame referido no número anterior, o médico deve preencher, em triplicado, o relatório do exame do modelo do anexo vii, colocar a sua vinheta de identificação profissional e mandar proceder de acordo com o disposto no n.º 13.º

CAPÍTULO III

Disposições finais

27.º As delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., não devem efectuar os exames de rastreio ou de confirmação quando verificarem a ocorrência de quaisquer factos que possam pôr em causa a integridade ou a identidade da amostra.

28.º Sempre que não seja realizado o exame solicitado, a delegação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P., deve:

- a) Dar conhecimento à entidade fiscalizadora dos fundamentos para a não realização do exame solicitado;
- b) Suspender a realização da análise até que se mostrem reunidas as condições necessárias à sua realização;
- c) Conservar a amostra durante o período de tempo previsto no artigo 16.º do Regulamento para a Fiscalização da Condução sob Influência do Alcool ou de Substâncias Psicotrópicas.

Assinatura da testemunha em caso do examinado não assinar: _____

Identificação da testemunha: _____ B.I. _____

Assinatura do médico _____
(nome estabelecimento saúde)

Vineta

BEAPn?
Código: A B C D E F G
A preencher pela entidade fiscalizadora

ANEXO II

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Delegação de _____ do Instituto Nacional de Medicina Legal IP

Para

Entidade Fiscalizadora

RELATÓRIO Nº _____

Análise laboratorial para quantificação da taxa de álcool no sangue de:

Local de colheita _____

Data e hora da colheita: [] [] [] [] às [] horas [] min.

Data e hora de recepção: [] [] [] [] às [] horas [] min.

Selo nº [] [] [] [] [] [] [] []

Revista de:

Concentração de álcool etílico _____ g/l

Observações:

Delegação de _____ do INML, _____ de _____ de _____

O Serviço de Toxicologia Forense

ANEXO V

Quadro 1

SUBSTÂNCIAS A ANALISAR

Grupo	Substância
Cannabinóides	Δ^9 Tetraidrocannabinol (THC); 11 - Hidroxil - Δ^9 tetraidrocannabinol (11-OH-THC) 11 - Nor - 9 - carboxy - Δ^9 tetraidrocannabinol (THCCOOH)
Opióides	Morfina; 6-Mononacilmorfina (6MM)
Cocaína e metabólitos	Cocaína; Benzoilcocaína
Anfetaminas e derivados	Anfetamina; Metanfetamina; 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDA) 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA) 3,4-Metilendioxianfetamina (MDF; MDEA) 3,4-Metilendioxifenil-2-butanona (MDB)

Quadro 2

VALORES DE CONCENTRAÇÃO PARA EXAME DE RASTILHO NA URINA

Grupo de Substâncias	Concentração (ng/ml)
Cannabinóides	50
Cocaína e metabólitos	300
Opióides	300
Anfetaminas	1000

BEA/02

Código: A B C D E F G

A pesquisa pela entidade fiscalizadora

ANEXO VII - Perícias Médico-Legais em caso de suspeita de crime sexual

1/03 03 TER 08:56 FAX 351 223328031

INT.MAC.MED.LEGAL

001

12 MAR 03 05409

005388 08 09-11

U. L. S.
12 MAR 03 05154
MATOSINHOS



Instituto Nacional de
Medicina Legal

PORTUGAL

www.inml.gov.pt

Delegação do Porto

Ex.mo(a) Sr(a)
Director(a) do Serviço de Ginecologia

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
- Hospital da Fátima de Varsitas
- Hospital de Matosinhos
- Hospital de S. João
- Hospital de Santo António
- Hospital de Valongo
- Hospital de Vila do Conde
- Hospital Joaquim Urbano
- Hospital Militar Regional N° 1
- Maternidade Júlio Dinis

*Enviar a Cd
to do pulso de leucócitos
e se se divulga
3/03 J*

Assunto: Perícias médico-legais ~~em~~ caso de mc sexual

Na sequência de um caso de suspeita de violação observado muito recentemente numa urgência hospitalar, e para a qual a Medicina Legal só foi contactada posteriormente à realização do exame e colheita de vestígios pelo especialista de Ginecologia, julgamos existirem ainda algumas dúvidas não completamente esclarecidas sobre os procedimentos a tomar neste tipo de ocorrências. Assim, solicitamos a V. Exa. a divulgação desta informação pelo corpo clínico do Serviço que dirige:

No caso de suspeita de crime sexual o médico do Serviço de Urgência não deverá intervir (salvo nas situações de urgência clínica), sem previamente contactar o médico legista para que se determine a urgência da situação em termos de preservação e colheita de vestígios e a possibilidade legal de tal intervenção. No caso de tal colheita ser pertinente, o médico legista realizará o exame na Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal ou, fora das horas normais de serviço desta instituição, nos Serviços de Urgência de Ginecologia do Hospital de S. João ou da Maternidade Júlio Dinis.

Os números telefónicos de contacto e a escala de serviço dos peritos são enviados mensalmente a todos os hospitais. Os números são os seguintes: 962567572, 967236071, 222073850, 968690111.

96 256 9007

Certo da melhor colaboração de V. Exa. queira aceitar os nossos melhores cumprimentos.

Largo de St. João
4000-110 Coimbra
Fax: (+351) 234 400230
Fax: (+351) 234 400230
E-mail: comco@inml.gov.pt
N.º de Contas: 50214/01

Porto, 10.3.2003

Delegação
Largo de S. João, Matosinhos
4000-110 Porto
Fax: (+351) 22 3328031
Fax: (+351) 22 3328031
E-mail: port@inml.gov.pt

Teresa Magalhães

(Directora da Delegação)

Documento Externo

Data de Recção: 12 03 2003

