

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS DE INTERESSE FORENSE EM UNIDADES DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE
ENFERMAGEM

BRASÍLIA, 2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

**PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS DE INTERESSE FORENSE EM UNIDADES DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO
DE ENFERMAGEM**

**Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título
de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.**

Orientadora: Dra. Dirce Bellezi Guilhem

BRASÍLIA

2024

JADE FONSÊCA OTTONI DE CARVALHO

**PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS DE INTERESSE FORENSE EM UNIDADES DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO
DE ENFERMAGEM**

**Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília.**

Aprovado em 19 de dezembro de 2024

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Dirce Bellezi Guilhem (presidente)
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Karen Beatriz Silva
Cedars Sinai (Los Angeles, Estados Unidos)**

**Profa. Dra. Taciana Silveira Passos
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Guilherme da Costa Brasil
Centro Universitário UDF**

**Profa. Dra. Graziani Izidoro Ferreira (suplente)
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

À minha mãe

E a todos aqueles que buscam ou precisam da justiça

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que sempre me achou a pessoa mais inteligente do mundo, me motivou a ser o que eu quisesse ser, deu todo suporte que podia e é a mulher mais inspiradora que eu conheço.

Ao meu pai (*in memoriam*), que sempre me inspirou e estimulou na curiosidade, nas ciências e nas artes, e que tanto ficaria orgulhoso desse momento.

Ao meu noivo, que sempre me convenceu da minha capacidade para todos os meus projetos, meu deu segurança, apoio e me motivou a ver novas perspectivas.

Aos meus amigos, que acompanharam de perto meu processo, com todas as dificuldades e o amadurecimento que veio delas, sempre torcendo por mim.

À minha orientadora, que acompanhou toda minha jornada acadêmica e em muitos momentos me assegurou do processo e dos bons resultados, mesmo quando isso parecia muito distante.

Aos profissionais que colaboraram com a consultoria para este estudo e avaliação do instrumento, vocês foram muito importantes para esse projeto.

À Universidade de Brasília, que me acolheu nos últimos 15 anos e me educou como cientista, educadora, enfermeira e cidadã.

Aos grandes divulgadores da ciência, que motivam diariamente a minha jornada acadêmica e a segurança da sociedade, bem como a defesa dos direitos sociais.

Aos demais professores dos cursos de pós-graduação da Universidade de Brasília, que me ofereceram tanto fundamentos e direcionamento para produção e avaliação de ciência.

À Coordenação de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior (CAPES) que financia os Programas de Pós-Graduação no Brasil.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

"Lutar pela saúde é lutar por um direito e contra um sistema que, ao servir os interesses de poucos, adoece a muitos."

Sérgio Arouca

RESUMO

O estudo propôs a construção e validação de um protocolo de enfermagem para preservação de vestígios de interesse forense em unidades de emergência hospitalar, diante da necessidade de atendimento qualificado a vítimas de violência e acidentes com possíveis implicações legais. O objetivo geral foi desenvolver e validar um protocolo assistencial que sistematize a preservação de vestígios forenses pelo enfermeiro, contribuindo para a justiça e a proteção do direito da vítima. O método consistiu em um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, dividido em quatro fases: revisão de escopo de literatura, elaboração do instrumento, validação de conteúdo por comitê de especialistas e validação semântica. Na revisão de literatura, identificaram-se recomendações internacionais sobre a preservação de vestígios forenses em ambientes de emergência, utilizando critérios do modelo PRISMA-ScR. A partir dessas diretrizes, estruturou-se um protocolo preliminar contemplando etapas essenciais, como documentação de lesões, manejo de fluidos biológicos, procedimentos de coleta de vestígios e cuidados pós-morte. A validação de conteúdo envolveu 15 especialistas com experiência em enfermagem forense e atendimento de emergência, que avaliaram o instrumento quanto à objetividade, clareza, precisão e relevância. Foi adotado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que resultou em alta concordância, sugerindo adequação do protocolo para o contexto brasileiro. Na fase de validação semântica, verificou-se a compreensão e aplicabilidade do protocolo pelos profissionais. Como resultado, constatou-se que a escassez de protocolos específicos pode comprometer a preservação de evidências em hospitais, destacando a relevância de diretrizes formalizadas para a atuação do enfermeiro forense. Conclui-se que o protocolo validado aprimora o processo assistencial ao garantir a integridade das evidências, colaborando para a justiça e a proteção da vítima em situações forenses. Recomenda-se sua aplicação em unidades de emergência e a continuidade de estudos para a adaptação do protocolo a diferentes cenários de atendimento forense.

Palavras-chave: enfermagem forense; preservação de vestígios; unidades de emergência; protocolo de enfermagem; validação de conteúdo; atendimento ao trauma.

ABSTRACT

The study proposed the development and validation of a nursing protocol for preserving forensic evidence in hospital emergency units, addressing the need for qualified care for victims of violence and accidents with potential legal implications. The general objective was to design and validate an assistive protocol that systematizes the preservation of forensic evidence by nurses, contributing to justice and safeguarding victims' rights. The method consisted of a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, divided into four phases: systematic literature review, instrument development, content validation by a panel of experts, and semantic validation. In the literature review, international guidelines on forensic evidence preservation in emergency settings were identified, using PRISMA-ScR criteria. Based on these guidelines, a preliminary protocol was structured, covering essential stages such as documentation of injuries, handling of biological fluids, evidence collection procedures, and post-mortem care. Content validation involved 15 experts experienced in forensic nursing and emergency care, who evaluated the instrument for objectivity, clarity, accuracy, and relevance. The Content Validity Index (CVI) was adopted, resulting in high agreement, suggesting the protocol's suitability for the Brazilian context. During semantic validation, the protocol's comprehension and applicability by professionals were assessed. As a result, it was found that the lack of specific protocols may compromise the preservation of evidence in hospitals, highlighting the importance of formalized guidelines for forensic nursing practice. It was concluded that the validated protocol enhances the care process by ensuring the integrity of evidence, contributing to justice and victim protection in forensic situations. Its implementation in emergency units is recommended, as well as further studies to adapt the protocol to different forensic care scenarios.

Keywords: forensic nursing; evidence preservation; emergency units; nursing protocol; content validation; trauma care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de seleção de documentos para revisão	36
Figura 2 - Diagrama corporal masculino para identificação de lesões.....	55
Figura 3 - Distribuição dos especialistas quanto a sexo	61
Figura 4 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 1	63
Figura 5 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 2	63
Figura 6 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 4	64
Figura 7 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 5	65
Figura 8 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 6	65
Figura 9 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 7	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias forenses de vítimas	28
Quadro 2 - Catalogação dos artigos selecionados	36
Quadro 3 - Recursos físicos necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência.....	38
Quadro 4 - Recursos materiais necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência.....	38
Quadro 5 - Recursos humanos necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência.....	39
Quadro 6 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência.....	39
Quadro 7 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência em situações específicas.....	46
Quadro 8 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na transferência do cuidado	50
Quadro 9 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na avaliação primária da vítima de trauma	50
Quadro 10 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na coleta de histórico da vítima	52
Quadro 11 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na realização de exame físico completo da vítima	53
Quadro 12 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios nos cuidados pós-morte	55
Quadro 13 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma	56
Quadro 14 - Síntese do conteúdo das perguntas avaliadas	62
Quadro 15 - Conceitos: Terminologia e siglas utilizadas.....	77
Quadro 16 - Conceitos: Categorias forenses de vítimas.....	78
Quadro 17 - Procedimentos de preservação de vestígios: Transferência do cuidado	78
Quadro 18 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação primária	79
Quadro 19 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação secundária.....	81
Quadro 20 - Procedimentos de preservação de vestígios: Cuidados pós-morte.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos especialistas quanto a idade, tempo de profissão e de atuação em emergência.....	61
Tabela 2 - Descrição dos especialistas quanto a formação.....	62
Tabela 3 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Transferência do cuidado”	68
Tabela 4 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação primária”	68
Tabela 5 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação secundária”	69
Tabela 6 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Cuidados pós-morte”	70
Tabela 7 - Coeficiente Alfa de Cronbach do instrumento	71
Tabela 8 - Coeficiente Alfa de Cronbach para exclusão de itens.....	71
Tabela 9 - Avaliação de praticabilidade do instrumento	76
Tabela 10 - Índice de Validade de Conteúdo a partir dos parâmetros de avaliação de praticabilidade do instrumento	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-hospitalar

ATLS - Advanced Trauma Life Support

BVM - Bolsa-Válvula-Máscara

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

PAB – Perfuração por arma branca

PAF – Perfuração de fogo

PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

PRISMA-ScR - Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRM - Traumatismo raquimedular

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

APRESENTAÇÃO

Quando concluí meu mestrado, tinha acabado de me iniciar na docência do ensino superior e após algum tempo já era responsável pela disciplina de Emergência. Durante essa fase, também fiz especialização em Urgência e Emergência, amadureci muito como professora e percebi que ainda me faltava experiência prática de assistência na área. Coursar mestrado ou residência sempre foi uma dúvida importante e entendi que se gostaria de ser especialista na área, seria melhor fazer uma curva na minha carreira ali.

Fiz o concurso para o programa de residência em Urgência e Trauma da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e com a aprovação em primeiro lugar na minha área, pedi demissão e virei Residente (esse foi meu nome por algum tempo). Foi a melhor experiência profissional que já tive, dois anos de 60 horas semanais (que totalizariam 5760 horas, mas acabaram se tornando 6138 horas), contato com os maiores centros de referência no estado e prática em atendimento intra e pré-hospitalar.

Durante a residência, entendi por que o programa tinha um apelido engraçado (rindo de nervoso) de Trauma Psicológico (sem romantizações) e tive contato diário com vítimas forenses (em especial casos de perfuração por arma de fogo, arma branca, agressão, intoxicação exógena, acidentes de trabalho e automobilísticos) e notei que, na maior parte dos casos, os profissionais não tinham cuidados adequados com esses pacientes e que eu também não estava sendo treinada para isso.

Decidi estudar as recomendações para esses procedimentos e percebi que a questão era um problema sistemático, já que profissionais de saúde não recebem capacitação para essas habilidades. Descobri a recente regulamentação, alguns meses antes, da especialidade de Enfermagem Forense e nesse campo direcionei minha pesquisa do Trabalho de Conclusão de Programa, realizando uma adaptação transcultural de um questionário de avaliação de conhecimentos e práticas de enfermeiros de emergência na coleta de vestígios forenses. O estudo foi replicado por minhas R1 e conseguimos identificar diversos fatores que poderiam estar influenciando na falta de conhecimento dos enfermeiros na área.

Ao concluir minha pesquisa e o programa de residência, tinha certeza de que queria realizar meu doutorado abordando exatamente esse tema. A essa altura, já havia adquirido experiência com atendimento a vítimas forenses, em especial as de trauma, e algum tempo depois me intitulei especialista pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense – SOBEF.

A área do doutorado para a qual me candidatei, Ciências da Saúde: Saúde Coletiva, diz muito sobre a aplicação que gostaria de dar aos resultados de ambas as pesquisas. O perfil de

vítimas atendidas nesses serviços sugere que o sistema tem desfavorecido pessoas já desfavorecidas, com pouco acesso à justiça e que, com frequência, têm seus direitos ainda mais mitigados. Isso ocorre porque muitos dos vestígios que os acompanham até o atendimento de saúde são perdidos pela ausência de cuidados adequados e uma cadeia de custódia iniciada e conduzida corretamente nesses serviços.

Nesse sentido, idealizei minha pesquisa de doutorado no sentido de proporcionar um recurso que se adequa à realidade dos profissionais da ponta, que pode ser executado no transcorrer da assistência de vítimas graves de maneira segura e que possua subsídios para aplicação nos atuais serviços, de modo a contribuir para o estabelecimento da atuação da(o) Enfermeira(o) Forense nas unidades de saúde brasileiras e para a garantia de direitos dos usuários.

O transcorrer do doutorado também enfrentou diversas dificuldades, notadamente uma pandemia que se iniciou no segundo semestre letivo e se estendeu por metade do programa, alterando as formas de comunicação, de coleta de dados e todos os fatores pessoais e sociais associados. Esse período também me ensinou muito sobre a produção de ciência, como as evidências científicas são estabelecidas e como o acesso ao conhecimento científico é pouco democrático.

Na minha dissertação eu epigrafei Carl Sagan (“existem muitas hipóteses na ciência que estão erradas. Isso é perfeitamente aceitável, elas são a abertura para achar as que estão certas”), discutindo a importância da valorização do método científico como forma de encontrar as respostas para a vida, pouco imaginando o impacto que essas reflexões teriam cinco anos depois. As dúvidas agora são outras e a maneira de respondê-las também. A inquietação continua a mesma.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	17
2 Revisão da literatura.....	19
2.1 <i>Algoritmo de atendimento à vítima de trauma</i>	<i>19</i>
2.1.1 X - HEMORRAGIA EXSANGUINANTE.....	21
2.1.2 A – MANEJO DE VIA AÉREA E ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL	22
2.1.3 B – RESPIRAÇÃO	23
2.1.4 C – CIRCULAÇÃO	23
2.1.5 D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	24
2.1.6 E – EXPOSIÇÃO/AMBIENTE	25
2.1.7 AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	25
2.2 <i>Vestígios de interesse forense em vítimas de trauma</i>	<i>27</i>
2.3 <i>Princípio da transferência e cadeia de custódia</i>	<i>29</i>
2 Objetivos	31
2.1 <i>Geral</i>	<i>31</i>
2.2 <i>Específicos.....</i>	<i>31</i>
3 Métodos.....	31
3.1 <i>Fase 1 – Revisão da literatura para elaboração do instrumento</i>	<i>32</i>
3.2 <i>Fase 2 - Elaboração do instrumento.....</i>	<i>33</i>
3.3 <i>Fase 3 – Validação de conteúdo</i>	<i>34</i>
3.4 <i>Fase 4 - Validação semântica e de aparência</i>	<i>35</i>
3.5 <i>Aspectos éticos</i>	<i>35</i>
4 Resultados	35
4.1 <i>Fase 1 – Revisão da literatura para elaboração do instrumento</i>	<i>35</i>
4.2 <i>Fase 2 - Elaboração do instrumento.....</i>	<i>49</i>
4.2.1 AVALIAÇÃO DA CENA	49
4.2.2 AVALIAÇÃO PRIMÁRIA.....	50
4.2.3 AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	52
4.2.4 CUIDADOS PÓS MORTE	55
4.2.5 PRÉ-INSTRUMENTO.....	56
4.3 <i>Fase 3 – Validação semântica</i>	<i>61</i>
4.3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DE ESPECIALISTAS	61
4.3.2 EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS FORENSES.....	62
4.3.3 AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PELOS ESPECIALISTAS	66
4.4 <i>Fase 4 – Validação de conteúdo e de aparência</i>	<i>67</i>
5 Discussão	83

6 Conclusão	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICE A – Protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidades de emergência	102
APÊNDICE B - Formulário de registro de fotografia forense	110
APÊNDICE C - Diagrama corporal para registro de lesões (masculino)	111
APÊNDICE D - Diagrama corporal para registro de lesões (feminino)	112
APÊNDICE E - Diagrama corporal para registro de lesões (cabeça)	113
APÊNDICE F - Formulário de cadeia de custódia	114
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	115

1 Introdução

O número de vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária tem aumentado ao longo dos anos, sendo a violência considerada a quarta causa de morte entre adultos mundialmente (1). Vítimas de trauma, abuso sexual, maus-tratos infantis e outros crimes violentos são comumente levadas a unidades de emergência para cuidado e tratamento e, desta forma, esses serviços devem ser capazes de providenciar assistência adequada a essas vítimas (2,3).

A violência física inclui: empurrar, arremessar, agarrar, morder, asfixiar, agitar, cutucar, arranhar, puxar o cabelo, estapear, socar, bater, queimar, usar restrições ou o próprio corpo, tamanho e força contra outra pessoa. A violência física também pode envolver o uso de uma arma, arma de fogo, faca ou outro objeto (4).

O Ministério da Saúde, percebendo que as violências e os acidentes são responsáveis por importante impacto socioeconômico, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), composto por: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). Em 2009, este sistema passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e, em 2011, a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada para todos os serviços de saúde e incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan (5).

Por meio da Resolução 556/2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a atividade de enfermeiro(a) forense. Entre as competências desempenhadas pelo enfermeiro forense, estão o reconhecimento de possíveis situações de violência e a identificação de potenciais vítimas e lesões, a coleta e preservação de vestígios (6).

Vestígios forenses se referem a qualquer coisa que possa ser útil na eliminação, identificação ou condenação de um suspeito (7). A habilidade do(a) enfermeiro(a) para detectar e coletar evidências desempenha um importante papel na investigação do crime e pode impactar no resultado de decisões legais. Evidências forenses são frequentemente mal manejadas ou destruídas, resultando em falhas jurídicas (3).

Estudo realizado em unidade de emergência de referência em Brasília demonstrou que, de acordo com grande parte dos enfermeiros questionados (87,5%), são realizados atendimentos a vítimas de violência interpessoal ou autoprovocada “diariamente” ou “semanalmente”.

Apesar disso, a maioria deles (91,7%) negou a existência de protocolo que delineasse a sua atuação para o atendimento de vítimas de violência durante seu tempo de serviço, e atribuem o fato de não acreditarem que a preservação de vestígios forenses ocorre adequadamente na unidade em que atuam a esse fator. Além disso, o estudo mostrou que “raramente” vestígios e pertences de pacientes admitidos são recuperados pela autoridade policial (91,7%) e que há grande desconhecimento dos profissionais acerca da maior parte dos procedimentos adequados para preservação de vestígios forenses nos atendimentos (8). Dessa forma, o enfermeiro pode ser tornar um grande aliado na manutenção dos vestígios.

Vítimas de agravos traumáticos devem ser tratadas como pacientes potencialmente forenses até que seja provado o contrário e, muitas vezes, a primeira oportunidade para a coleta de vestígios ocorre em ambiente hospitalar, especialmente na sala de emergência (9). Diversos autores têm demonstrado a importância e descrito a atuação do enfermeiro na abordagem inicial à vítima de violência e na manutenção de vestígio de importância forense (2–4,10–48).

Do ponto de vista bioético, é essencial que seja fornecido atendimento qualificado e humanizado, de forma que estejam presentes estratégias de proteção a essas vítimas de violência. Potenciais pacientes forenses possuem necessidades físicas e emocionais específicas que exigem sensibilidade dos profissionais nas unidades de emergência para que defendam a justiça e proteção do paciente (34).

Além disso, o modo como os vestígios são manejados na unidade de emergência pode comprometer o direito da vítima à justiça (49). No ambiente dinâmico de emergência, salvar vidas e tratar pacientes no menor período possível tende a prejudicar a identificação de vítimas forenses e a preservação de evidências (50).

No Brasil não há registro de protocolos específicos que delineiem esses procedimentos e acredita-se que a existência deles é um passo essencial para o estabelecimento da especialidade de Enfermagem Forense como campo de atuação no país. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou um anexo à Resolução 556/17 (51) que inclui um Termo de Consentimento Informado (TCI), voltado para o atendimento de vítimas de violência doméstica ou sexual, mas não contempla outras categorias forenses.

Considerando-se que de maneira geral pacientes forenses provém de ocorrências de causas externas (violência ou acidentes), elas terão uma abordagem assistencial voltada ao trauma físico que sofreram. A prioridade de atendimento deve ser dada à segurança do paciente, de forma que nenhum procedimento de preservação de vestígios adie a estabilização da vítima. Sendo assim, é pertinente que se organize o atendimento forense tendo como referência o atendimento ao trauma, o que leva à sistematização da assistência também no aspecto forense.

2 Revisão da literatura

2.1 Algoritmo de atendimento à vítima de trauma

O trauma físico refere-se a lesões corporais resultantes de forças externas, como acidentes, quedas ou agressões. Essas lesões podem variar em gravidade, desde contusões leves até fraturas complexas e danos internos. Por exemplo, traumas na região abdominal, frequentemente causados por acidentes de carro ou quedas, podem resultar em lesões graves que exigem diagnóstico e tratamento imediato (52). Além disso, o trauma físico é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, especialmente entre indivíduos jovens, conforme destacado por estudos que mostram a prevalência de traumas em vítimas com menos de 35 anos (53). A literatura médica também enfatiza que o trauma físico pode levar a complicações de longo prazo, como dor crônica e limitações funcionais, impactando a qualidade de vida do indivíduo (54).

Por outro lado, o trauma psicológico refere-se a experiências emocionais ou mentais adversas que podem resultar de eventos estressantes ou traumáticos, como abuso, negligência ou perda. O impacto do trauma psicológico pode ser profundo e duradouro, afetando a saúde mental e emocional do indivíduo. Estudos indicam que traumas na infância, como abuso físico e emocional, estão associados a um aumento significativo de transtornos mentais na vida adulta, incluindo depressão e ansiedade (55,56). Além disso, a relação entre trauma psicológico e a qualidade de vida é complexa, com evidências sugerindo que indivíduos que experimentam traumas psicológicos tendem a ter escores mais baixos em domínios de bem-estar psicológico (57,58). O estresse emocional resultante de traumas pode levar a comportamentos de enfrentamento prejudiciais, como o uso abusivo de substâncias, conforme observado em pesquisas sobre dependência e impulsividade (59).

Embora ambas as formas de trauma, físico e psicológico, sejam altamente relevantes no contexto de vítimas de violência, este estudo concentra-se especificamente na violência física. Tal enfoque justifica-se pela necessidade de abordar aspectos diretamente relacionados à preservação de vestígios forenses, frequentemente associados às manifestações corporais resultantes de agressões físicas. O trauma psicológico, embora igualmente significativo, demanda uma análise aprofundada e multidisciplinar de aspectos subjetivos, como impactos emocionais, comportamentais e sociais, que extrapolam o escopo proposto nesta investigação. Dessa forma, este trabalho delimita sua abordagem à violência física, reconhecendo a

complexidade inerente ao estudo das implicações psicológicas, as quais devem ser exploradas em pesquisas específicas dedicadas a esse tema.

Apesar de ambas as formas de trauma serem absolutamente relevantes nas vítimas de violência, cabe ressaltar que o presente estudo se debruçará sobre o atendimento

Quando se estuda o atendimento à vítima de trauma, podem ser utilizados alguns protocolos para delinear a avaliação e o atendimento a esses pacientes. Dentre eles, internacionalmente se destacam o ATLS (Advanced Trauma Life Support – Suporte Avançado de Vida no Trauma) (60) e o PHTLS (Prehospital Trauma Life Support – Suporte de Vida no Trauma Pré-Hospitalar) (61), utilizados como referência para a descrição do atendimento à vítima de trauma apresentada a seguir.

Na abordagem inicial à vítima, é fundamental obter uma impressão geral do estado dela, priorizando a identificação de hemorragias importantes, comprometimentos das vias aéreas, função respiratória, circulação e deformidades evidentes. Durante a apresentação e ao perguntar o nome da vítima e o que ocorreu, é possível realizar uma avaliação rápida da perviedade das vias aéreas, da função respiratória e do estado neurológico.

No atendimento pré-hospitalar (APH), antes mesmo de iniciar a avaliação da vítima, a análise da cena é essencial. Essa análise começa no momento em que a equipe recebe a ocorrência, possibilitando que os profissionais em deslocamento antecipem possíveis riscos e identifiquem a necessidade de recursos adicionais com base nas informações disponíveis.

A transferência de cuidados do paciente refere-se ao processo de transição da responsabilidade pelo atendimento entre profissionais. Isso é particularmente relevante em situações como transferências entre unidades hospitalares, mudança de equipe ou alta hospitalar. Durante essa transição, é essencial que as informações clínicas sejam comunicadas de maneira precisa e completa, garantindo a continuidade dos cuidados. A literatura médica enfatiza a importância desse processo para evitar erros e falhas na assistência ao paciente (62). Assim, é indispensável estabelecer protocolos claros e promover uma comunicação eficiente entre os profissionais envolvidos, assegurando um atendimento seguro e de qualidade.

Uma cena segura deve ser considerada prioridade, pois se o local apresenta riscos potenciais à equipe e à vítima, o atendimento pode ser comprometido. Ao chegar ao local, o profissional deve avaliar a cena de forma ampla, considerando a causa do incidente e a presença de testemunhas.

Caso seja identificado um ambiente inseguro, a vítima deve ser transferida para uma área segura antes do início do atendimento. Ademais, é importante lembrar que, em situações de risco, a segurança da equipe é primordial, pois, caso os profissionais se tornem vítimas, o

socorro não será possível. Dependendo da natureza do risco, podem ser acionados recursos adicionais, como a polícia em caso de ameaças, a companhia elétrica em situações com fios expostos, bombeiros para incêndios, e serviços de trânsito para bloqueio de vias, entre outros.

A segurança da cena depende de uma análise cuidadosa. Em incidentes ocorridos em rodovias, é preciso considerar fatores como clima (chuva ou neve), baixa iluminação e as características da via (velocidade, topografia), que podem aumentar o risco de novos acidentes. Para mitigar esses riscos, é recomendável o uso de equipamentos visíveis, como coletes refletivos, o posicionamento adequado do veículo de emergência para proteção da vítima e da equipe, e a sinalização com cones até a chegada das autoridades competentes para o desvio do tráfego.

Em situações de violência, é essencial acionar previamente a polícia antes da aproximação da equipe de saúde. Caso a cena se torne ameaçadora, o profissional deve estar preparado para se retirar rapidamente do local. Com a segurança garantida, pode-se proceder à avaliação da vítima.

A avaliação primária segue uma ordem lógica e estruturada. Se houver apenas um socorrista, ele pode interromper a avaliação para tratar uma condição identificada. Quando há mais de um socorrista, enquanto um realiza a avaliação, o outro pode realizar as intervenções necessárias.

Para a memorização e execução organizada das etapas de atendimento, utiliza-se o mnemônico XABCDE (61), baseado nas palavras-chave em inglês, sendo:

- X – Hemorragia exsanguinante: controle de hemorragias externas severas (eXanguination);
- A – Manejo de via aérea com estabilização de coluna cervical (Airway);
- B – Respiração: ventilação e oxigenação (Breathing);
- C – Circulação: perfusão e outras hemorragias (Circulation);
- D – Disfunção neurológica (Disability);
- E – Exposição/ambiente (Expose/Environment).

2.1.1 X - HEMORRAGIA EXSANGUINANTE

Existem três tipos principais de sangramento externo: o capilar, que ocorre em abrasões e geralmente não representa risco de vida; o venoso, que escorre em “filete” e pode, na maioria

dos casos, ser controlado com pressão direta; e o arterial, que se manifesta em jatos, é mais difícil de conter e pode ser fatal.

Hemorragias externas de grande volume são frequentemente de origem arterial e, nesse caso, devem ser abordadas antes mesmo da avaliação das vias aéreas e da estabilização cervical, exceto quando há possibilidade de realizar essas intervenções simultaneamente.

O controle de sangramentos no ambiente pré-hospitalar pode ser realizado de duas maneiras principais: pressão direta ou uso de torniquete. A pressão direta consiste em aplicar uma cobertura (como gaze ou compressa) sobre a área lesionada e pressionar manualmente. Se houver gaze hemostática disponível, ela é recomendada para auxiliar no controle do sangramento. Nos casos em que um socorrista não puder manter a pressão manualmente, é possível utilizar uma cobertura de pressão, como ataduras, bandagens elásticas ou a bandagem israelense.

Para sangramentos exsanguinantes nas extremidades, o torniquete é a opção mais eficaz, devendo ser posicionado o mais próximo possível da raiz do membro, ou seja, próximo à virilha ou axila. Agentes hemostáticos e pressão direta podem ser aplicados no ferimento, porém, esses procedimentos não devem atrasar a aplicação do torniquete e são recomendados para sangramentos venosos, arteriais de menor calibre (distais) ou em áreas juncionais, como virilha, axila/ombro e pescoço.

A elevação de membros e o uso de “pontos de pressão” não são mais indicados devido à falta de evidências que comprovem sua eficácia.

O controle rápido de hemorragias externas com técnicas como pressão direta ou torniquete pode preservar vestígios de fluidos biológicos, como sangue. Evitar limpar excessivamente ou descartar materiais com vestígios também é importante nesta etapa.

2.1.2 A – MANEJO DE VIA AÉREA E ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL

Nesta etapa, o primeiro passo é avaliar se a via aérea está desobstruída. Em caso de obstrução, deve-se proceder com a abertura manual da via aérea, utilizando técnicas como o "Trauma Chin-Lift" (elevação do mento em casos de trauma) ou o "Trauma Jaw-Thrust" (tração da mandíbula em trauma). Assim que possível e se indicado, devem ser realizados procedimentos de aspiração e inserção de dispositivos avançados de via aérea, como o tubo orotraqueal, dispositivos supraglóticos ou métodos transtraqueais.

Considerando o risco de lesões raquimedulares em vítimas de trauma, é imprescindível manter a estabilização manual da coluna cervical durante todo o manejo das vias aéreas, visando manter o alinhamento da cabeça e coluna e prevenir o agravamento de possíveis lesões.

A manutenção da coluna cervical minimiza o risco de agravar lesões que poderiam gerar vestígios adicionais. Preservar a posição inicial da vítima pode evitar a perda de marcas corporais.

2.1.3 B – RESPIRAÇÃO

Com a via aérea desobstruída, o próximo passo é verificar se o paciente está respirando, avaliando a expansibilidade torácica. Em caso de apneia, deve-se iniciar ventilação manual com o uso de Bolsa-Válvula-Máscara (BVM). Pode ser necessário também o uso de uma via aérea avançada, bem como a aspiração de secreções, sangue e/ou vômito.

Se o paciente apresenta respiração espontânea, deve-se avaliar a frequência e a profundidade da respiração; frequências superiores a 30 irpm demandam atenção especial e podem requerer ventilação assistida. É fundamental monitorar a saturação periférica de oxigênio para assegurar que o paciente não esteja em estado de hipóxia. Caso o paciente consiga falar, é importante observar se ele é capaz de completar as frases sem esforço, o que indica boa oxigenação e função respiratória.

Durante a assistência respiratória, deve-se ter cuidado para não remover ou danificar vestígios como secreções ou fluidos ao redor da boca e vias aéreas.

2.1.4 C – CIRCULAÇÃO

Hemorragias, sejam internas ou externas, são as causas mais comuns de mortes evitáveis em traumas. As hemorragias externas já foram abordadas na fase “X” do algoritmo. As hemorragias internas, por outro lado, são mais difíceis de identificar, uma vez que não são visíveis diretamente. Dessa forma, é essencial observar sinais como pulsos periféricos, coloração, temperatura e hidratação da pele, indicadores da perfusão da vítima.

A cinemática do trauma, como discutido anteriormente, pode fornecer indícios relevantes para a investigação de hemorragias internas. A palpação de áreas como tórax, abdome e pelve pode revelar a presença de sangramentos ativos, que requerem tratamento imediato em ambiente hospitalar. Em casos de instabilidade pélvica, a aplicação de uma cinta pélvica pode ajudar a prevenir o agravamento das lesões.

Embora o pulso periférico não esteja diretamente associado a valores exatos de pressão arterial, a ausência de pulsos periféricos na presença de um pulso central é indicativa de hipotensão severa, mesmo sem aferição direta da pressão arterial.

A pele deve ser avaliada quanto à coloração: palidez indica baixa perfusão, enquanto cianose sugere baixa oxigenação. Em pacientes com pele mais pigmentada, podem ser examinados os leitos ungueais, palmas das mãos, plantas dos pés e mucosas. Além disso, a temperatura deve ser verificada, mesmo com o simples toque, pois uma pele fria sugere má perfusão. Outro fator relevante é a umidade da pele; enquanto a pele normalmente é seca, uma baixa perfusão pode estimular o sistema nervoso simpático, resultando em diaforese (sudorese excessiva).

Avaliar sinais de perfusão, como coloração da pele e sinais de trauma, permite identificar possíveis locais de vestígios. Nesta etapa, também são realizados acessos venosos para hidratação e administração de medicamentos; é um momento oportuno para avaliação de punções prévias, que podem indicar uso de substâncias ilícitas, por exemplo.

2.1.5 D – DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nesta etapa, deve-se avaliar o nível de consciência da vítima. É essencial lembrar as principais causas que podem resultar em alterações do estado de consciência: baixa oxigenação cerebral ou hipoventilação, traumatismo raquimedular (TRM), intoxicação por álcool ou drogas e alterações metabólicas.

Até que se comprove o contrário, um paciente agitado, não colaborativo e/ou agressivo deve ser considerado como potencialmente hipóxico. A Escala de Coma de Glasgow é um método amplamente utilizado para avaliar o nível de consciência, considerando a abertura ocular, a resposta verbal e a melhor resposta motora para classificar o déficit neurológico do paciente.

Apenas avaliando a resposta motora de acordo com a escala, é possível obter uma noção da gravidade da lesão, sendo que um score inferior a 6 nesse critério indica que o paciente não obedece a comandos. Caso o paciente esteja inconsciente, a avaliação pode ser complementada pela observação dos reflexos das extremidades e das pupilas, que devem ser simétricas, redondas e reativas à luz.

Avaliar respostas motoras e pupilares sem movimentar excessivamente o corpo evita danos a vestígios localizados em superfícies corporais ou roupas. Além disso, a avaliação neurológica é uma etapa importante na investigação do que ocorreu com a vítima.

2.1.6 E – EXPOSIÇÃO/AMBIENTE

A última etapa da avaliação primária envolve a remoção das roupas do paciente para inspecionar possíveis lesões ocultas. Nessa fase, dois cuidados fundamentais devem ser considerados: manter a privacidade da vítima, especialmente se ela estiver consciente, expondo apenas a região a ser examinada; e prevenir a hipotermia, evitando deixá-la exposta após a inspeção e, se necessário, utilizando mantas térmicas ou aluminizadas.

Em casos de pacientes forenses, além dos cuidados usuais com a avaliação da cena e a avaliação primária, é crucial preservar vestígios. Exemplos incluem evitar cortar as roupas na área de entrada do objeto penetrante ou de outros vestígios, não deixar pertences do paciente no local, e impedir que transeuntes circulem ou manipulem objetos da cena. Além disso, retirar as roupas com cuidado para não destruir vestígios, como fibras, cabelos ou resíduos. As roupas devem ser coletadas e armazenadas adequadamente para preservação forense.

Se após a avaliação primária o paciente for considerado instável, ele deve ser transferido imediatamente para uma unidade hospitalar, com reposição volêmica realizada conforme orientação médica. Se o paciente for considerado estável, procede-se então com a avaliação secundária.

2.1.7 AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Durante a avaliação primária, podem ser identificadas lesões potencialmente fatais. Já a avaliação secundária é fundamental para detectar lesões menos graves, mas ainda clinicamente relevantes.

Ao iniciar essa etapa, deve-se monitorar os sinais vitais do paciente: pulso, frequência e profundidade respiratória, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio e temperatura. Neste momento, a precisão dos valores não é essencial, mas sim a observação das tendências.

Também é importante obter um histórico rápido do paciente, e para isso utiliza-se o mnemônico SAMPLE, que serve como lembrete para coletar informações essenciais:

S – Sintomas: queixa principal do paciente;

A – Alergias: especialmente a medicamentos;

M – Medicações: que substâncias medicamentosas ou recreacionais o paciente utiliza/utilizou hoje;

P – Passado médico e cirurgias prévias: comorbidades apresentadas, que cirurgias já realizou e possibilidade de gravidez;

L – Líquidos e última alimentação: quando ocorreu última refeição (importante caso seja necessária cirurgia, pelo risco de broncoaspiração);

E – Evento: quais eventos precederam o trauma.

Relatos de eventos anteriores ao trauma podem incluir descrições úteis para reconstruir a cena do crime. Deve-se anotar detalhadamente informações fornecidas pela vítima e/ou acompanhante, deixando claro o que foi relatado e não fazendo deduções. Após a breve anamnese, deve-se realizar um exame físico completo (cefalopodálico), incluindo inspeção, palpação e ausculta.

Inicia-se pela cabeça, inspecionando o couro cabeludo para detectar lesões, avaliando as pupilas e palpando os ossos da face e do crânio em busca de crepitações e dor. No pescoço, a palpação pode revelar enfisema subcutâneo de origem laríngea, traqueal ou pulmonar; bem como dor, contusões, disfagias e outros sinais de estrangulamento, por exemplo. A coluna cervical também deve ser palpada com cuidado para detectar possíveis fraturas ou deslocamentos de vértebras.

Na avaliação do tórax, verifica-se a simetria da expansão torácica, a presença de fratura esternal (um evento grave devido à resistência do osso) e enfisema subcutâneo. Durante a ausculta, a redução ou ausência de murmúrios vesiculares pode indicar pneumotórax ou hemotórax, enquanto sons cardíacos abafados sugerem tamponamento cardíaco.

No abdome, sinais como equimose periumbilical (sinal de Cullen) e em flanco (sinal de Grey-Turner) indicam sangramento retroperitoneal. A palpação deve avaliar rigidez, sinais de proteção e a presença de massas.

A pelve deve ser palpada apenas uma vez, pois a movimentação excessiva em caso de instabilidade pode agravar lesões. Para isso, é importante uma comunicação clara entre as equipes pré-hospitalar e intra-hospitalar para evitar a repetição desse procedimento. A palpação deve ser realizada com pressão lateral nas cristas ilíacas, e em caso de instabilidade, aplica-se a cinta pélvica.

Os genitais não são examinados detalhadamente no ambiente pré-hospitalar devido ao risco de exposição; no entanto, sinais como sangue nas roupas próximas podem indicar lesão, e a presença de líquido claro em gestantes pode indicar ruptura da bolsa amniótica. No ambiente hospitalar, a vítima deve ser exposta à medida que seja necessário, sempre deixando cobertas regiões que não estão sendo avaliadas.

Se o paciente for posicionado em uma prancha rígida, o rolamento para avaliação do dorso é o melhor momento para palpar a coluna vertebral. Movimentar o paciente para o exame do dorso ou pelve deve ser feito com cuidado para evitar a perda de vestígios biológicos ou danos adicionais às evidências.

Os membros devem ser palpados em toda a sua extensão; fraturas suspeitas devem ser imobilizadas. Observa-se também a sensibilidade e a motricidade dos membros, como parte do exame neurológico na avaliação secundária.

Durante todo o exame físico, atenta-se a abrasões, lacerações, equimoses, hematomas, deformidades e outros sinais de lesão. Avaliar de forma cefalocaudal ajuda a identificar vestígios menos evidentes, como resíduos em áreas ocultas. Identificar lesões autodefensivas (exemplo: nos braços) pode ajudar na reconstrução dos eventos. Cada inspeção deve ser acompanhada de documentação fotográfica e escrita detalhada. As lesões detectadas devem ser minuciosamente registradas, sendo essa etapa, por isso, uma das mais importantes na perspectiva da preservação de vestígios.

Embora as etapas sejam descritas em sequência, é fundamental reavaliar constantemente. Caso ocorra uma piora com risco de vida, deve-se retornar à avaliação primária e adotar as medidas necessárias para tratar o problema imediatamente.

2.2 Vestígios de interesse forense em vítimas de trauma

O conceito de vestígio se refere a modificações físicas e psíquicas provocadas por atitude humana de ação ou omissão que leve a conclusões sobre os fatos ocorridos que a causaram – o ato criminoso (63).

A definição doutrinária no direito penal estabelece que o vestígio pode ou não ter relação com o crime. Contudo, a Lei Anti-Crime restringiu um pouco essa definição, com o art. 158A, § 3º, descrevendo que o “vestígio é todo objeto ou material bruto, visível ou latente, constatado ou recolhido, que se relaciona à infração penal” (64).

Os vestígios podem ser classificados da seguinte maneira:

- i. Vestígios orgânicos ou biológicos, como sangue, saliva, urina, sêmen, pelos, cabelos, unhas, larvas, pólen e plantas;
- ii. Vestígios inorgânicos ou não biológicos, como poeiras, solos, tintas e explosivos;
- iii. Vestígios morfológicos, como vestígios lofoscópicos (impressões digitais), pegadas, rastros e marcas de objetos (65).

Além disso, informações, relatos, comportamentos e outros fatores imateriais também podem ser considerados vestígios (66).

Qualquer caso de lesão ou doença em que alguma questão que seja suspeita de ser resultado de ato criminoso esteja envolvida é chamado de caso forense (*medico-legal case*). Faz parte das atribuições da equipe de saúde que atende o paciente ter preparo para detectar a presença da ocorrência com esse caráter e relatar o caso às autoridades competentes da maneira adequada. Além disso, é indicada a realização um exame completo sob condições apropriadas e manutenção de todos os tipos de vestígios relacionados em condições e registro adequados dos achados do exame, até que estes possam ser encaminhados à autoridade policial (67,68).

Todos os pacientes atendidos na unidade de emergência devido a acidentes de trânsito, armas de fogo e lesões explosivas, agressão, queimaduras, choque elétrico, asfixia, tortura, abuso infantil, quedas e outros ferimentos, envenenamento e tentativa de suicídio, dentre outros, são considerados casos forenses traumáticos (69,70).

De maneira mais específica, Pasqualone descreveu 24 categorias forenses de vítimas (24), conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias forenses de vítimas (continua)

Acidentes de trabalho
Acidentes de trânsito
Abuso de substâncias
Agressão pessoal
Abuso de crianças
Admissão de doentes psiquiátricos
Riscos ambientais
Assalto e agressão
Abuso de incapacitados
Mordeduras humanas e animais
Mortes suspeitas

Quadro 2 - Categorias forenses de vítimas (conclusão)

Abuso de idosos
Violência doméstica
Pessoas sob custódia policial
Abuso sexual

Feridas cortantes
Reações medicamentosas
Práticas transculturais
Doação de órgãos
Queimados com mais de 5% de área
PAF
Intoxicação alimentar coletiva
Violência de gangues
Negligência e má prática clínica.

Os casos forenses traumáticos são atendidos com frequência nas unidades de emergência, que são vistas como a porta de entrada para as instituições de saúde. A avaliação inicial do trauma frequentemente acaba por constituir a primeira etapa do exame forense.

2.3 Princípio da transferência e cadeia de custódia

Na ciência forense, o princípio de Locard sustenta que o perpetrador de um crime deixará algo na cena do crime e sairá com algo dela, e que ambos podem ser usados como evidência forense. Ele formulou o princípio básico da ciência forense como: "todo contato deixa uma marca". É geralmente entendido como “com o contato entre dois itens, haverá uma troca” (71).

Durante o atendimento ao paciente forense, há duas preocupações no que se refere aos vestígios: (1) a manipulação do paciente pelos profissionais pode ocasionar a perda ou alteração de vestígios; (2) profissionais podem contaminar os vestígios presentes na vítima ao entrar em contato com eles.

A continuidade da posse ou custódia de vestígios e sua movimentação e localização desde o ponto de descoberta e recuperação (na cena de um crime ou de uma pessoa), até seu transporte para o laboratório para exame e até o momento em que forem permitidos e admitidos no tribunal, é conhecida como cadeia de custódia ou cadeia de provas (72).

Mesmo que não componha legalmente a cadeia de custódia, é essencial que o(a) enfermeiro(a) emergencista tenha conhecimento técnico que permita a adequada preservação dos vestígios, que poderão ser coletados em momento oportuno pelo profissional designado pela autoridade policial. Devido a este aspecto legal, este trabalho tem como abordagem a manutenção dos vestígios de modo a se evitar que eles se percam durante o atendimento de

emergência, para que possam ser coletados pela autoridade competente em momento oportuno. Sendo assim, optou-se pela utilização do termo “preservação de vestígios” em vez de “coleta de vestígios”.

É preciso garantir ao tribunal que a prova é autêntica, ou seja, é a mesma prova apreendida na cena do crime. Ficou, em todos os momentos, sob a custódia de uma pessoa designada para manuseá-la e da qual nunca foi perdida. Embora seja um processo demorado, é necessário que as provas sejam relevantes no tribunal (72).

A Lei Anticrime (Lei 13.964/2019) trouxe, dentre as várias alterações no Código de Processo Penal, a inserção da cadeia de custódia da prova. Segundo ela:

Art. 158-B. A cadeia de custódia compreende o rastreamento do vestígio nas seguintes etapas:

I - Reconhecimento: ato de distinguir um elemento como de potencial interesse para a produção da prova pericial;

II - Isolamento: ato de evitar que se altere o estado das coisas, devendo isolar e preservar o ambiente imediato, mediato e relacionado aos vestígios e local de crime;

III - fixação: descrição detalhada do vestígio conforme se encontra no local de crime ou no corpo de delito, e a sua posição na área de exames, podendo ser ilustrada por fotografias, filmagens ou croqui, sendo indispensável a sua descrição no laudo pericial produzido pelo perito responsável pelo atendimento;

IV - Coleta: ato de recolher o vestígio que será submetido à análise pericial, respeitando suas características e natureza;

V - Acondicionamento: procedimento por meio do qual cada vestígio coletado é embalado de forma individualizada, de acordo com suas características físicas, químicas e biológicas, para posterior análise, com anotação da data, hora e nome de quem realizou a coleta e o acondicionamento;

VI - Transporte: ato de transferir o vestígio de um local para o outro, utilizando as condições adequadas (embalagens, veículos, temperatura, entre outras), de modo a garantir a manutenção de suas características originais, bem como o controle de sua posse;

VII - recebimento: ato formal de transferência da posse do vestígio, que deve ser documentado com, no mínimo, informações referentes ao número de procedimento e unidade de polícia judiciária relacionada, local de origem, nome de quem transportou o vestígio, código de rastreamento, natureza do exame, tipo do vestígio, protocolo, assinatura e identificação de quem o recebeu;

VIII - processamento: exame pericial em si, manipulação do vestígio de acordo com a metodologia adequada às suas características biológicas, físicas e químicas, a fim de se obter o resultado desejado, que deverá ser formalizado em laudo produzido por perito;

IX - Armazenamento: procedimento referente à guarda, em condições adequadas, do material a ser processado, guardado para realização de contraperícia, descartado ou transportado, com vinculação ao número do laudo correspondente;

X - Descarte: procedimento referente à liberação do vestígio, respeitando a legislação vigente e, quando pertinente, mediante autorização judicial (64).

Autores sugerem que os enfermeiros necessitam estar aptos a reconhecer que existe uma situação forense potencial, e devem, então, coletar, preservar e manter uma cadeia de custódia consistente de qualquer evidência com documentação completa (73).

2 Objetivos

2.1 Geral

Construir e validar protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidade de emergência.

2.2 Específicos

- Construir e validar protocolo de preservação de vestígios forenses associado ao algoritmo de atendimento ao trauma;
- Avaliar as evidências presentes na literatura internacional a respeito da preservação de vestígios forenses na emergência pelo enfermeiro;
- Elaborar curso de capacitação em preservação de vestígios forenses em unidades de emergência para enfermeiros;
- Estabelecer bases para proposta de protocolo de atendimento a vítimas de violência em âmbito nacional.

3 Métodos

Estudo transversal, descritivo, do tipo metodológico, com abordagem quantitativa, para elaboração e validação de aparência e conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para preservação de vestígios em atendimentos enquadrados nas categorias forenses de vítimas que recorrem às unidades de emergência hospitalares.

São consideradas categorias forenses: acidentes de trabalho; acidentes de trânsito; abuso de substâncias; agressão pessoal; abuso de crianças; admissão de doentes psiquiátricos; riscos ambientais; assalto e agressão; abuso de incapacitados; mordeduras humanas e animais; mortes suspeitas; abuso de idosos; violência doméstica; pessoas sob custódia policial; abuso sexual; feridas cortantes; reações medicamentosas; práticas transculturais (por exemplo, mutilação genital feminina); doação de órgãos; queimados com mais de 5% de área; perfuração por arma

de fogo; intoxicação alimentar coletiva; violência de gangues; negligência e má prática clínica(24).

O estudo foi conduzido em quatro etapas, tendo como base o Polo Teórico proposto por Pasquali(74): 1) revisão da literatura; 2) elaboração do instrumento; 3) validação de conteúdo; 4) validação semântica e de aparência.

3.1 Fase 1 – Revisão da literatura para elaboração do instrumento

Para construção do instrumento, inicialmente foi realizada revisão sistematizada, do tipo *scoping review*, para identificação da produção científica referente aos procedimentos para preservação de vestígios forenses por enfermeiros em unidades de emergência internacionalmente. Para estruturação da busca foi utilizado como referência o Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (75), seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (76), de modo a sistematizar o processo de revisão, aumentando a confiabilidade dos resultados. Foram seguidas as etapas de identificação do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; apresentação da síntese do conhecimento; conforme proposto por Whitemore & Knafl (77).

A pergunta de pesquisa foi delimitada a partir da estratégia PCC, sendo considerado P (População) as publicações disponíveis a respeito do tema; C (Conceito) os procedimentos realizados pelo enfermeiro forense na preservação de vestígios de interesse forense; e C (Contexto) unidades de urgência e emergência. Dessa forma, foi definida a pergunta: “Quais são os procedimentos descritos na literatura para preservação de vestígios de interesse forense em unidades de urgência e emergência?”.

Após uma pesquisa genérica em bases de dados eletrônicas, foram definidos os descritores MESH: “forensic nursing”, “forensic sciences”, “forensic medicine”, “emergency service”, “emergency department”, “emergency medical services”; e os descritores não padronizados: “forensic traces”, “forensic evidence”, “forensic patient”, “guidelines” e “guidelines as topic”. Os descritores foram associados pelos operadores booleanos AND e OR, como apresentados no Quadro 2. Foram consultadas as bases de dados disponíveis a partir dos portais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para busca na literatura cinzenta foram utilizados OpenGrey e Google Acadêmico. Não foi estabelecido limite temporal.

Plataformas	Estratégia de busca
BVS	("forensic nursing" or "forensic sciences" or "forensic medicine" or "forensic traces" or "forensic evidence" or "forensic patient") and ("emergency service" or "emergency department" or "emergency medical services")
MEDLINE	("forensic nursing" OR "forensic sciences" OR "forensic medicine" OR "forensic traces" OR "forensic evidence" OR "forensic patient") AND ("emergency service" OR "emergency department" OR "emergency medical services")
CAPES	("forensic nursing" OR "forensic sciences" OR "forensic medicine" OR "forensic traces" OR "forensic evidence" OR "forensic patient") AND ("emergency service" OR "emergency department" OR "emergency medical services")
OpenGrey	Strategy 1: "forensic nursing" "emergency" "guidelines"
	Strategy 2: " forensic traces " "emergency department" "guidelines"
Google Scholar	Strategy 1: "forensic nursing" "emergency" "guidelines"
	Strategy 2: " forensic traces " "emergency department" "guidelines"

Foram incluídas publicações referentes ao tema definido: artigos científicos, livros, protocolos, manuais, monografias, dissertações, teses, recomendações de associações, sociedades e órgãos oficiais, sem delimitação temporal. Foram excluídos documentos referentes a preservação de vestígios nas vítimas de agressão sexual (por se tratar de tema muito específico e requerer recursos e qualificação específicos), textos sem fins científicos ou acadêmicos, sites, anais de congressos, opiniões de especialistas e cartas ao editor. A busca na literatura foi realizada entre agosto e outubro de 2021.

3.2 Fase 2 - Elaboração do instrumento

Para extração de dados foi utilizada uma Matriz de Síntese (78), estruturada para este fim, avaliando a abordagem dos aspectos: 1) agravo à vítima atendida; 2) procedimentos a serem realizados; 3) materiais necessários; 4) profissional responsável; 5) cuidados especiais.

Os estudos selecionados na revisão foram analisados a partir da perspectiva da Resolução COFEN 556 de 2017, que dispõe sobre as atribuições e atuação do enfermeiro forense no Brasil(51).

3.3 Fase 3 – Validação de conteúdo

Após revisão e estruturação da primeira versão do protocolo, ele foi submetido a um comitê de especialistas, com expertise na área forense, conforme proposto por Pasquali(74), que estabelece o mínimo de seis peritos, para avaliação da validade de construto, critério e conteúdo. Dessa forma, foram selecionados 15 participantes, considerando-se a possibilidade de perda amostral no decorrer do estudo. Estes experts foram escolhidos a partir de busca curricular na Plataforma Lattes, por meio dos critérios: 1) Assunto (Emergência e/ou Enfermagem Forense); 2) Doutores e demais pesquisadores; 3) Que atualizaram o currículo nos últimos 24 meses; 4) Informações pessoais: formação acadêmica/área de titulação, área de atuação; 5) Informações sobre produções bibliográficas: artigos publicados, trabalhos em eventos, outras produções bibliográficas.

Foram adotados os critérios propostos pelo Modelo de Validação de Fehring (79) adaptado para a temática, da seguinte maneira: titulação de mestre em Enfermagem (4 pontos); titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao estudo (1 ponto); pesquisa publicada sobre enfermagem forense (2 pontos); artigo publicado na área de intersecção entre enfermagem forense e atendimento de emergência em periódicos de referência (2 pontos); doutorado versando sobre enfermagem forense ou enfermagem de emergência (2 pontos); experiência clínica recente de pelo menos 1 ano na área temática abordada (1 ponto); capacitação (especialização) em enfermagem de emergência ou enfermagem forense. A pontuação mínima para inclusão do perito foram 5 pontos.

Os experts incluídos na amostra do estudo responderam ao questionário por meio de plataforma online após contato telefônico para esclarecimento dos aspectos referentes ao estudo. Aos *experts* que concordaram em participar do estudo, após envio de carta convite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (disponível online antes do questionário), foi solicitado que recomendassem outros profissionais, com base nos critérios estabelecidos.

Para avaliação do instrumento, foi utilizado um roteiro com os seguintes critérios de apreciação dos itens, em escala tipo Likert: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, linguagem, amplitude e equilíbrio. A concordância entre as respostas dos *experts* foi obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que permite avaliar cada item do instrumento, e após, avaliá-lo em sua totalidade.

3.4 Fase 4 - Validação semântica e de aparência

A etapa de validação semântica e de aparência foi realizada a partir de avaliação do comitê de especialistas. Os dados foram catalogados e manipulados no software Microsoft Excel para Office 365 e analisados no software IBM SPSS Statistics 29.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS 466/2012 para proteção dos participantes da pesquisa. Todos os sujeitos da amostra foram informados acerca dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. Considerando que os profissionais participantes do estudo responderam ao questionário por meio de plataforma online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado de forma online antes do questionário de avaliação do instrumento. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UnB) sob parecer número 4.523.178, e CAE: 39262920.4.0000.0030.

4 Resultados

4.1 Fase 1 – Revisão da literatura para elaboração do instrumento

Após busca realizada nas plataformas e bases de dados, foram incluídos 23 documentos, conforme processo representado pelo fluxograma na Figura 1.

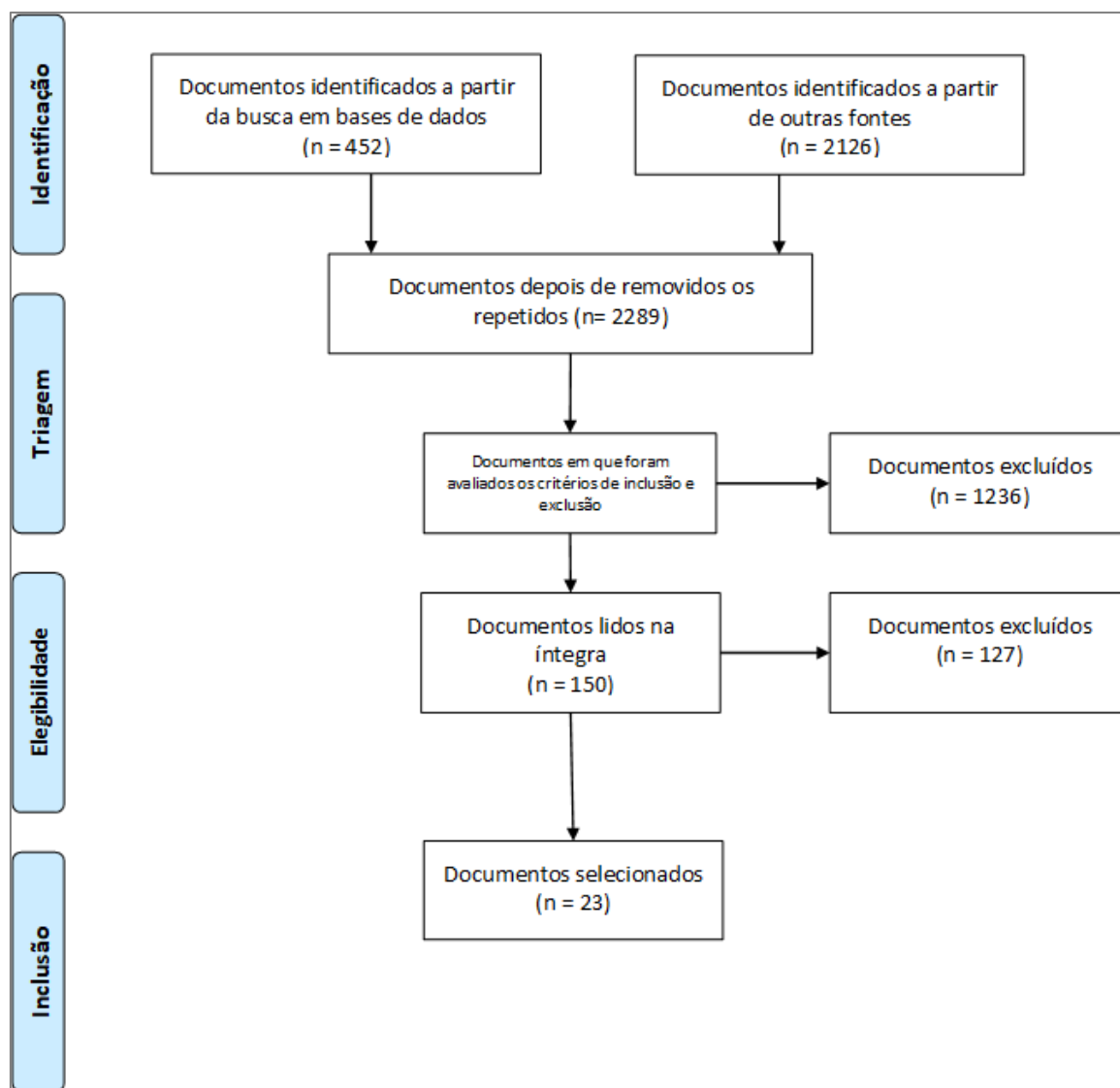


Figura 1 - Processo de seleção de documentos para revisão

Fonte: Adaptado de Tricco (2018) (75).

Os artigos selecionados para compor a revisão a partir da leitura na íntegra, são catalogados no Quadro 3, e organizados quanto ao ano de publicação, tipo de documento, meio de publicação e país de filiação dos(as) autores(as).

Quadro 4 - Catalogação dos artigos selecionados (continua)

Ano	Documento	Tipo de documento	Revista/ Editora/ Instituição	País
1994	Clinical Forensics for Perioperative Nurses (45)	Artigo original	AORN Journal	Estados Unidos
1995	Clinical Forensic Nursing - A New Perspective in the Management of Crime Victims from Trauma to Trial (80)	Artigo original	Critical Care Nursing Clinics of North America	Estados Unidos

Quadro 5 - Catalogação dos artigos selecionados (continuação)

Ano	Documento	Tipo de documento	Revista/ Editora/ Instituição	País
1996	Forensic documentation of battered pregnant women (14)	Artigo original	Journal of Nurse-Midwifery	Estados Unidos
1999	Evidence Recognition and Collection in the Clinical Setting (16)	Artigo original	Critical Care Nursing Quarterly	Estados Unidos
2000	Forensic perioperative nursing. Advocates for justice (18)	Artigo original	Canadian Operating Room Nursing Journal	Canadá
2000	Don't destroy the evidence (40)	Artigo original	AORN Journal	Estados Unidos
2001	The forensic ABCs of trauma care (17)	Artigo original	The Canadian Nurse	Estados Unidos
2003	Clinical forensic medicine - Management of crime victims from trauma to trial (81)	Artigo original	Journal of Clinical Forensic Medicine	Índia
2005	Evidence collection and documentation: are you prepared to be a medical detective? (19)	Artigo original	Topics in Emergency Medicine	Estados Unidos
2005	Forensic evidence collection (66)	Artigo original	Journal of Emergency Nursing	Estados Unidos
2005	The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature (39)	Artigo de revisão	Accident and Emergency Nursing	Austrália
2006	Evidence collection in the emergency department. In: Forensic Nursing (20)	Livro	Elsevier Mosby	Estados Unidos
2006	Forensic evidence. Preserving the clinical picture (82)	Artigo original	RN	Estados Unidos
2008	The challenges forensic nurses face when their patient is comatose: addressing the needs of our most vulnerable patient population (83)	Artigo original	Journal of Forensic Nursing	Estados Unidos
2010	Development of forensic evidence collection guidelines for the emergency department (44)	Artigo original	Critical Care Nursing Quarterly	Estados Unidos
2010	Maintaining the Chain of Custody Evidence Handling in Forensic Cases (84)	Artigo original	Maintaining the Chain of Custody Evidence Handling in Forensic Cases	Estados Unidos
2011	Forensic nursing science (85)	Livro	Elsevier	Estados Unidos
2013	Forensic Nursing: evidence-based principles and practice (86)	Livro	Davis Company	Estados Unidos
2013	Forensic Nursing: A Handbook for Practice (87)	Livro	Jones and Bartlett	Estados Unidos
2014	CSI & U: Collection and Preservation of Evidence in the Emergency Department (43)	Artigo original	Journal of Emergency Nursing	Estados Unidos
2016	Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments (41)	Artigo original	Emergency Nurse	Reino Unido
2019	Federal Bureau of Investigation: Handbook of forensic Services (88)	Manual	Federal Bureau of Investigation (FBI)	Estados Unidos

Os artigos selecionados foram analisados de modo a identificar (1) as recomendações a respeito da estrutura necessária para execução dos procedimentos de preservação de vestígios; (2) os procedimentos propriamente ditos.

A estrutura necessária foi organização quanto a recursos físicos (Quadro 4), materiais (Quadro 5) e humanos (Quadro 6).

Quadro 6 - Recursos físicos necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência

Recursos	Referência
Geladeira	(86)
Sala ou local disponível para secagem de vestígios úmidos	(86)

Quadro 7 - Recursos materiais necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência (continua)

Recursos	Referência
Alvejante diluído ou luz UV	(86)
Ampola de água destilada	(41,43,44,85,86)
Caixa de luva de procedimento	(41,44,85,86)
Caixa de papelão resistente (pequena, média e grande)	(43,44,86)
Caixa grande de plástico com tampa	(43)
Câmera DSLR	(44,85,86)
Caneta permanente à prova d'água	(43,44,85)
Cartão de memória extra (câmera)	(44,85)
Copos de isopor ou suporte para swab	(43,44,85,86)
Caderno/pasta com protocolo, telefones, formulários e campo para observações	(43)
Diagramas das regiões do corpo humano	(41,43,44,85,89)
Envelopes de papel (pequeno e médio)	(41,43,44,85,86)
Escala ABFO nº 2	(44,85,86)
Etiquetas de identificação	(43,44,85)
Fita adesiva de segurança (evidência)	(41,43,44,85)
Fita adesiva transparente	(43,44,85)
Folhas de papel branco A4	(86)
Folhas de papel branco ou pardo A0	(41,44,85)
Formulários de cadeia de custódia	(43,44,85)
Frasco coletor estéril	(41,43,44,85,86)
Fraco coletor com aditivo	(41)
Gazes estéreis	(44,85)

Quadro 8 - Recursos materiais necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência (conclusão)

Recursos	Referência
Lâmina de vidro	(43)
Máscara	(43,85)
Pinças com e sem ponta de borracha	(43,44,85)
Saco de lixo infectante vermelho	(43)
Sacolas de papel pardo (médio e grande)	(30,41,86)
Sacos de papel pardo (pequeno, médio e grande)	(43,44)
Sacos de plástico inviolável (pequeno e médio)	(41,86)
Swab estéril	(43,44,85,86)
Termo de consentimento para fotografia	(43)
Tesoura grande	(41,44,85,86)
Touca	(43)
Tubo de coleta de sangue (EDTA)	(43,44,85)
Tubo ou caixa para arma ou faca	(41,85)

Quadro 9 - Recursos humanos necessários para preservação de vestígios em unidades de emergência

Recursos	Referências
Enfermeiro(a) forense ou emergencista com capacitação específica	(41,43,85)

Quanto aos procedimentos, foram observados aqueles recomendados para preservação de vestígios de interesse forense por enfermeiros em unidades de emergência ou ambientes em que ocorrem avaliações equivalentes (como Centros Cirúrgicos) (Quadro 7). Eles foram didaticamente organizados nas categorias: “documentação”, “orientações à vítima/agressor”, “avaliação”, “procedimentos gerais para preservação de vestígios”, “cadeia de custódia”, “fluidos”, “roupas” e “cuidados pós-morte”.

Quadro 10 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continua)

Categoria	Procedimento	Referência
Documentação	Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até o Serviço de Urgência/Emergência.	(20,87,90,91)
	Documentar o tipo de tratamento efetuado.	(20,87,90,91)
	Documentar o que foi recolhido, o que foi feito, e a quem foi entregue. Preencher formulário da cadeia de custódia.	(20,87,90,91)

Quadro 11 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Documentação	Documentar o que foi visto, cheirado e ouvido usando as próprias palavras da vítima/agressor, em forma narrativa.	(20,87,90,91)
	Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo.	(20,87,90,91)
	Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.	(87)
	Indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.	(20,87,90,91)
	Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.	(19)
	Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.	(20,87,90,91)
	Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.	(20,87,90,91)
	Fotografar as lesões antes da limpeza de uma alegada vítima de agressão e, se tal não for possível, documentá-las e descrever o estado geral da vítima.	(20,87,90,91)
	Etiquetar e identificar todas as amostras colhidas com a data e hora da coleta, assim como com o nome da pessoa que efetuou a coleta.	(20,87,90,91)
	Sacos/envelopes/recipientes devem ser selados com fita adesiva e rotulados com nome do paciente, data/hora, e nome impresso e assinatura da pessoa que preserva e obtenção dos vestígios.	(13)
	Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatômico e/ou fotografá-las.	(20,87,90,91)
Orientações à vítima/agressor	Quando um padrão de lesão é detectado, documentá-lo/registrá-lo antes de qualquer procedimento médico, exceto em caso de emergência.	(20,87,90,91)
	Consoante às circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.	(20,87,90,91)
Avaliação	Todos os pacientes que são vítimas de violência, ou suspeitas de serem vítimas de violência, devem ser completamente despídos e todas as superfícies corporais avaliadas.	(19)
	Avalie o paciente da cabeça aos pés.	(19)
	Documentar a aparência do paciente na chegada (por exemplo: choroso, sem apresentar contato visual, roupas rasgadas).	(18,80)

Quadro 12 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Avaliação	Observar o comportamento, atitude e preocupação do paciente com itens ou pessoas.	(18,45)
	Usar palavras exatas, citações.	(14,16–18,20,40,45,82)
	As declarações do paciente devem ser reproduzidas com precisão, não editadas e sem adaptações.	(14,18)
	Usar o nome do suposto autor do crime, se citado pelo paciente.	(14)
	Ao documentar o histórico do paciente, usar termos como "paciente afirma" ou "paciente relata" em vez de "paciente alega". Evitar expressões como "paciente recusa", em vez disso, usar "paciente declina".	(44)
	Observar atitude (por exemplo, assustado, agressivo, sem emoção).	(66)
	Observar linguagem corporal inadequada (por exemplo, falta de contato visual).	(66)
	Observar preocupação com um determinado item ou pessoa (por exemplo, carteira, localização da arma, suposto autor).	(66)
	Observar odores incomuns (por exemplo, gasolina, álcool, madeira queimada).	(66)
	Observar orientação da roupa (por exemplo, lado direito para fora, sapatos nos pés apropriados).	(66)
	Observar lesões na pele.	(66)
	Observar admissões ou negações (por exemplo, dirigir veículo, manusear arma).	(66)
	Observar declarações sobre métodos de ataque.	(66)
	Se mapas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão.	(16,19,80)
	Documentar a localização, tamanho e aspecto das lesões antes que sejam alteradas pelo tempo ou intervenção médica.	(19,39,45,80)
	Se uma intervenção médica alterou uma lesão, documentar.	(39)
	Usar pontos de referência para descrever a localização, não outras lesões	(19)
	Não documentar o ferimento como de "entrada" ou "saída".	(16,17,19,45,82)
	Documentar os padrões observáveis.	(15)
Procedimentos gerais de preservação de vestígios	Trabalhar o máximo possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.	(16,18–20,39,82,84)
	Troque as luvas com frequência (quando possível) para evitar contaminação cruzada	(39)
	Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.	(20,87,90,91)
	Colocar cada vestígio em um saco de papel separado ou fichário (pedaço de papel dobrado) e etiquetar com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da preservação, conteúdo e de onde isso veio.	(44)
	Secar todas as amostras antes de selar a embalagem.	(16)

Quadro 13 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Procedimentos gerais de preservação de vestígios	Não lambar os envelopes para lacrá-los. Umedecê-los com um dedo enluvado ou usar a etiqueta do paciente.	(16)
	Não grampear os sacos fechados.	(20)
	Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de DNA do agressor.	(20,87,90,91)
	Colher os vestígios usando um swab estéril e, se necessário, a ponta deste pode ser umedecida com água destilada, colocando-a em contato com área da lesão e com a área circundante.	(20,87,90,91)
	Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.	(20,87,90,91)
	Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.	(20,87,90,91)
	Efetuar a coleta de swabs em número suficiente tendo em conta a quantidade dos vestígios encontrados e o tipo de estudos que irão ser realizados.	(20,87,90,91)
	Utilizar uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na detecção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.	(20,87,90,91)
	Levar em consideração que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.	(20,87,90,91)
	Levar em consideração que as lesões acidentais surgem mais facilmente em crianças e pessoas idosas, especialmente em proeminências ósseas, tais como rótula, mento, osso frontal e maléolos.	(20,87,90,91)
	Detectar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua coleta.	(20,87,90,91)
	Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.	(20,87,90,91)
	Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.	(20,87,90,91)
	Raspar marcas de mordeduras, com um swab, medí-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.	(20,87,90,91)
	Evidências de traços, como cabelo, fibra ou lascas de tinta, podem ser levantadas com fita transparente e, em seguida, colado diretamente ao feixe	(15,16,45)
	Secreções secas, como saliva, podem ser obtidas com um cotonete umedecido (água estéril).	(16)
	Passar um swab em qualquer área que tenha secreções corporais não explicadas obviamente pelas lesões do paciente.	(82)
	Secar os cotonetes em temperatura ambiente.	(15,39)
Cadeia de custódia	Mantenha a cadeia de custódia o mais curta possível.	(14–16,19)

Quadro 14 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Cadeia de custódia	Registrar: a) Nome do paciente e número de registro na instituição; b) Nome do profissional responsável pela preservação (escrito e assinatura); c) Transferência de vestígios: i. Nome da pessoa que liberou e recebeu (escrito e assinatura); Se a autoridade policial estiver recebendo o vestígio, incluir número do distintivo.	(14,15,18,40)
	ii. Os vestígios não podem ser deixados sem vigilância e devem estar à vista do profissional responsável pela preservação. Se isso não puder ser feito, deve ser mantido em área trancada.	(14,82)
	O formulário de cadeia de custódia deve seguir o vestígio: a) A cópia original acompanha o vestígio quando transferido para a autoridade policial. b) A segunda folha deve ser mantida no prontuário do paciente. A terceira folha deve ser enviada para a segurança do hospital (quando o vestígio é transferido diretamente para a segurança do hospital, manter a segunda e a terceira via juntas).	(44)
Fluidos	Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vômito em recipientes estéreis com tampa ou em frascos coletores.	(20,87,90,91)
	Colher e preservar amostras biológicas em recipientes apropriados em tamanho e tipo.	(20,87,90,91)
	Coletar amostras de sangue em tubos com tampa vermelha, roxa e cinza e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta.	(19,20,44,88)
	Colocar os tubos de sangue em um envelope etiquetado com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da coleta, lacrado, e a cadeia de custódia seguida quando da transferência para o laboratório.	(44)
	Coletar amostras de sangue de todas as vítimas de PAF, PAB, e agressões com risco de vida.	(44)
	As amostras devem ser coletadas antes da transfusão de hemoderivados, pois há alteração do DNA por vários meses pós-transfusão.	(44)

Quadro 15 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Fluidos	Utilizar iodopovidona para preparar o local da punção venosa; não álcool.	(20)
	Circular locais em que for realizada punção.	(40)
	Usar formulário de cadeia de custódia ao lidar com qualquer vestígio	(14–19,39,40,45,80–82)
Roupas	Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar rolos de papel, não sacudindo.	(20,87,90,91)
	Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.	(20,87,90,91)
	Preservar a roupa da vítima, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.	(20,87,90,91)
	Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.	(20,87,90,91)
	Roupas/itens pessoais não devem ser dados a familiares ou amigos	(20,40,80)
	Cortar as roupas ao longo das costuras, se possível. Evitar cortar buracos, rasgos ou manchas.	(15,18–20,40,43,80,84)
	Não colocar as roupas no chão, pois elas podem se contaminar.	(40,43,45,80,84)
	Colocar 2 lençóis limpos no chão para colocar as roupas até que possam ser ensacadas.	(16,20,80,82)
	O lençol de cima pode ser substituído por uma folha de papel utilizado para cobertura de macas.	(43)
	O lençol de cima ou a folha deve ser mantido como vestígio, pois pode haver detritos nele(a). O lençol de baixo pode ser encaminhado para a lavanderia do hospital	(43,44)
	Não sacudir as roupas.	(19,20,43,80)
	Colocar cada peça de roupa seca em sacos de papel separados e selar com fita de evidência.	(14,16,18–20,39,40,45,80–82,84)
	Colocar cada peça de roupa molhada em sacos de papel separados e, em seguida, colocar em saco plástico de risco biológico. Não fechar o saco plástico, pois a umidade pode causar o crescimento de fungos. Manter a sacola plástica aberta, avisar a polícia o mais rápido possível e informar a roupa está molhada.	(14,19,20,43,45,82,84)
	Os itens devem ser colocados em embalagem separadas de modo que vestígios de uma peça não sejam transferidos para a outra.	(85)
	Caso haja folha de papel cobrindo a maca sob o paciente, ela deve ser mantida como vestígio.	(20,43,80,82)

Quadro 16 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência (conclusão)

Categoria	Procedimento	Referência
Roupas	Documentar o nome do paciente, e número de registro na instituição, conteúdo da embalagem, assinatura e nome impresso do profissional, data e hora.	(44)
	Colocar cada sapato em sacos de papel separados, eles devem manuseados como roupas.	(14,43)
	Se o paciente chegar com um dispositivo eletrônico, não tentar ligá-lo, desligá-lo ou pesquisar nele. A manipulação de um dispositivo eletrônico deve ser deixada para a autoridade policial para que nenhuma informação vital que possa ser uma fonte de evidência seja perdida.	(87)
	Não jogar nenhum item fora, por mais simples que pareça.	(43)
Cuidados pós-morte	Enviar o corpo para o necrotério exatamente como estava no momento da morte, não limpar o corpo.	(66)
	Minimizar manuseio do corpo.	(66)
	Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo.	(85)
	Feridas prévias a procedimentos de reanimação devem ser deixadas sem curativo para não perturbar as evidências.	(85)
	Enviar amostras extras de laboratório, fluidos corporais e peças com o paciente (por exemplo, cabelo, sangue, êmese).	(66)
	Enviar todas as roupas para o necrotério em sacos de papel.	(66)
	Colocar a roupa de cama extra em sacos separados.	(66)
	Colocar sacos de papel envolvendo as mãos e pés e presos nos pulsos e tornozelos com fita adesiva, especialmente se houver suspeita de uso de arma de fogo.	(66,85,87)
	Deixar o corpo sobre o lençol em que o paciente foi tratado; o saco para corpo deve colocado por fora de ambos, porque o lençol pode conter vestígios.	(92)
	Os profissionais da unidade de emergência devem consultar as autoridades policiais antes de permitir que alguém identifique ou veja o corpo.	(92)
	O corpo não deve ser deixado sozinho, mesmo para visualização da família, para evitar adulteração dele ou dos vestígios.	(66,92)
	Verificar as informações com a autoridade policial para evitar que a equipe inadvertidamente forneça para a família informações pessoais ou itens do paciente itens que podem ser vestígios.	(43)
	Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar as responsabilidades legais do médico legista.	(93)

Também foram descritos na literatura procedimentos recomendados para situações traumáticas específicas: “perfuração por arma de fogo”; “perfuração por arma branca e outras lesões incisais”; “atropelamento”; “intoxicação exógena”; “asfixias complexas”; apresentadas no Quadro 7.

Quadro 17 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência em situações específicas (continua)

Categoria	Procedimento	Referência
Perfuração por arma de fogo	A documentação deve observar a presença/ausência de resíduo de arma de fogo (pó, fuligem, partículas e/ou pequenas hemorragias pontuadas).	(40,80,81)
	Se um curativo foi aplicado no campo, salve-o como evidência.	(44)
	Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	(20,87,90,91)
	Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.	(20,87,90,91)
	Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.	(20,87,90,91)
	Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.	(20,87,90,91)
	Levar em consideração que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados.	(20,87,90,91)
	Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo, que devem ser colocados separadamente em sacos de papel.	(20,87,90,91)
	Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.	(20,87,90,91)
	Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante do depósito de resíduos de pólvora incombusta.	(20,87,90,91)
	Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.	(20,87,90,91)
	Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial de resíduos do disparo.	(20,87,90,91)
	Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em recipientes de metal. Utilizar pinça com ponta de borracha ou regular pinça com gaze sobre as pontas para evitar marcas	(16,19,20,40,45,82,84)
	Não marque nenhum fragmento do projétil.	(16,19,40,82)
	Evitar lavar as balas e/ou projéteis encontrados junto à vítima.	(20,87,90,91)
Perfuração por arma de fogo	Armazenar o(s) projétil(eis) em um frasco de amostra de plástico com gaze. Se molhado, deixar secar ao ar livre antes de selar a tampa, em seguida, fechar e selar com fita de evidência, e identificar. Documentar a localização da bala recuperada (por exemplo, ombro esquerdo) no frasco.	(44)
	Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente: a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes (APH).	(20,87,90,91)

Quadro 18 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência em situações específicas (continuação)

Categoria	Procedimento	Referência
Perfuração por arma de fogo	Dê armas à polícia. Se eles não estiverem imediatamente disponíveis, transfira para um segurança oficial até que a polícia esteja disponível.	(44)
	Colocar armas em uma caixa rígida ou pedir à polícia para as receba imediatamente.	(20,40)
Perfuração por arma branca e outras lesões incisas	Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.	(20,87,90,91)
	Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.	(20,87,90,91)
	Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.	(20,87,90,91)
	Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.	(20,87,90,91)
	Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pela arma.	(20,87,90,91)
Atropelamento	Estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.	(20,87,90,91)
	Documentar as lesões provocadas pelo veículo.	(20,87,90,91)
	Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.	(20,87,90,91)
	Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgões e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.	(20,87,90,91)
	Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.	(20,87,90,91)
	Levar em consideração que a composição química do vidro do parabrisas é diferente da composição dos vidros laterais e por isso o tipo de lesões que estes provocam quando quebrados pode ser diferente.	(20,87,90,91)
Intoxicação exógena	Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.	(20,87,90,91)
	Com o auxílio de uma caneta, circundar o local da punção venosa por onde é administrado fármaco, para posterior diferenciação com a punção por onde foi administrada a substância tóxica ou droga de abuso.	(20,87,90,91)
	Preservar os vestígios eméticos.	(20,87,90,91)
	Obter o histórico social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local junto à equipe de Atendimento Pré-Hospitalar.	(20,87,90,91)
	Antes de administrar qualquer fármaco na vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar.	(20,87,90,91)

Quadro 19 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios em unidades de emergência em situações específicas (conclusão)

Categoria	Procedimento	Referência
Intoxicação exógena	Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-lo.	(20,87,90,91)
Asfixias complexas	Fotografar ou desenhar a forma de lesões em volta do pescoço.	(20,87,90,91)
	Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida.	(20,87,90,91)
	Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima.	(20,87,90,91)
	Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco corretamente identificado.	(20,87,90,91)
	Documentar as cores visualizadas na marca do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.	(20,87,90,91)
	Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame.	(20,87,90,91)
	Perante uma potencial vítima de asfixia por oclusão extrínseca dos orifícios respiratórios ou sufocamento facial, preservar qualquer objeto que se encontre na periferia da vítima e que possa ter sido usado para provocar a asfixia, como por exemplo papel, pano, um sólido móvel como lama, areia.	(20,87,90,91)
	Perante uma alegada vítima de asfixia por oclusão intrínseca das vias respiratórias, preservar o corpo estranho que provocou a oclusão, como por exemplo bolo alimentar, dentes extraídos, próteses, entre outros.	(20,87,90,91)
	Perante uma alegada vítima de asfixia por sufocação através de compressão tóraco-abdominal, documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada (APH).	(20,87,90,91)
	Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar à fratura de costelas e serem confundidas com o quadro de compressão tóraco-abdominal.	(20,87,90,91)
Asfixias complexas	Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, preservar a roupa, pois pode conter depósitos de elementos como areia, lama, algas ou seres aquáticos.	(20,87,90,91)
	Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.	(20,87,90,91)
	Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior detecção laboratorial de substâncias ilícitas.	(20,87,90,91)

4.2 Fase 2 - Elaboração do instrumento

Para definir os procedimentos que seriam incluídos no protocolo, foram adotados os seguintes critérios:

1. Atividade que não possua impedimento de realização no escopo de atuação do(a) enfermeiro(a) de acordo com a Lei do Exercício Profissional e Resoluções do sistema COFEN/CORENs (Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de Enfermagem);
2. Atividade que seja executada na unidade de emergência hospitalar;
3. Atividade destinada a impedir a perda do vestígio (preservação) durante a avaliação inicial da vítima¹ de caso forense traumático na medida em que seja relacionada ao algoritmo de atendimento à vítima de trauma.
4. Atividade que esteja adequada ao contexto brasileiro, no que se refere a impedimentos legais ou de outra ordem.

4.2.1 AVALIAÇÃO DA CENA

Devido ao evento violento frequentemente associado a pacientes dos quais os vestígios devem ser preservados, é importante se atentar aos sinais de alerta para proteger a segurança da equipe, que é a principal prioridade (43).

Na transferência do cuidado da equipe de APH para equipe do atendimento intra-hospitalar, deve-se garantir uma comunicação estruturada que permita a precisão da continuidade do cuidado (94). Para isso, recomenda-se a utilização de mnemônicos que viabilizem esse processo, sendo os mais recomendados para o atendimento de emergência (95) o SBAR (Situação – *Background* ou antecedentes - Avaliação – Recomendações) (96,97), e o MIST (Mecanismo da lesão – *Injuries* ou lesões – Sinais e sintomas – Tratamento fornecido) (98) e seus derivados ATMIST (*Age* ou idade – Tempo de início – Mecanismo da lesão – *Injuries* ou lesões – Sinais e sintomas – Tratamento fornecido) (99) e IMIST-AMBO (Identificação – Mecanismo da lesão – *Injuries* ou lesões – Sinais e sintomas – Tratamento fornecido – Alergias – Medicamentos – *Background* ou histórico – Outras informações) (100).

¹ Neste contexto, o paciente é chamado “vítima” por se tratar de vítima do evento traumático, não estando o termo associado ao aspecto jurídico da ocorrência. Dessa forma, o procedimento visa atender quaisquer sejam os pacientes: vítima da violência ou perpetrador da violência.

Dessa forma, algumas informações que são passadas pela equipe de APH, além de serem importantes para a avaliação clínica da vítima, podem ser consideradas vestígios. O Quadro 9 apresenta os procedimentos aplicáveis nessa etapa.

Quadro 20 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na transferência do cuidado

Etapa	Procedimento
Avaliação da cena	Verificar informações sobre o evento de modo a avaliar a segurança do atendimento (43)
	Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até a unidade de emergência (20,87,90,91).
	Fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH (20,87,90,91).
	Documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada (20,87,90,91).
	Manter cadeia de custódia.
Orientações à vítima/agressor	De acordo com as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar (20,87,90,91).

4.2.2 AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Ao atender um paciente forense, é vital lembrar que o seu bem-estar tem precedência sobre a preservação de vestígios forenses. O paciente é avaliado minuciosamente e o tratamento que salva vidas não deve ser atrasado. Tendo isso em vista, o Quadro 10 organiza os procedimentos a serem realizados durante o atendimento inicial, evitando a perda de vestígios, ainda que sem interferir na necessidade de assistência.

Quadro 21 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na avaliação primária da vítima de trauma (continua)

Etapa	Procedimento
X – Controle de sangramentos exsanguinantes	Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser mantido como vestígio (43,44).
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical	Considerar manter o conteúdo gástrico que o paciente vomitou ou que foi aspirado do paciente, porque este material pode conter veneno, tinta ou drogas. Ele deve ser armazenado em frasco estéril rotulado e selado (43).
	Observar que lesão oral aguda pode ser sugestiva de agressão sexual (83).
B – Ventilação (Breathing)	Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-lo (20,87,90,91).
C - Circulação	Circular e documentar locais em que for realizada punção (40).
	Se possível, um acesso intravenoso não deve ser feito nas mãos de qualquer pessoa envolvida em um tiroteio, seja uma vítima ou perpetrador (43).

Quadro 22 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na avaliação primária da vítima de trauma (continuação)

Etapa	Procedimento
C - Circulação	Coleta de amostras: a) Coletar amostras de sangue de todas as vítimas de PAF, PAB, e agressões com risco de vida (44). b) As amostras devem ser coletadas antes da transfusão de hemoderivados, pois há alteração do DNA por vários meses pós-transfusão (44). c) Utilizar iodopovidona para preparar o local da punção venosa; não álcool (20). d) Coletar amostras de sangue em tubos com tampa vermelha (20), roxa (19,20,88) e cinza (19,20,88) e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta. Colocar os tubos de sangue em um envelope etiquetado com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da coleta, lacrado, e a cadeia de custódia seguida quando da transferência para o laboratório (44).
D – Avaliação de déficit neurológico	Em caso de vítimas inconscientes, pessoas aparentemente significativas para o paciente (por exemplo, parente próximo ou cuidador) podem ser consultadas como parte do processo de coleta de informações (101).
	No atendimento ao paciente inconsciente, deve ser considerada a possibilidade de intoxicação exógena ou overdose de drogas (83).
	Deve-se observar, nos pacientes inconscientes, a possibilidade de agressão sexual de acordo com alguns sinais apresentados (vide tópico “Exame físico completo”) (83).
E – Exposição com controle de temperatura	Todos os pacientes que são vítimas de violência, ou suspeitas de serem vítimas de violência, devem ser completamente despidos e todas as superfícies corporais avaliadas (19).
	Avaliar o paciente da cabeça aos pés (19)
	Remoção das roupas: a) Cortar as roupas ao longo das costuras, se possível. Evitar cortar buracos, rasgos ou manchas (15,18–20,40,43,80,84). b) Não colocar as roupas no chão, pois elas podem se contaminar (40,43,45,80,84). c) Colocar 2 lençóis limpos no chão para colocar as roupas até que possam ser ensacadas (16,20,80,82). O lençol de cima pode ser substituído por uma folha de papel utilizado para cobertura de macas (43). d) O lençol de cima ou a folha deve ser mantido como vestígio, pois pode haver detritos nele(a) (43). O lençol de baixo pode ser encaminhado para a lavanderia do hospital. Não sacudir as roupas (19,20,43,80).
	Armazenamento das roupas: a) Roupas secas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e selar com fita de evidência (14,16,18–20,39,40,45,80–82,84). b) Roupas molhadas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e, em seguida, colocar em saco plástico de risco biológico. Não fechar o saco plástico, pois a umidade pode causar o crescimento de fungos. Manter a sacola plástica aberta, avisar a polícia o mais rápido possível e informar a roupa está molhada (14,19,20,43,45,82,84). Os itens devem ser colocados em embalagem separadas de modo que vestígios de uma peça não sejam transferidos para a outra (85).

Quadro 23 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na avaliação primária da vítima de trauma (conclusão)

Etapa	Procedimento
E – Exposição com controle de temperatura	Caso haja folha de papel cobrindo a maca sob o paciente, ela deve ser mantida como vestígio (20,43,80,82).
	Documentar o nome do paciente, e número de registro na instituição, conteúdo da embalagem, assinatura e nome impresso do profissional, data e hora (44).
	Colocar cada sapato em sacos de papel separados, eles devem manuseados como roupas (14,43).
	Se o paciente chegar com um dispositivo eletrônico, não tentar ligá-lo, desligá-lo ou pesquisar nele. A manipulação de um dispositivo eletrônico deve ser deixada para a autoridade policial para que nenhuma informação vital que possa ser uma fonte de evidência seja perdida (87).
	Não jogar nenhum item fora, por mais simples que pareça (43).
Registro	Manter cadeia de custódia.

4.2.3 AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Após a avaliação primária, a avaliação secundária tem como objetivo identificar problemas não observados anteriormente, a partir de uma análise minuciosa e detalhada do histórico e do exame físico completo da vítima.

4.2.3.1 História do paciente

Muitos casos forenses não são óbvios, dessa forma, além dos vestígios materiais, informações adquiridas junto ao paciente podem ser determinantes para a posterior avaliação do caso. É importante lembrar que esses dados são muito frágeis; na maioria das situações, caso não sejam registrados, não poderão ser recuperados posteriormente (66). O Quadro 11 elenca os procedimentos a serem realizados durante a coleta de informações, tanto descritas pela vítima/acompanhante, quanto observadas.

Quadro 24 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na coleta de histórico da vítima (continua)

Etapa	Procedimento
Anamnese	Documentar a aparência do paciente na chegada (por exemplo: choroso, sem apresentar contato visual, roupas rasgadas) (18,80).
	Observar o comportamento, atitude e preocupação do paciente com itens ou pessoas (18,45).
	Usar palavras exatas, citações (14,16–18,20,40,45,82).

Quadro 25 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na coleta de histórico da vítima (continuação)

Etapas	Procedimento
	As declarações do paciente devem ser reproduzidas com precisão, não editadas e sem adaptações (14,18).
	Usar o nome do suposto autor do crime, se citado pelo paciente (14).
	Ao documentar o histórico do paciente, usar termos como "paciente afirma" ou "paciente relata" em vez de "paciente alega". Evitar expressões como "paciente recusa", em vez disso, usar "paciente declina" (44).
Observar: Comportamento do paciente	Atitude (por exemplo, assustado, agressivo, sem emoção) (66).
	Linguagem corporal inadequada (por exemplo, falta de contato visual) (66).
	Preocupação com um determinado item ou pessoa (por exemplo, carteira, localização da arma, suposto autor) (66).
Observar: Aparência do paciente	Odores incomuns (por exemplo, gasolina, álcool, madeira queimada) (66).
	Orientação da roupa (por exemplo, lado direito para fora, sapatos nos pés apropriados) (66).
	Lesões na pele (66).
Observar: Comentários do paciente	Admissões ou negações (por exemplo, dirigir veículo, manusear arma) (66).
	Declarações sobre métodos de ataque(66).
Registro	Manter cadeia de custódia.

4.2.3.2 Exame físico completo

A realização do exame físico detalhado é provavelmente a melhor oportunidade para que o(a) enfermeiro(a) possa avaliar outros sinais menos evidentes, mas não menos importantes, presentes na vítima. O Quadro 12 apresenta detalhes importantes a serem observados durante o exame, bem como recomendações para registro desses dados.

Quadro 26 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na realização de exame físico completo da vítima (continua)

Etapas	Procedimento
Exame físico completo	Se diagramas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão (16,19,80).
	Documentar a localização, tamanho e aspecto das lesões antes que sejam alteradas pelo tempo ou intervenção médica (19,39,45,80). Documentar se uma intervenção médica alterou uma lesão (39).
	Usar pontos de referência para observar a localização de lesões, não outras lesões (19).
	Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatômico (20,87,90,91).
	Não documentar o ferimento como de "entrada" ou "saída" (16,17,19,43,45,82). Em vez disso, descrever o tamanho e a forma das feridas, como "2 mm" e "oval", por exemplo (43).

Quadro 27 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios na realização de exame físico completo da vítima (continuação)

Etapa	Procedimento
Exame físico completo	Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias (20,87,90,91).
	Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão (20,87,90,91).
	Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões (20,87,90,91).
Exame físico completo	Em casos de asfixia, evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida. Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo em embalagem específica (20,87,90,91).
	Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar a lesões secundárias (20,87,90,91).
	Documentar os padrões observáveis (15).
	Se o paciente for vítima de PAF, observar a presença/ausência de resíduo de arma de fogo (pó, fuligem, partículas e/ou pequenas hemorragias pontilhadas) (40,80,81).
	Se atentar à avaliação da superfície posterior dos antebraços, bem como das palmas das mãos; as lesões aqui são chamadas de lesões de defesa (87).
	Observar a face posterior das coxas, principalmente em gestantes, que muitas vezes levantam os joelhos para proteger o abdome gravídico (43).
	Observar quaisquer odores incomuns (18).
	Sinais, sintomas e circunstâncias que levam à suspeita de agressão sexual: a) Testemunha relata que alguém manteve relação sexual com o paciente enquanto ele estava inconsciente; b) O paciente está parcial ou totalmente despido sem explicação, especialmente a região ano-genital; c) A roupa do paciente está rasgada, suja ou cortada sem explicação; d) A roupa de baixo está ausente ou do avesso; e) Marcas de mordida estão presentes no corpo do paciente; f) Lesão ano-genital aguda está presente; g) Lesão oral aguda está presente; h) Lesão não-genital aguda está presente (padronizada, em forma de marra, queimadura , etc.) sem explicação; i) Estrangulamento; j) Cabelo da cabeça de paciente do sexo feminino foi cortado ou raspado
	Violência por parceiro íntimo está presente/suspeita (83)
	Se mapas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão (16,19,80).
Registro	Manter cadeia de custódia.

Considerando a recomendação de utilização de diagramas corporais para registro das lesões presentes no paciente (16,19,80), acrescentou-se como anexo ao pré-instrumento um modelo recomendado a ser impresso para preenchimento pelo profissional (Apêndices C, D e E e Figura 2). Diversos diagramas corporais são fornecidos pela Society of Asylum Medicine (102).

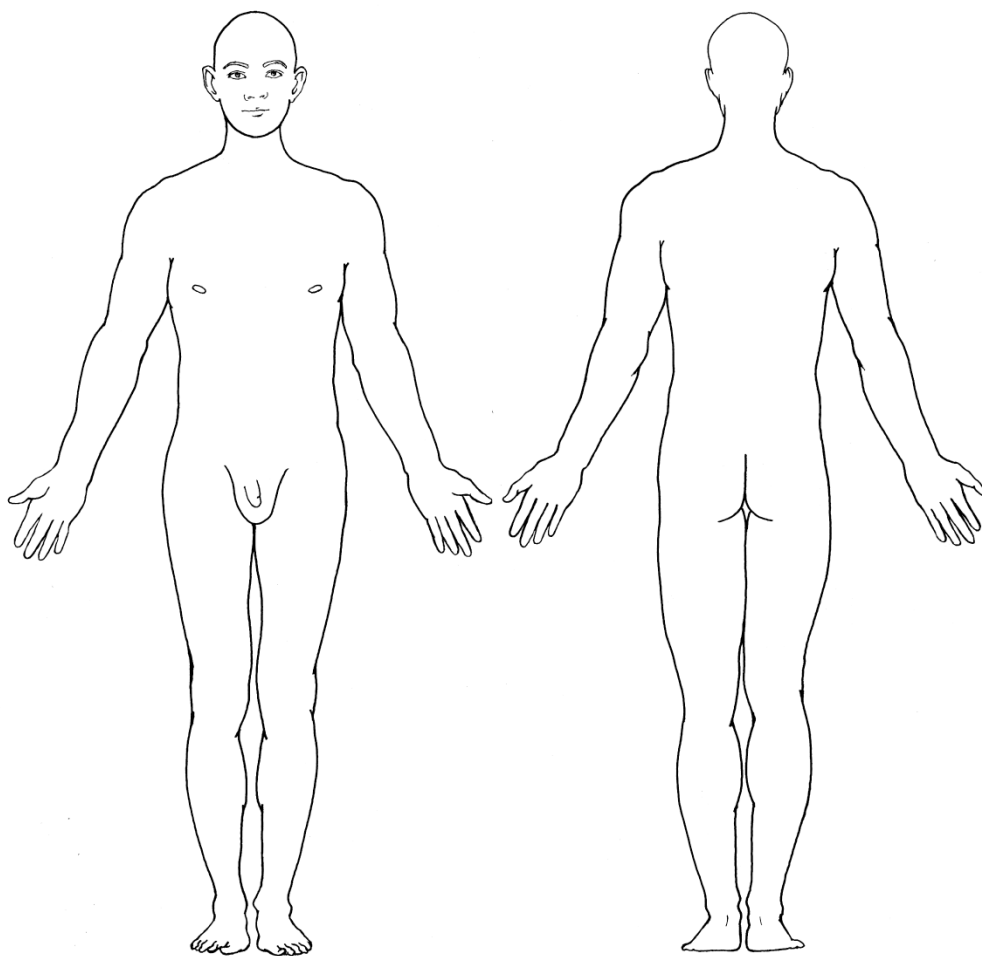


Figura 2 - Diagrama corporal masculino para identificação de lesões

4.2.4 CUIDADOS PÓS MORTE

Quando o paciente não responde às medidas de ressuscitação e morre, a cautela e os cuidados forenses devem continuar. Se o paciente se tornar um caso para o médico legista, esforços devem ser feitos para minimizar o manuseio do corpo (92), que inclui cuidados pós-morte típicos, como limpeza, que pode distorcer feridas ou remover os vestígios (87). O Quadro 13 descreve os procedimentos forenses recomendados para o atendimento ao paciente que foi a óbito.

Quadro 28 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios nos cuidados pós-morte (continua)

Etapas	Procedimento
Cuidados pós-morte	Enviar o corpo para o necrotério exatamente como estava no momento da morte, não limpar o corpo (66).
	Minimizar manuseio do corpo (66).

Quadro 29 - Procedimentos recomendados para preservação de vestígios nos cuidados pós-morte (conclusão)

Etapa	Procedimento
Cuidados pós-morte	Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo (85).
	Feridas prévias a procedimentos de reanimação devem ser deixadas sem curativo para não perturbar as evidências (85).
	Enviar amostras extras de laboratório, fluidos corporais e peças com o paciente (por exemplo, cabelo, sangue, êmese) (66).
	Enviar todas as roupas para o necrotério em sacos de papel (66).
	Colocar a roupa de cama extra em sacos separados (66).
	Colocar sacos de papel envolvendo as mãos e pés e presos nos pulsos e tornozelos com fita adesiva, especialmente se houver suspeita de uso de arma de fogo (66,85,87).
	Deixar o corpo sobre o lençol em que o paciente foi tratado; o saco para corpo deve colocado por fora de ambos, porque o lençol pode conter vestígios (92).
	Os profissionais da unidade de emergência devem consultar as autoridades policiais antes de permitir que alguém identifique ou veja o corpo (92).
	O corpo não deve ser deixado sozinho, mesmo para visualização da família, para evitar adulteração dele ou dos vestígios (66,92).
	Verificar as informações com a autoridade policial para evitar que a equipe inadvertidamente forneça para a família informações pessoais ou itens do paciente itens que podem ser vestígios (43).
	Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar as responsabilidades legais do médico legista (93).
Registro	Manter cadeia de custódia.

4.2.5 PRÉ-INSTRUMENTO

Os procedimentos catalogados foram então reunidos em uma única listagem, de modo a sintetizar a organização do atendimento e oferecer um pré-instrumento para o protocolo proposto. Cada etapa foi sinalizada em destaque e colorida, de modo facilitar a visualização do fluxo de assistência e procedimentos executados durante esse processo. O Quadro 13 apresenta esta síntese.

Quadro 30 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma (continua)

TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO	
Etapa	Procedimento
Avaliação da cena	Verificar informações sobre o evento de modo a avaliar a segurança do atendimento.
Avaliação da cena	Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até a unidade de emergência.
	Fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH.
	Documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.
Registro	Manter cadeia de custódia.

Quadro 31 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma (continuação)

Etapas	Procedimento
Orientações à vítima/agressor	De acordo com as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar.
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	
Etapas	Procedimento
X – Controle de sangramentos exsanguinantes	Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser mantido como vestígio.
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical	Considerar manter o conteúdo gástrico que o paciente vomitou ou que foi aspirado do paciente, porque este material pode conter veneno, tinta ou drogas. Ele deve ser armazenado em frasco estéril rotulado e selado. Observar que lesão oral aguda pode ser sugestiva de agressão sexual.
B – Ventilação (Breathing)	Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-lo.
C - Circulação	Circular e documentar locais em que for realizada punção.
	Se possível, um acesso intravenoso não deve ser feito nas mãos de qualquer pessoa envolvida em um tiroteio, seja uma vítima ou perpetrador.
	Coleta de amostras: e) Coletar amostras de sangue de todas as vítimas de PAF, PAB, e agressões com risco de vida. f) As amostras devem ser coletadas antes da transfusão de hemoderivados, pois há alteração do DNA por vários meses pós-transfusão. g) Utilizar iodopovidona para preparar o local da punção venosa; não álcool. h) Coletar amostras de sangue em tubos com tampa vermelha, roxa e cinza e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta. Colocar os tubos de sangue em um envelope etiquetado com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da coleta, lacrado, e a cadeia de custódia seguida quando da transferência para o laboratório.
D – Avaliação de déficit neurológico	Em caso de vítimas inconscientes, pessoas aparentemente significativas para o paciente (por exemplo, parente próximo ou cuidador) podem ser consultadas como parte do processo de coleta de informações.
	No atendimento ao paciente inconsciente, deve ser considerada a possibilidade de intoxicação exógena ou overdose de drogas.
	Deve-se observar, nos pacientes inconscientes, a possibilidade de agressão sexual de acordo com alguns sinais apresentados (vide tópico “Exame físico completo”).
E – Exposição com controle de temperatura	Todos os pacientes que são vítimas de violência, ou suspeitas de serem vítimas de violência, devem ser completamente despido e todas as superfícies corporais avaliadas.
	Avaliar o paciente da cabeça aos pés

Quadro 32 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma (continuação)

Etapa	Procedimento
E – Exposição com controle de temperatura	Remoção das roupas: e) Cortar as roupas ao longo das costuras, se possível. Evitar cortar buracos, rasgos ou manchas. f) Não colocar as roupas no chão, pois elas podem se contaminar. g) Colocar 2 lençóis limpos no chão para colocar as roupas até que possam ser ensacadas. O lençol de cima pode ser substituído por uma folha de papel utilizado para cobertura de macas. h) O lençol de cima ou a folha deve ser mantido como vestígio, pois pode haver detritos nele(a). O lençol de baixo pode ser encaminhado para a lavanderia do hospital. Não sacudir as roupas.
	Armazenamento das roupas: c) Roupas secas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e selar com fita de evidência. d) Roupas molhadas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e, em seguida, colocar em saco plástico de risco biológico. Não fechar o saco plástico, pois a umidade pode causar o crescimento de fungos. Manter a sacola plástica aberta, avisar a polícia o mais rápido possível e informar a roupa está molhada. Os itens devem ser colocados em embalagem separadas de modo que vestígios de uma peça não sejam transferidos para a outra.
	Caso haja folha de papel cobrindo a maca sob o paciente, ela deve ser mantida como vestígio.
	Documentar o nome do paciente, e número de registro na instituição, conteúdo da embalagem, assinatura e nome impresso do profissional, data e hora.
	Colocar cada sapato em sacos de papel separados, eles devem manuseados como roupas.
	Se o paciente chegar com um dispositivo eletrônico, não tentar ligá-lo, desligá-lo ou pesquisar nele. A manipulação de um dispositivo eletrônico deve ser deixada para a autoridade policial para que nenhuma informação vital que possa ser uma fonte de evidência seja perdida.
	Não jogar nenhum item fora, por mais simples que pareça.
	Registro
	Manter cadeia de custódia.
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
Etapa	Procedimento
Anamnese	Documentar a aparência do paciente na chegada (por exemplo: choroso, sem apresentar contato visual, roupas rasgadas).
	Observar o comportamento, atitude e preocupação do paciente com itens ou pessoas.
	Usar palavras exatas, citações.
	As declarações do paciente devem ser reproduzidas com precisão, não editadas e sem adaptações.
	Usar o nome do suposto autor do crime, se citado pelo paciente.
	Ao documentar o histórico do paciente, usar termos como "paciente afirma" ou "paciente relata" em vez de "paciente alega". Evitar expressões como "paciente recusa", em vez disso, usar "paciente declina".
Observar: Comportamento do paciente	Atitude (por exemplo, assustado, agressivo, sem emoção).
	Linguagem corporal inadequada (por exemplo, falta de contato visual).
	Preocupação com um determinado item ou pessoa (por exemplo, carteira, localização da arma, suposto autor).

Quadro 33 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma (continuação)

Etapas	Procedimento
Observar: Aparência do paciente	Odores incomuns (por exemplo, gasolina, álcool, madeira queimada).
	Orientação da roupa (por exemplo, lado direito para fora, sapatos nos pés apropriados).
	Lesões na pele.
Observar: Comentários do paciente	Admissões ou negações (por exemplo, dirigir veículo, manusear arma).
	Declarações sobre métodos de ataque.
Exame físico completo	Se diagramas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão.
	Documentar a localização, tamanho e aspecto das lesões antes que sejam alteradas pelo tempo ou intervenção médica. Documentar se uma intervenção médica alterou uma lesão.
	Usar pontos de referência para observar a localização de lesões, não outras lesões.
	Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatômico.
	Não documentar o ferimento como de “entrada” ou “saída”. Em vez disso, descrever o tamanho e a forma das feridas, como "2 mm" e "oval", por exemplo.
	Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.
	Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.
	Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.
	Em casos de asfixia, evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida. Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo em embalagem específica.
	Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar a lesões secundárias.
	Documentar os padrões observáveis.
	Se o paciente for vítima de PAF, observar a presença/ausência de resíduo de arma de fogo (pó, fuligem, partículas e/ou pequenas hemorragias pontilhadas).
	Se atentar à avaliação da superfície posterior dos antebraços, bem como das palmas das mãos; as lesões aqui são chamadas de lesões de defesa.
AValiação Secundária	
Etapas	Procedimento
Exame físico completo	Observar a face posterior das coxas, principalmente em gestantes, que muitas vezes levantam os joelhos para proteger o abdome gravídico.
	Observar quaisquer odores incomuns.

Quadro 34 - Pré-instrumento (protocolo) para preservação de vestígios forenses durante avaliação inicial do trauma (conclusão)

Etapa	Procedimento
	Sinais, sintomas e circunstâncias que levam à suspeita de agressão sexual: a) Testemunha relata que alguém manteve relação sexual com o paciente enquanto ele estava inconsciente; b) O paciente está parcial ou totalmente despido sem explicação, especialmente a região ano-genital; c) A roupa do paciente está rasgada, suja ou cortada sem explicação; d) A roupa de baixo está ausente ou do avesso; e) Marcas de mordida estão presentes no corpo do paciente; f) Lesão ano-genital aguda está presente; g) Lesão oral aguda está presente; h) Lesão não-genital aguda está presente (padronizada, em forma de marra, queimadura , etc.) sem explicação; i) Estrangulamento; j) Cabelo da cabeça de paciente do sexo feminino foi cortado ou raspado k) Violência por parceiro íntimo está presente/suspeita Se mapas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão.
Registro	Manter cadeia de custódia.
CUIDADOS PÓS-MORTE	
Etapa	Procedimento
Cuidados pós-morte	Enviar o corpo para o necrotério exatamente como estava no momento da morte, não limpar o corpo.
	Minimizar manuseio do corpo.
	Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo.
	Feridas prévias a procedimentos de reanimação devem ser deixadas sem curativo para não perturbar as evidências.
	Enviar amostras extras de laboratório, fluidos corporais e peças com o paciente (por exemplo, cabelo, sangue, êmese).
	Enviar todas as roupas para o necrotério em sacos de papel.
	Colocar a roupa de cama extra em sacos separados.
	Colocar sacos de papel envolvendo as mãos e pés e presos nos pulsos e tornozelos com fita adesiva, especialmente se houver suspeita de uso de arma de fogo.
	Deixar o corpo sobre o lençol em que o paciente foi tratado; o saco para corpo deve colocado por fora de ambos, porque o lençol pode conter vestígios.
	Os profissionais da unidade de emergência devem consultar as autoridades policiais antes de permitir que alguém identifique ou veja o corpo.
	O corpo não deve ser deixado sozinho, mesmo para visualização da família, para evitar adulteração dele ou dos vestígios.
	Verificar as informações com a autoridade policial para evitar que a equipe inadvertidamente forneça para a família informações pessoais ou itens do paciente itens que podem ser vestígios.
	Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar as responsabilidades legais do médico legista.
Registro	Manter cadeia de custódia.

4.3 Fase 3 – Validação semântica

Após elaboração do pré-instrumento, ele foi submetido à avaliação do comitê de especialistas. Dos 15 participantes convidados para contribuírem com a pesquisa, 4 não retornaram o contato e outros 3 não devolveram a avaliação do instrumento, mesmo após prorrogação do prazo proposto inicialmente. Dessa forma, a amostra foi composta por 8 especialistas, e é descrita a seguir.

4.3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DE ESPECIALISTAS

Os dados indicaram que, de um total de 8 enfermeiros: 6 são do sexo feminino, e 2 são do sexo masculino. A média de idade dos profissionais é de 45,5 anos, com 22 anos de profissão e cerca de 12 anos de atuação em unidades de emergências. Esses dados são apresentados na Figura 3 e na Tabela 1.

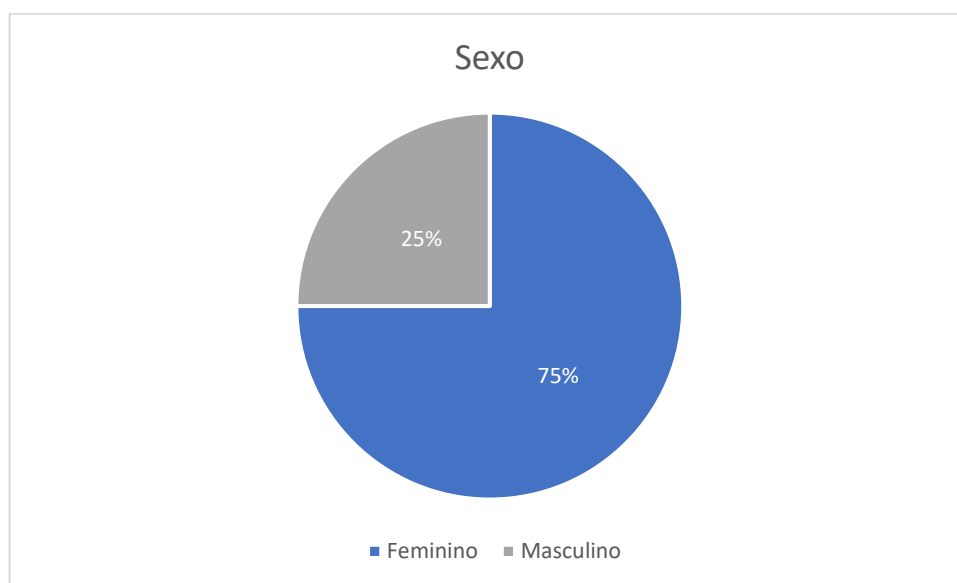


Figura 3 - Distribuição dos especialistas quanto a sexo

Tabela 1 - Descrição dos especialistas quanto a idade, tempo de profissão e de atuação em emergência

Dados	Média	Mín	Máx	DP
Idade	45,5	29	65	11,64
Tempo de exercício da profissão (anos)	22	7	45	13,01
Tempo de atuação em Emergência (anos)	12,75	0	30	10,89

Em relação à habilitação acadêmica, metade da amostra de especialistas é composta de mestres e os demais são doutores. Todos têm especialização em Enfermagem Forense ou Enfermagem de Emergência (ou equivalente). Dentre os que possuem alguma formação em Enfermagem Forense ou Ciências Forenses, 3 possuem especialização (37,5%), 1 possui mestrado (12,5%) e 1 titulação (12,5%).

Tabela 2 - Descrição dos especialistas quanto a formação

Formação	n	%
Habilitação acadêmica		
Doutorado	4	50,00%
Mestrado	4	50,00%
Área de especialização		
Enfermagem de emergência	3	37,50%
Enfermagem forense	5	62,50%

4.3.2 EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS FORENSES

Antes de avaliar o pré-instrumento, os especialistas responderam a um questionário estruturado, de múltipla escolha, contendo questões referentes ao atendimento de vítimas de violência nas respectivas unidades de emergência em que atuam/atuaram. A síntese do conteúdo das questões é apresentada no Quadro 15.

Quadro 35 - Síntese do conteúdo das perguntas avaliadas

Questão	Conteúdo
1	Frequência de atendimento a vítimas de violência
2	Existência de protocolo para atendimento de vítimas de violência
3	Percepção da adequação da preservação de vestígios na unidade
4	Motivo da inadequação (quando presente)
5	Frequência de notificação de casos de violência
6	Frequência da presença de peritos criminais na unidade
7	Percepção da adequação do atendimento a vítimas de violência

Na primeira questão, os participantes deveriam responder ao seguinte enunciado: “Na sua atuação, indique com que frequência atende/atendeu vítimas de violência interpessoal ou

autoprovocada”. Para esse item, a maior parte dos participantes relatou atender estas vítimas “diariamente”.

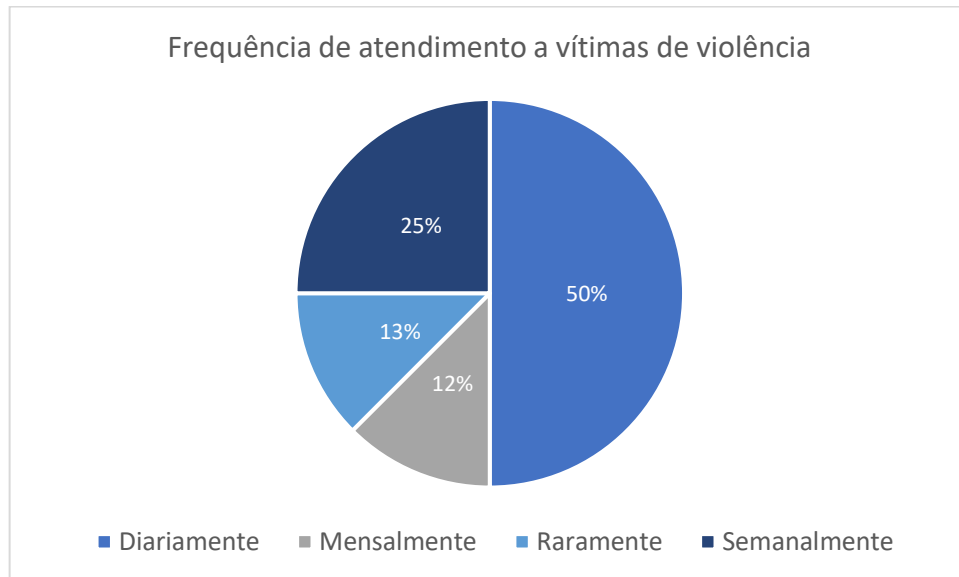


Figura 4 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 1

A questão 2 continha a seguinte pergunta: “Durante sua atuação existiu algum protocolo que delineasse a sua atuação para o atendimento de vítimas de violência?”. Para ela, a maioria dos especialistas referiu não existir protocolo.

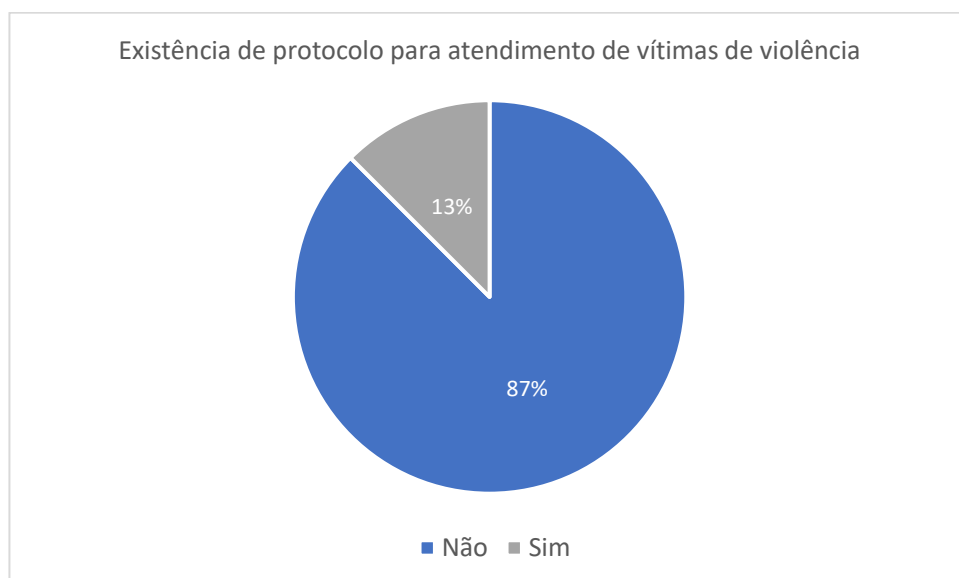


Figura 5 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 2

Na questão 3, o participante era questionado com a pergunta: “Você acredita que a preservação de vestígios forenses ocorria adequadamente na unidade em que você atuou?”. Em relação a este item, todos os participantes (100%) responderam “não”.

Para avaliação da questão 4, o especialista deveria responder: “Se você respondeu “NÃO” à questão anterior, a que você atribui essa inadequação?”. Para este questionamento, os participantes poderiam marcar mais de uma alternativa.

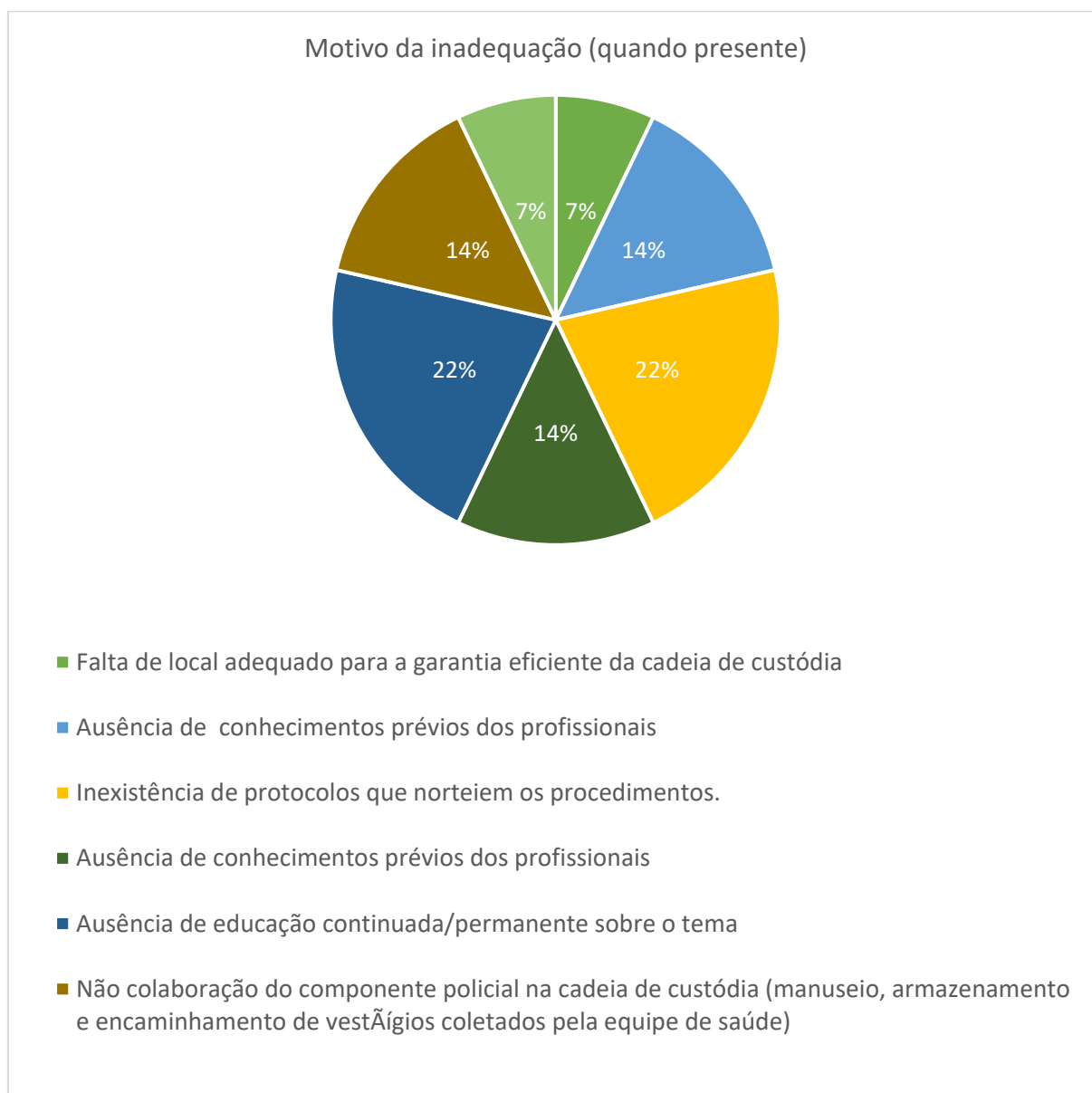


Figura 6 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 4

A questão 5 continha a seguinte proposição: “Indique com que frequência você costumava notificar os casos ou casos suspeitos de violência interpessoal ou autoprovoçada por

meio de ficha de notificação/investigação individual”. Em relação ao tópico, a maioria dos especialistas respondeu que “sempre” notifica os casos de violência.

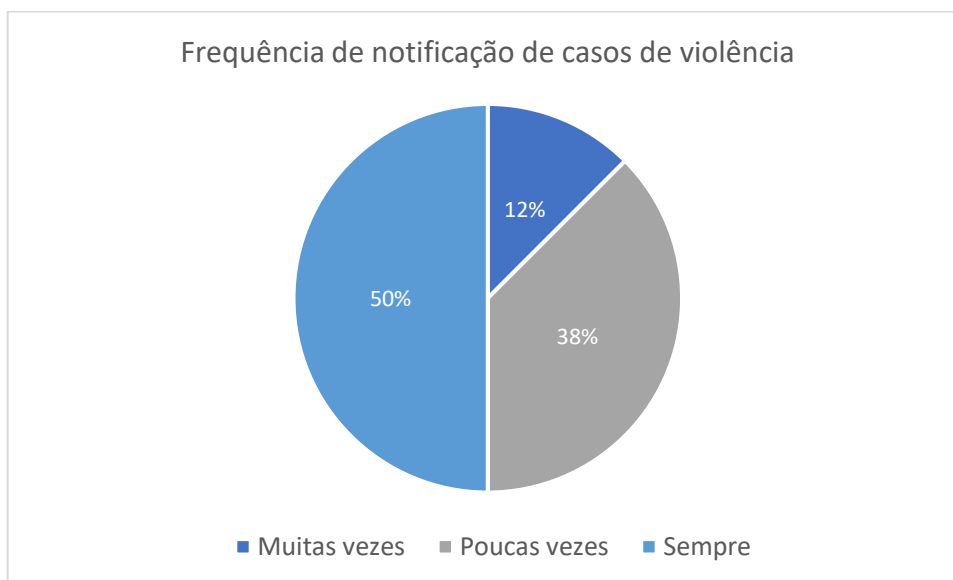


Figura 7 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 5

Para a questão 6, o participante deveria responder o enunciado: “Indique com que frequência você verificou a presença de peritos criminais ou outros componentes da autoridade policial na abordagem a vítimas de violência ainda na unidade de emergência”. Para o questionamento, a maioria dos participantes respondeu “nunca” ou “poucas vezes” ter presenciado a visita de peritos criminais na unidade de emergência.

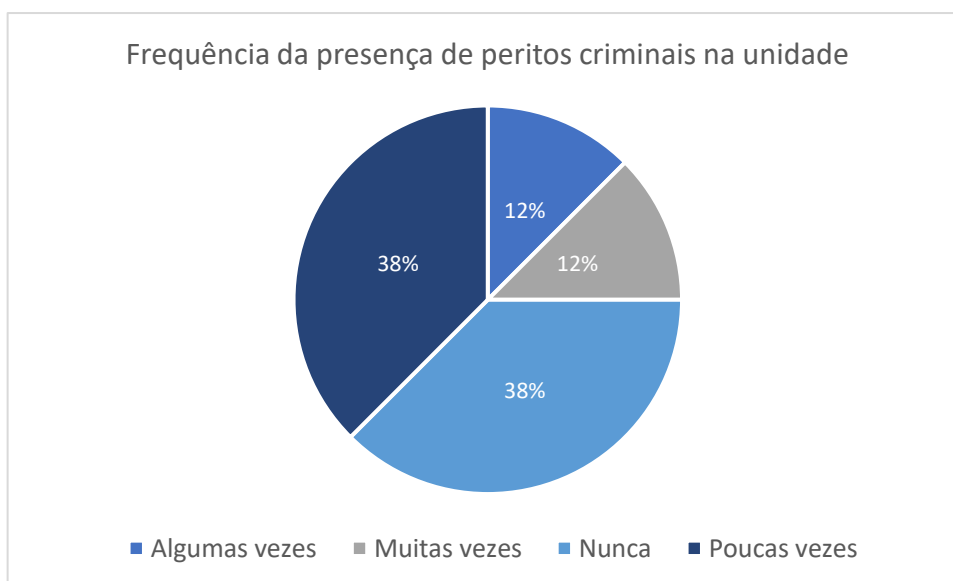


Figura 8 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 6

Na questão 7 os especialistas recebiam a solicitação: “Indique com que frequência você já sentiu que as vítimas de violência que atendeu não estavam recebendo o atendimento adequado na perspectiva da garantia da justiça (como a preservação de vestígios, exames direcionados e orientações adequadas)”. Nessa tocante, a maior parte dos especialistas referiu acreditar que o atendimento não era adequado às demandas dos pacientes vítimas de violência.

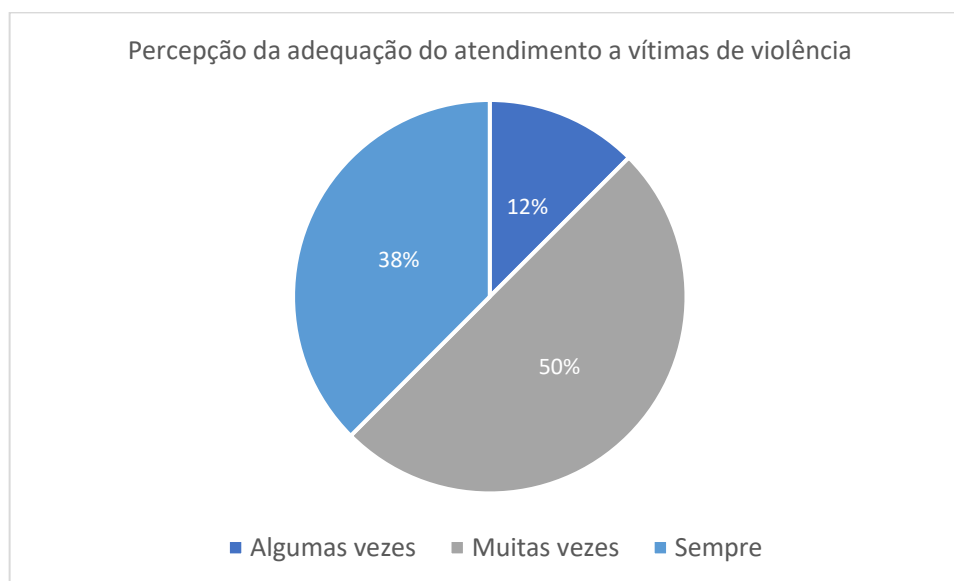


Figura 9 - Distribuição das respostas dos especialistas à questão 7

4.3.3 AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PELOS ESPECIALISTAS

Após responder às questões referentes ao seu perfil e experiência, os participantes avaliaram o pré-instrumento item a item e depois em sua totalidade, propuseram correções e verificaram sua validade. As alterações e ajustes realizados no instrumento serão descritos nos próximos tópicos. A concordância entre as respostas dos experts foi obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

A avaliação do instrumento junto aos especialistas se iniciou pela validação semântica verificando-se se todos os itens seriam compreensíveis para a amostra à qual o instrumento será aplicado. Nessa fase, foi solicitado por 5 juízes que ficasse mais clara a definição do termo “Cadeia de custódia”, citada no componente “Registro”, em todas as etapas de atendimento descritas no instrumento. Um dos juízes também recomendou a inclusão do esclarecimento acerca da “Transferência de cuidado”. Seguindo essa tendência, foi acrescentado ao início do

instrumento uma definição dessas terminologias, bem como a descrição das siglas constantes na lista de procedimentos da etapa “Avaliação inicial”.

Outra recomendação que emergiu no que se refere ao entendimento dos conceitos incluídos no instrumento foi a respeito dos termos “forenses”. Visando elucidar de maneira objetiva os atendimentos de trauma que devem ser foco do atendimento forense, optou-se por também incluir a lista de categorias forenses de vítimas, proposta por Pasqualone(24), além do acréscimo do termo “forense” à lista de terminologia.

Na seção “Avaliação inicial”, etapa “A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical”, foi recomendada a adequação do item “Observar que lesão oral aguda pode ser sugestiva de agressão sexual” de modo a facilitar o entendimento da orientação; sendo então realizado o ajuste: “Observar e registrar lesões orais agudas que possam ser sugestivas de agressão sexual.”

Na seção “Avaliação secundária”, etapa “Observar: Comentários do paciente”, em referência ao item “Observar declarações sobre métodos de ataque” foi recomendado por dois juízes o acréscimo de um exemplo que facilitasse o entendimento a orientação; sendo acrescentado o trecho “(por exemplo, instrumento utilizado na agressão sofrida)”.

Na seção “Cuidados pós-morte”, etapa “Cuidados pós-morte”, com relação ao item “Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar as responsabilidades legais do médico legista”, foi recomendado por 2 juízes que se deixasse mais claro se os órgãos do paciente poderiam ou não ser encaminhados para transplante. Dessa maneira, o item foi ajustado para: “Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar a avaliação do médico legista; dessa forma, protocolos de transplante podem ser seguidos quando for o caso.”

4.4 Fase 4 – Validação de conteúdo e de aparência

Seguindo-se à validação de conteúdo, os especialistas foram solicitados a analisar cada uma das etapas por meio de escala tipo Likert, ordenada em: “1 – Ruim”; “2 – Razoável”; “3 – Bom”; “4 – Muito bom”; e “5 – Excelente”.

As respostas para cada uma das etapas são apresentadas nas Tabelas 3 a 6.

Tabela 3 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Transferência do cuidado”

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Avaliação da cena (Aparência)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Avaliação da cena (Compreensão)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Avaliação da cena (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
Registro (Aparência)	3	37,5	2	25	1	12,5	2	25	0	0
Registro (Compreensão)	0	0	2	25	1	12,5	5	62,5	0	0
Registro (Relevância)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Orientações (Aparência)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
Orientações (Compreensão)	3	37,5	4	50	1	12,5	0	0	0	0
Orientações (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação primária”
(continua)

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Aparência)	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Compreensão)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Relevância)	6	75	1	12,5	0	0	1	12,5	0	0
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical (Aparência)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical – (Compreensão)	3	37,5	3	37,5	2	25	0	0	0	0
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical – (Relevância)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
B – Ventilação (Breathing) – (Aparência)	4	50	2	25	2	25	0	0	0	0
B – Ventilação (Breathing) – (Compreensão)	2	25	3	37,5	3	37,5	0	0	0	0
B – Ventilação (Breathing) – (Relevância)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
C - Circulação (Aparência)	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação primária” (conclusão)

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
C - Circulação (Compreensão)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
C - Circulação (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
D – Avaliação de déficit neurológico – (Aparência)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
D – Avaliação de déficit neurológico – (Compreensão)	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	0	0
D – Avaliação de déficit neurológico – (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
E – Exposição com controle de temperatura – (Aparência)	4	50	2	25	2	25	0	0	0	0
E – Exposição com controle de temperatura – (Compreensão)	3	37,5	4	50	1	12,5	0	0	0	0
E – Exposição com controle de temperatura – (Relevância)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Registro (Aparência)	4	50	1	12,5	2	25	1	12,5	0	0
Registro (Compreensão)	1	12,5	2	25	2	25	3	37,5	0	0
Registro (Relevância)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0

Tabela 6 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação secundária” (continua)

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Anamnese (Aparência)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
Anamnese (Compreensão)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Anamnese (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
Observar comportamento do paciente (Aparência)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
Observar comportamento do paciente (Compreensão)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Observar comportamento do paciente (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
Observar aparência do paciente (Aparência)	5	62,5	1	12,5	2	25	0	0	0	0
Observar aparência do paciente (Compreensão)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0

Tabela 7 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Avaliação secundária” (conclusão)

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Observar aparência do paciente (Relevância)	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
Observar comentários do paciente (Aparência)	4	50	2	25	1	12,5	1	12,5	0	0
Observar comentários do paciente (Compreensão)	2	25	3	37,5	2	25	1	12,5	0	0
Observar comentários do paciente (Relevância)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Aparência)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Compreensão)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Relevância)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Aparência) 2	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Compreensão) 2	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0
Exame físico completo (Relevância) 2	6	75	1	12,5	1	12,5	0	0	0	0
Registro (Aparência)	4	50	1	12,5	2	25	1	12,5	0	0
Registro (Compreensão)	1	12,5	3	37,5	1	12,5	3	37,5	0	0
Registro (Relevância)	5	62,5	2	25	1	12,5	0	0	0	0

Tabela 8 - Distribuição das respostas dos especialistas quanto à avaliação da seção “Cuidados pós-morte”

	Excelente		Muito bom		Bom		Razoável		Ruim	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cuidados pós morte (Aparência)	3	37,5	4	50	1	12,5	0	0	0	0
Cuidados pós morte (Compreensão)	3	37,5	3	37,5	2	25	0	0	0	0
Cuidados pós morte (Relevância)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0
Registro (Aparência)	3	37,5	2	25	2	25	1	12,5	0	0
Registro (Compreensão)	0	0	4	50	2	25	2	25	0	0
Registro (Relevância)	4	50	3	37,5	1	12,5	0	0	0	0

Foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna do instrumento, sendo encontrado o valor de $\alpha = 0,961$. Com base no coeficiente alfa de Cronbach

de 0,961, conclui-se que o questionário apresenta uma “excelente” consistência interna(103), indicando que os itens estão bem alinhados e medem de forma coesa o construto de interesse.

Tabela 9 - Coeficiente Alfa de Cronbach do instrumento

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	Número de itens
0,961	0,972	61

Tabela 10 - Coeficiente Alfa de Cronbach para exclusão de itens (continua)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se item for excluído
Avaliação da cena (Aparência)	277,88	326,696	,935	,960
Avaliação da cena (Compreensão)	278,00	329,714	,669	,960
Avaliação da cena (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
Registro (Aparência)	278,38	335,125	,205	,963
Registro (Compreensão)	279,13	334,696	,263	,962
Registro (Relevância)	278,00	336,000	,331	,961
Orientações (Aparência)	277,75	334,214	,635	,961
Orientações (Compreensão)	278,13	334,125	,417	,961
Orientações (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Aparência)	278,00	341,714	,010	,963
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Compreensão)	278,00	329,714	,669	,960
X – Controle de sangramentos exsanguinantes – (Relevância)	278,00	341,714	,010	,963
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical (Aparência)	278,00	325,143	,918	,959
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical – (Compreensão)	278,00	325,143	,918	,959
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical – (Relevância)	277,88	332,696	,571	,961
B – Ventilação (Breathing) – (Aparência)	277,88	333,554	,520	,961
B – Ventilação (Breathing) – (Compreensão)	278,00	348,571	-,325	,963
B – Ventilação (Breathing) – (Relevância)	277,88	332,696	,571	,961
C - Circulação (Aparência)	278,00	319,429	,849	,959
C - Circulação (Compreensão)	277,75	334,214	,635	,961
C - Circulação (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961

Tabela 11 - Coeficiente Alfa de Cronbach para exclusão de itens (continuação)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se item for excluído
D – Avaliação de déficit neurológico – (Aparência)	277,75	334,214	,635	,961
D – Avaliação de déficit neurológico – (Compreensão)	278,00	319,429	,849	,959
D – Avaliação de déficit neurológico – (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
E – Exposição com controle de temperatura – (Aparência)	277,88	332,696	,571	,961
E – Exposição com controle de temperatura – (Compreensão)	278,13	328,411	,715	,960
E – Exposição com controle de temperatura – (Relevância)	277,88	332,696	,571	,961
Registro (Aparência)	278,00	326,286	,585	,961
Registro (Compreensão)	278,63	343,696	-,058	,964
Registro (Relevância)	278,00	325,143	,918	,959
Anamnese (Aparência)	277,75	334,214	,635	,961
Anamnese (Compreensão)	277,88	326,696	,935	,960
Anamnese (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
Observar comportamento do paciente (Aparência)	277,75	334,214	,635	,961
Observar comportamento do paciente (Compreensão)	277,88	326,696	,935	,960
Observar comportamento do paciente (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
Observar aparência do paciente (Aparência)	277,75	334,214	,635	,961
Observar aparência do paciente (Compreensão)	278,00	329,714	,669	,960
Observar aparência do paciente (Relevância)	277,75	334,214	,635	,961
Observar comentários do paciente (Aparência)	278,13	317,839	,896	,959
Observar comentários do paciente (Compreensão)	278,25	320,786	,796	,960
Observar comentários do paciente (Relevância)	278,00	325,143	,918	,959
Exame físico completo (Aparência)	278,00	325,143	,918	,959
Exame físico completo (Compreensão)	278,00	325,143	,918	,959
Exame físico completo (Relevância)	277,88	332,696	,571	,961
Exame físico completo (Aparência) 2	277,88	326,696	,935	,960
Exame físico completo (Compreensão) 2	277,88	326,696	,935	,960
Exame físico completo (Relevância) 2	277,75	334,214	,635	,961
Registro (Aparência)	278,00	331,143	,401	,961
Registro (Compreensão)	278,75	352,786	-,349	,965
Registro (Relevância)	277,88	326,696	,935	,960

Tabela 12 - Coeficiente Alfa de Cronbach para exclusão de itens (conclusão)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se item for excluído
Cuidados pós morte (Aparência)	278,13	328,696	,700	,960
Cuidados pós morte (Compreensão)	278,00	325,143	,918	,959
Cuidados pós morte (Relevância)	278,00	325,143	,918	,959
Registro (Aparência)	278,13	329,554	,453	,961
Registro (Compreensão)	278,63	343,982	-,071	,963
Registro (Relevância)	278,00	325,143	,918	,959

Em relação às recomendações, na seção “Transferência do cuidado”, etapa “Avaliação da cena”, quanto ao item “Fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH”, foi recomendado que se acrescentasse outros componentes suspeitos que poderiam ser detectados no atendimento à vítima; tendo o item sido ajustado da seguinte forma: “Fazer um inventário dos fármacos/substâncias, utensílios e objetos suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH.”

Na etapa seguinte, “Orientações à vítima/agressor”, constava o item “De acordo com as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar”; ao qual foi recomendado que se acrescentasse que a vítima deveria ser orientada quanto à relevância desse cuidado. Sendo assim, foi acrescentado o trecho “bem como os motivos desses cuidados”.

De maneira semelhante, na seção “Avaliação primária”, etapa “X – Controle de sangramentos exsanguinantes”, foi recomendado que se ressaltasse no item “Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser mantido como vestígio” a avaliação do registro realizado pela equipe que transferiu o cuidado. Dessa forma, o item foi reestruturado para “Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser observado registro realizado pela equipe e, se adequado, a cobertura deve ser mantida como vestígio.”

No que se refere à etapa “A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical”, foi recomendado acrescentar ao item “Considerar manter o conteúdo gástrico que o paciente vomitou ou que foi aspirado do paciente, porque este material pode conter veneno, tinta ou drogas” outros compostos, sendo acrescentado, após “drogas”, “ou outros componentes exógenos”. Um dos juízes questionou, no item, o trecho “Ele deve ser armazenado em frasco estéril rotulado e selado”, considerando que o procedimento de sondagem nasogástrica não é

estéril. Porém, optou-se por manter o item como estava descrito, já que a manipulação de maneira estéril da amostra refere-se à minimização da contaminação do vestígio, e não do trato gastrointestinal do paciente como parte do procedimento.

Na etapa “B – Ventilação (Breathing)”, constava o item “Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-lo”. Foi recomendado que se acrescentasse outros possíveis corpos estranhos a esse escopo, ficando a redação da seguinte maneira: “Remover da cavidade oral quaisquer corpos estranhos (como fármacos sólidos, próteses ou dentes soltos) antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-los em frasco estéril rotulado e selado.”

Quanto à etapa seguinte, “C – Circulação”, em um dos itens constava “Coletar amostras de sangue em tubos com tampa vermelha, roxa e cinza e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta”. Em relação a ele, foi recomendado que se acrescentasse uma orientação em relação às cores dos tubos de coleta. Considerando que essas cores podem se alterar de acordo com fabricantes e protocolos assistenciais, optou-se por adequar o item permitindo a sua aplicação ao contexto da instituição, como visto a seguir: “Coletar amostras de sangue nos tubos adequados (incluindo para teste toxicológico, se indicado) e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta.”

Na última etapa da seção, “E – Exposição com controle de temperatura”, foi recomendado que se deixasse mais clara a recomendação quanto ao manejo de outros itens de roupas e acessórios encontrados com o paciente. Dessa forma, acrescentou-se o item: “Itens de chapelaria, bolsas e outros acessórios devem ser manejados como roupas.”

Na seção “Avaliação secundária”, etapa “Observar: Aparência do paciente”, foi recomendado que se descrevesse melhor o item “Lesões na pele”, sendo ele reescrito como “Observar lesões agudas evidentes na pele.”

Na etapa “Exame físico completo”, um dos juízes sugeriu a necessidade de um roteiro para o exame físico. Porém, considerou-se que:

- a) todo o instrumento segue como base a recomendação de avaliação inicial do trauma preconizada pelas diretrizes (*Advanced Trauma Life Support* e *Prehospital Trauma Life Support*)(61,104), amplamente mencionadas neste estudo;
- b) Essas diretrizes são de conhecimento prévio das equipes de atendimento ao trauma de maneira geral;
- c) O objetivo do instrumento é que a preservação de vestígios ocorra durante o atendimento à vítima de trauma, dessa forma, a necessidade de estruturação de um

roteiro exame físico diferente daquele já utilizado se oporia a finalidade básica deste estudo.

Ainda assim, de modo a elucidar essa questão, acrescentou-se a “Exame físico completo” o termo “cefalopodálico”, entre parênteses.

Ainda em relação à validação do conteúdo, na seção “Cuidados pós-morte”, etapa “Cuidados pós-morte”, item “Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo”, foi recomendado que fossem acrescentadas as orientações que devem ser fornecidas ao funcionário que receberá o corpo no necrotério e a ênfase na cadeia de custódia no que se refere aos itens que serão mantidos com o paciente. Dessa forma, foi adicionado ao item: “A equipe que receber deve ser avisada de que se trata de morte em investigação e os dispositivos devem estar descritos na cadeia de custódia.”

No que se refere à validação de aparência, surgiu apenas uma consideração. Na etapa “Avaliação secundária”, após o tópico “Anamnese”, constavam os três tópicos “Observar: Comportamento do paciente”, “Observar: Aparência do paciente” e “Observar: Comentários do paciente”. Foi pontuado que essa seção poderia ser aprimorada para manter a padronização do texto; desta forma, os tópicos foram reunidos com o nome “Inspeção inicial” e foi acrescentado o enunciado “Observar” ao início de cada item.

Em relação a todas as etapas de validação, a despeito de algumas recomendações específicas pontuadas por juízes individualmente, foi optado por manter a redação original do instrumento em algumas situações.

Um dos juízes solicitou acrescentar a explicação da Avaliação Inicial do Trauma e como realizá-la. Porém, como mencionado anteriormente, para que o instrumento possa ser utilizado pela equipe de emergência, será pressuposto que ela saiba realizar a assistência no que se refere à estabilização da vítima atendida na unidade, especialmente porque essa etapa do atendimento deve sempre ser a prioridade em detrimento da preservação de vestígios forenses.

Em outro momento, um dos juízes questionou as “questões éticas de coleta de sangue para possível armazenamento em bancos de DNA” no que se refere à coleta de amostras de sangue do paciente. Porém, deve-se observar que essa coleta faz parte da assistência e avaliação clínica da vítima, mesmo quando busca determinar a presença de drogas e medicamentos, por exemplo. Se a cadeia de custódia for mantida adequadamente, a posse dessa amostra pela autoridade policial se dará da mesma forma que qualquer outro vestígio físico preservado. Considerando-se que bancos de DNA para investigações criminais são de incumbência das instituições de segurança pública e regidas por legislações específicas, não faz parte da

atribuição do enfermeiro assistencial ou mesmo da instituição de saúde a gerência desses processos.

Também foi sugerido por um dos juízes “documentar o ponto de entrada e de saída” de projéteis em lesões causadas por armas de fogo. Porém, a sugestão se contrapõe à recomendação da literatura descrita em um dos itens: “Não documentar o ferimento como de ‘entrada’ ou ‘saída’. Em vez disso, descrever o tamanho e a forma das feridas, como ‘2 mm’ e ‘oval’, por exemplo.”

Após responderem o questionário para validação do pré-instrumento, os participantes foram solicitados a avaliarem a sua praticabilidade a partir de um questionário composto por quatro parâmetros a serem analisados por meio de escala tipo Likert, que variava entre “1 – Discordo totalmente” e “5 – Concordo totalmente”. Os quatro parâmetros foram avaliados a partir das afirmações:

1. “Eu achei fácil entender os procedimentos descritos no instrumento” (facilidade);
2. “Eu achei o instrumento lógico em sua sequência de etapas” (lógica);
3. “Eu achei o instrumento organizado” (organização);
4. “Eu achei o instrumento aplicável à prática assistencial” (aplicabilidade).

Os itens e respostas desta etapa são apresentados na Tabela 9.

Tabela 13 - Avaliação de praticabilidade do instrumento

	Concordo		Concordo totalmente		Nem concordo nem discordo		Discordo		Discordo totalmente	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Facilidade	5	62,5	3	37,5	0	0	0	0	0	0
Lógica	3	37,5	5	62,5	0	0	0	0	0	0
Organização	1	12,5	7	87,5	0	0	0	0	0	0
Aplicabilidade	2	25	5	62,5	1	12,5	0	0	0	0

A partir dessa avaliação, a concordância entre as respostas dos *experts* foi obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), medida que avalia a concordância de especialistas sobre a adequação de um instrumento de avaliação. O IVC médio do instrumento foi de **0,96875**, indicando uma excelente concordância entre os especialistas quanto à validade de conteúdo dos itens avaliados. Para cada parâmetro, o IVC é apresentado na Tabela 10.

Tabela 14 - Índice de Validade de Conteúdo a partir dos parâmetros de avaliação de praticabilidade do instrumento

IVC por item	
Facilidade	1,0
Lógica	1,0
Organização	1,0
Aplicabilidade	0,875

Esses indicadores de validade e confiabilidade sustentam que o instrumento é robusto e atende aos critérios de precisão necessários para a pesquisa, dispensando, portanto, a necessidade de um reteste com os mesmos avaliadores(105).

Após todos os ajustes realizados, o instrumento tomou a estrutura descrita nos Quadros 16 a 21.

Quadro 36 - Conceitos: Terminologia e siglas utilizadas

TERMINOLOGIA E SIGLAS UTILIZADAS	
Termo	Definição
Transferência do cuidado	Refere-se ao processo de transição de responsabilidade pelo atendimento de saúde de um paciente de um profissional para outro. Isso ocorre principalmente em situações como a transferência entre diferentes unidades hospitalares, mudança de equipe de saúde ou alta hospitalar.
Forense	Se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicas especializadas na investigação de crimes, acidentes ou qualquer evento que exija análise e interpretação de evidências físicas. A área forense envolve a coleta, preservação, análise e apresentação de provas em processos judiciais, visando fornecer informações objetivas para auxiliar na tomada de decisões legais.
Cadeia de custódia	É um procedimento que documenta o manuseio, a transferência e a localização de evidências físicas desde o momento da coleta até a apresentação em um tribunal de justiça. Ela é fundamental para garantir a integridade e a autenticidade das provas, evitando adulterações e assegurando que os resultados obtidos sejam confiáveis e aceitos pela justiça. A instituição deve possuir embalagens, rótulos e formulários específicos para preenchimento da cadeia de custódia.
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
PAB	Perfuração por Arma Branca
PAF	Perfuração por Arma de Fogo

Quadro 37 - Conceitos: Categorias forenses de vítimas

CATEGORIAS FORENSES DE PACIENTES	
Acidentes de trabalho	Violência doméstica
Acidentes de trânsito	Pessoas sob custódia policial
Abuso de substâncias	Abuso sexual
Agressão pessoal	Feridas cortantes
Abuso de crianças	Reações medicamentosas
Admissão de doentes psiquiátricos	Práticas transculturais
Riscos ambientais	Doação de órgãos
Assalto e agressão	Queimados com mais de 5% de área
Abuso de incapacitados	PAF
Mordeduras humanas e animais	Intoxicação alimentar coletiva
Mortes suspeitas	Violência de gangues
Abuso de idosos	Negligência e má prática clínica.

Quadro 38 - Procedimentos de preservação de vestígios: Transferência do cuidado

TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO	
Etapa	Procedimento
Avaliação da cena	Verificar informações sobre o evento de modo a avaliar a segurança do atendimento.
	Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até a unidade de emergência.
	Fazer um inventário dos fármacos/substâncias, utensílios e objetos suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH.
	Documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.
Orientações à vítima/agressor	De acordo com as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar; bem como os motivos desses cuidados.
Registro	Manter cadeia de custódia.

Quadro 39 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação primária (continua)

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	
Etapa	Procedimento
X – Controle de sangramentos exsanguinantes	Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser observado registro realizado pela equipe e, se adequado, a cobertura deve ser mantida como vestígio.
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical	Considerar manter o conteúdo gástrico que o paciente vomitou ou que foi aspirado do paciente, porque este material pode conter veneno, tinta, drogas ou outros componentes exógenos. Ele deve ser armazenado em frasco estéril rotulado e selado.
	Observar e registrar lesões orais agudas que possam ser sugestivas de agressão sexual.
B – Ventilação (Breathing)	Remover da cavidade oral quaisquer corpos estranhos (como fármacos sólidos, próteses ou dentes soltos) antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-los em frasco estéril rotulado e selado.
C - Circulação	Circular e documentar locais em que for realizada punção.
	Se possível, um acesso intravenoso não deve ser feito nas mãos de qualquer pessoa envolvida em um tiroteio, seja uma vítima ou perpetrador.
	Coleta de amostras: i) Coletar amostras de sangue de todas as vítimas de PAF, PAB, e agressões com risco de vida. j) As amostras devem ser coletadas antes da transfusão de hemoderivados, pois há alteração do DNA por vários meses pós-transfusão. k) Utilizar iodopovidona para preparar o local da punção venosa; não álcool. l) Coletar amostras de sangue nos tubos adequados (incluindo para teste toxicológico, se indicado) e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta. Colocar os tubos de sangue em um envelope etiquetado com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da coleta, lacrado, e documentar a cadeia de custódia quando da transferência para o laboratório.
D – Avaliação de déficit neurológico	Em caso de vítimas inconscientes, pessoas aparentemente significativas para o paciente (por exemplo, parente próximo ou cuidador) podem ser consultadas como parte do processo de coleta de informações.
	No atendimento ao paciente inconsciente, deve ser considerada a possibilidade de intoxicação exógena ou overdose de drogas.
	Deve-se observar, nos pacientes inconscientes, a possibilidade de agressão sexual de acordo com alguns sinais apresentados (vide tópico “Exame físico completo”).

Quadro 40 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação primária (continuação)

Etapa	Procedimento
E – Exposição com controle de temperatura	Todos os pacientes que são vítimas ou suspeitas de serem vítimas de violência, devem ser completamente despídos e todas as superfícies corporais avaliadas.
	Avaliar o paciente da cabeça aos pés.
	Remoção das roupas: i) Cortar as roupas ao longo das costuras, se possível; evitar cortar buracos, rasgos ou manchas. j) Não colocar as roupas no chão, pois elas podem se contaminar. k) Colocar 2 lençóis limpos no chão para colocar as roupas até que possam ser ensacadas. O lençol de cima pode ser substituído por uma folha de papel utilizada para cobertura de macas. l) O lençol de cima ou a folha deve ser mantido(a) como vestígio, pois pode haver detritos nele(a). O lençol de baixo pode ser encaminhado para a lavanderia do hospital. Não sacudir as roupas.
	Armazenamento das roupas: e) Roupas secas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e selar com fita de evidência. f) Roupas molhadas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e, em seguida, colocar em saco plástico de risco biológico. Não fechar o saco plástico, pois a umidade pode causar o crescimento de fungos. Manter a sacola plástica aberta, avisar a polícia o mais rápido possível e informar que a roupa está molhada. Os itens devem ser colocados em embalagens separadas de modo que vestígios de uma peça não sejam transferidos para a outra.
	Caso haja folha de papel cobrindo a maca sob o paciente, ela deve ser mantida como vestígio.
	Documentar o nome do paciente, e número de registro na instituição, conteúdo da embalagem, assinatura e nome impresso do profissional, data e hora.
	Colocar cada sapato em sacos de papel separados, eles devem manuseados como roupas.
	Itens de chapelaria, bolsas e outros acessórios devem ser manuseados como roupas.
	Se o paciente chegar com um dispositivo eletrônico, não tentar ligá-lo, desligá-lo ou pesquisar nele. A manipulação de um dispositivo eletrônico deve ser deixada para a autoridade policial para que nenhuma informação vital que possa ser uma fonte de evidência seja perdida.
	Não jogar nenhum item fora, por mais simples que pareça.
Registro	Manter cadeia de custódia.

Quadro 41 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação secundária (continua)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
Etapa	Procedimento
Anamnese	Documentar a aparência do paciente na chegada (por exemplo: choroso, sem apresentar contato visual, roupas rasgadas).
	Observar o comportamento, atitude e preocupação do paciente com itens ou pessoas.
	Usar palavras exatas, citações.
	As declarações do paciente devem ser reproduzidas com precisão, não editadas e sem adaptações.
	Usar o nome do suposto autor do crime, se citado pelo paciente.
	Ao documentar o histórico do paciente, usar termos como "paciente afirma" ou "paciente relata" em vez de "paciente alega". Evitar expressões como "paciente recusa", em vez disso, usar "paciente declina".
Inspeção inicial	Observar atitude do paciente (por exemplo, assustado, agressivo, sem emoção).
	Observar linguagem corporal inadequada (por exemplo, falta de contato visual).
	Observar preocupação com um determinado item ou pessoa (por exemplo, carteira, localização da arma, suposto autor).
	Observar odores incomuns (por exemplo, gasolina, álcool, madeira queimada).
	Observar orientação da roupa (por exemplo, lado direito para fora, sapatos nos pés apropriados).
	Observar lesões agudas evidentes na pele.
	Observar admissões ou negações (por exemplo, dirigir veículo, manusear arma).
Exame físico completo (cefalopodálico)	Observar declarações sobre métodos de ataque (por exemplo, instrumento utilizado na agressão sofrida).
	Se mapas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão.
	Documentar a localização, tamanho e aspecto das lesões antes que sejam alteradas pelo tempo ou intervenção de saúde. Documentar se uma intervenção de saúde alterou uma lesão.
	Usar pontos anatômicos de referência para observar a localização de lesões, não outras lesões.
	Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatômico.
	Não documentar o ferimento como de "entrada" ou "saída". Em vez disso, descrever o tamanho e a forma das feridas, como "2 mm" e "oval", por exemplo.

Quadro 42 - Procedimentos de preservação de vestígios: Avaliação primária (continuação)

Etapa	Procedimento
	Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.
	Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar o ponto final da lesão.
	Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.
	Em casos de asfixia, evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida. Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo em embalagem específica.
	Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar a lesões secundárias.
	Documentar os padrões observáveis (por exemplo, formatos de lesões que se assemelham a objetos conhecidos).
	Se o paciente for vítima de PAF, observar a presença/ausência de resíduo de arma de fogo (pó, fuligem, partículas e/ou pequenas hemorragias pontilhadas).
	Se atentar à avaliação da superfície posterior dos antebraços, bem como das palmas das mãos; as lesões aqui são chamadas de lesões de defesa.
	Observar a face posterior das coxas, principalmente em gestantes, que muitas vezes levantam os joelhos para proteger o abdome gravídico.
	Sinais, sintomas e circunstâncias que levam à suspeita de agressão sexual: l) Testemunha relata que alguém manteve relação sexual com o paciente enquanto ele estava inconsciente; m) O paciente está parcial ou totalmente despido sem explicação, especialmente a região ano-genital; n) A roupa do paciente está rasgada, suja ou cortada sem explicação; o) A roupa de baixo está ausente ou do avesso; p) Marcas de mordida estão presentes no corpo do paciente; q) Lesão ano-genital aguda está presente; r) Lesão oral aguda está presente; s) Lesão não-genital aguda está presente (padronizada, em forma de amarra, queimadura, etc.) sem explicação; t) Estrangulamento; u) Cabelo da cabeça de paciente do sexo feminino foi cortado ou raspado; v) Violência por parceiro íntimo está presente/suspeita.
Registro	Manter cadeia de custódia.

Quadro 43 - Procedimentos de preservação de vestígios: Cuidados pós-morte

CUIDADOS PÓS-MORTE	
Etapas	Procedimento
Cuidados pós-morte	Enviar o corpo para o necrotério exatamente como estava no momento da morte, não limpar o corpo.
	Minimizar manuseio do corpo.
	Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo. A equipe que receber deve ser avisada de que se trata de morte em investigação e os dispositivos devem estar descritos na cadeia de custódia.
	Feridas prévias a procedimentos de reanimação devem ser deixadas sem curativo para não prejudicar as evidências.
	Enviar amostras extras de laboratório, fluidos corporais e peças com o paciente (por exemplo, cabelo, sangue, êmese).
	Enviar todas as roupas para o necrotério em sacos de papel.
	Colocar a roupa de cama extra em sacos separados.
	Se houver suspeita de uso de arma de fogo, colocar sacos de papel envolvendo as mãos e pés, presos nos pulsos e tornozelos com fita adesiva.
	Deixar o corpo sobre o lençol em que o paciente foi tratado; o saco para corpo deve colocado por fora de ambos, porque o lençol pode conter vestígios.
	Os profissionais da unidade de emergência devem consultar as autoridades policiais antes de permitir que alguém identifique ou veja o corpo.
	O corpo não deve ser deixado sozinho, mesmo para visualização da família, para evitar adulteração dele ou dos vestígios.
	Verificar as informações com a autoridade policial para evitar que a equipe inadvertidamente forneça para a família informações pessoais ou itens do paciente que podem ser vestígios.
	Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar a avaliação do médico legista; dessa forma, protocolos de transplante podem ser seguidos quando for o caso.
Registro	Manter cadeia de custódia.

5 Discussão

Durante o processo de revisão da literatura, foram incluídos documentos com foco nas recomendações sobre os recursos e estrutura necessários para a preservação de vestígios e nos próprios procedimentos de preservação.

Os documentos analisados abrangem uma variedade de publicações, incluindo artigos originais, revisões de literatura, livros e manuais, com o objetivo de estruturar e orientar as práticas de enfermagem forense no contexto da preservação de evidências em ambientes

clínicos, especialmente de emergência. A análise revela o predomínio de artigos originais (17 documentos), sugerindo um enfoque em relatos de pesquisa e de experiências práticas com metodologia aplicada diretamente ao manejo de evidências forenses.

A maioria dos documentos foi publicada em revistas de enfermagem e saúde, como AORN Journal, Journal of Emergency Nursing e Critical Care Nursing Quarterly, refletindo a inserção do tema da preservação forense no âmbito da prática clínica especializada.

Em termos de distribuição geográfica, os Estados Unidos emergem como o principal centro de produção acadêmica sobre o tema, com 17 publicações, sugerindo que o desenvolvimento da enfermagem forense e suas práticas associadas são mais consolidadas nesse país. Outros países como Canadá, Austrália, Índia e Reino Unido também contribuíram, embora com menor frequência, sinalizando um crescente interesse internacional pelo desenvolvimento de protocolos específicos de preservação de vestígios para enfermeiros.

Entre os anos de 1994 e 2019, percebe-se uma evolução na abordagem, com documentos mais recentes focando na elaboração de diretrizes e protocolos, como os manuais e livros publicados a partir de 2010, evidenciando um amadurecimento da área, que passa de práticas experimentais para orientações mais padronizadas e baseadas em evidências. Esse desenvolvimento aponta para a importância crescente da enfermagem forense e da sistematização de suas práticas em diferentes contextos e países.

Observa-se que enfermeiros em ambientes de emergência possuem uma capacidade diferenciada de identificar e preservar evidências em pacientes forenses, devido ao contato direto com vítimas e agressores durante a avaliação inicial.

Os dados destacam o papel decisivo desses profissionais na documentação de lesões, comportamentos e declarações de pacientes vítimas ou suspeitas de violência. No contexto do departamento de emergência, enfermeiros frequentemente encontram vestígios forenses, como amostras de sangue e saliva, que são essenciais para casos de violência física, abuso sexual ou lesões graves, nos quais evidências de DNA podem ser necessárias (14–20,39,40,44,45,80–82,87,88,90).

Durante a avaliação, é fundamental que os enfermeiros realizem uma documentação minuciosa da aparência, comportamento e declarações dos pacientes, registrando detalhes específicos que possam indicar trauma (14–20,39,40,44,45,66,80,82). No entanto, a preservação de vestígios não deve comprometer a segurança e a estabilização da vítima, que são prioridades no cuidado emergencial.

Procedimentos gerais de preservação enfatizam a manutenção de um ambiente estéril e a prevenção de contaminações cruzadas. Enfermeiros devem utilizar equipamentos de proteção

descartáveis, trocar luvas regularmente e embalar individualmente objetos de interesse forense, como roupas e secreções corporais, em sacos de papel etiquetados. Para amostras específicas, orienta-se o uso de swabs estéreis e o armazenamento adequado, com secagem prévia dos materiais antes de selá-los (15,16,18–20,39,44,45,82,87,90,106).

A documentação e a manutenção da cadeia de custódia são componentes essenciais, assegurando a integridade e admissibilidade das evidências. Enfermeiros devem registrar informações detalhadas sobre a transferência de evidências, incluindo nomes, horários e assinaturas, garantindo a segurança contra adulterações (14–16,18,19,40,44,82).

Resíduos externos, como sujeira ou fibras de vestuário, podem fornecer informações sobre o contexto de um incidente, indicando contatos físicos em agressões ou evidências de contaminação externa (20,87,90). Em lesões por arma de fogo ou perfuração, amostras de tecido, fragmentos de bala e objetos estranhos extraídos das lesões são de grande importância forense, sendo essencial a documentação de padrões de lesões (20,87,90).

O instrumento descreve procedimentos específicos para diferentes tipos de trauma, orientando a preservação de vestígios relevantes, como resíduos de pólvora, partículas em roupas e fragmentos de vidro, úteis para a investigação de acidentes de trânsito ou outros incidentes traumáticos (16,19,20,40,44,45,80–82,90,106).

Destaca-se que o cuidado deve ser planejado considerando tanto as perspectivas da vítima quanto de possíveis agressores, sendo esta abordagem ainda pouco contemplada nos estudos analisados.

Durante o processo de validação, verificou-se a necessidade do uso de diagramas corporais para registro mais acurado de lesões observadas nos pacientes. Recomenda-se o uso de formulários específicos projetados para exames forenses que incluam seções detalhadas para a documentação de lesões, as quais podem ser representadas visualmente por meio de diagramas corporais (107). Essa abordagem estruturada permite uma compreensão abrangente das lesões da vítima, contribuindo para a análise forense geral. Relatórios detalhados, incluindo documentação fotográfica e diagramas corporais, são essenciais para os processos legais que se seguem a agressões físicas ou sexuais (108).

Para o processo de validação do instrumento, 8 especialistas foram solicitados a responder um questionário que incluiu informações sobre seu perfil. A análise dos resultados obtidos a partir da amostra destaca várias questões críticas relacionadas à experiência e formação dos profissionais, bem como às práticas atuais no atendimento a essas vítimas.

Os dados demográficos dos 8 especialistas revelam uma predominância do sexo feminino (75%) e uma média de idade de 45,5 anos, com 22 anos de experiência na profissão.

A maioria possui titulação de doutorado (50%) e mestrado (50%), além de especializações em áreas pertinentes, como Enfermagem Forense e de Emergência. Essa diversidade de formação e a experiência significativa dos participantes conferem credibilidade aos dados coletados, pois são profissionais com uma importante compreensão dos desafios enfrentados no atendimento a vítimas de violência.

Os especialistas relataram atender vítimas de violência com frequência significativa, indicando que a questão da violência interpessoal é uma realidade constante nas unidades de emergência. Essa alta frequência é preocupante e aponta para a necessidade urgente de protocolos mais robustos e eficazes para o atendimento e a proteção dessas vítimas. Nesse sentido, a atuação do enfermeiro forense merece destaque, pois esses profissionais são treinados para lidar com as complexidades dos casos de violência, coletando evidências e oferecendo cuidados adequados (109). A integração da enfermagem forense nas unidades de emergência pode melhorar significativamente a resposta ao atendimento de vítimas de violência, promovendo uma abordagem mais holística e eficaz (110).

Um achado muito relevante da pesquisa foi a indicação de que a maioria dos especialistas não havia trabalhado sob um protocolo específico para o atendimento a vítimas de violência. Esta lacuna pode ser um fator determinante para a inadequação no tratamento e na preservação de evidências forenses, conforme observado nas respostas dos especialistas. A ausência de diretrizes claras pode levar a práticas inconsistentes e prejudicar tanto o atendimento ao paciente quanto a coleta de evidências que são cruciais para investigações futuras.

Estudos indicam que a formação e a capacitação dos enfermeiros para lidar com situações de violência são inadequadas. Muitos enfermeiros reconhecem a importância da coleta e preservação de vestígios, mas uma grande parte deles não possui conhecimento sobre as técnicas necessárias para tal (111). Outro estudo aponta que menos de 50% dos enfermeiros conhecem os procedimentos adequados para documentar e coletar evidências forenses (112). Essa falta de formação pode comprometer a assistência prestada e a segurança das vítimas, além de dificultar a responsabilização dos agressores.

Os resultados mostraram que 100% dos especialistas acreditam que a preservação de vestígios forenses não estava sendo realizada adequadamente nas unidades onde atuaram. Este dado é preocupante, pois a manutenção dos vestígios é um componente essencial no processo de investigação de crimes. As falhas na preservação podem resultar em desfechos judiciais desfavoráveis e perpetuar a impunidade. Este aspecto indica uma necessidade premente de

formação contínua e protocolos específicos, como o desenvolvido neste estudo, que priorizem a preservação de vestígios no atendimento emergencial.

Apesar das deficiências observadas, a maioria dos especialistas afirmou que sempre notifica casos de violência, o que é um passo positivo. No entanto, a frequência da notificação não é suficiente se não for acompanhada de ações efetivas que garantam o atendimento adequado e a proteção das vítimas. Isso sugere uma desconexão entre a notificação e a implementação de medidas de proteção e suporte. Além disso, outros estudos demonstraram que, com frequência, enfermeiros não realizam a notificação destes agravos(8). A divergência provavelmente se deve à composição desta amostra, que conta com enfermeiros forenses ou com experiência no atendimento a vítimas forenses.

A notificação compulsória de casos de violência, conforme estabelecido pela legislação brasileira, é uma responsabilidade que recai sobre os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. No entanto, a falta de preparo e conhecimento sobre como proceder em tais situações ainda é uma realidade preocupante (113). A formação contínua e a sensibilização dos enfermeiros são essenciais para garantir que eles possam cumprir essa função de maneira eficaz.

A baixa frequência da presença de peritos criminais nas unidades de emergência é uma preocupação adicional. A colaboração entre profissionais de saúde e autoridades policiais é essencial para assegurar um atendimento eficaz às vítimas de violência. A falta de interação pode comprometer tanto a qualidade do atendimento quanto a integridade dos vestígios coletados. A presença de peritos oficiais nas unidades hospitalares para avaliar vítimas de violência é uma questão complexa e frequentemente negligenciada no Brasil.

A literatura aponta que a atuação dos peritos é fundamental para a coleta e preservação de evidências que podem ser cruciais em investigações criminais. No entanto, a realidade é que esses profissionais não estão frequentemente presentes nas unidades de emergência, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada às vítimas. A escassez de recursos e a falta de protocolos claros para a atuação dos peritos nas unidades de saúde contribuem para essa ausência. Autores ressaltam que a alocação de recursos nos hospitais é frequentemente insuficiente para garantir a presença de peritos oficiais, o que limita a capacidade de resposta das instituições de saúde em casos de violência (114). A falta de um modelo organizacional que integre efetivamente os serviços de saúde e a perícia oficial resulta em um atendimento fragmentado, onde as vítimas podem não receber a assistência necessária em tempo hábil.

Por fim, a percepção generalizada de que o atendimento às vítimas de violência não é adequado ressalta a urgência em melhorar a formação dos profissionais de saúde em relação às questões forenses e de direitos das vítimas. A insuficiência no atendimento pode ter

repercussões diretas na saúde mental e física das vítimas, além de impactar a justiça e a prevenção de futuras ocorrências.

A abordagem humanizada é fundamental no atendimento às vítimas de violência. O acolhimento e a escuta qualificada são atribuições essenciais dos enfermeiros, que devem estar preparados para oferecer suporte emocional e físico (111). Essa assistência não se limita apenas ao tratamento imediato das lesões, mas também envolve a prevenção de complicações futuras, como gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis em casos de violência sexual (111).

A validação semântica deste estudo foi realizada com o objetivo de avaliar um pré-instrumento destinado ao atendimento de vítimas de violência em unidades de emergência. Esta fase do processo de validação não apenas garante que os itens do instrumento sejam compreensíveis, mas também que reflitam com precisão as necessidades e contextos em que serão utilizados. A análise dos comentários e ajustes sugeridos pelos especialistas ofereceram colaborações importantes sobre as lacunas existentes e as áreas que necessitavam de clarificação.

Um dos pontos destacados foi a necessidade de esclarecer o termo “Cadeia de Custódia”, fundamental para garantir a integridade dos dados coletados e a continuidade do atendimento. A inclusão de definições claras para terminologias específicas, como “Transferência de cuidado” e “forenses”, mostra um esforço para melhorar a compreensão do instrumento. A lista de categorias forenses de vítimas proposta por Pasqualone (24) complementa essa iniciativa, oferecendo uma base mais sólida para a aplicação do instrumento e aumentando sua relevância na prática clínica.

Os ajustes nas seções de “Avaliação inicial” e “Avaliação secundária” refletem uma preocupação com a clareza e a praticidade das orientações. Por exemplo, a reescrita do item sobre lesões orais agudas não apenas melhora a compreensão, mas também destaca a importância do registro adequado dessas evidências em contextos forenses. A inclusão de exemplos práticos nas orientações, como no item referente a métodos de ataque, é uma estratégia eficaz para facilitar a aplicação do instrumento, proporcionando aos profissionais de saúde diretrizes mais claras durante o atendimento.

A discussão em torno dos cuidados pós-morte refletiu a complexidade das questões éticas e legais envolvidas no manejo de órgãos e tecidos em contextos forenses. O ajuste que esclarece que a obtenção de órgãos pode ocorrer sem prejudicar a avaliação do médico legista, além de permitir a possibilidade de transplante, mostra a necessidade de um equilíbrio entre a prática forense e as diretrizes de transplante. Esse aspecto é importante para garantir que o

manejo de vítimas de violência seja conduzido com respeito às normas éticas e legais, promovendo a integridade da assistência e a proteção dos direitos dos pacientes.

Ainda neste contexto, surgiu um questionamento relacionado aos cuidados forenses no pós-morte, como a manutenção de dispositivos invasivos no corpo, já que eles frequentemente são removidos após o óbito em unidades de emergência; e outros procedimentos que podem afetar o estado do corpo no momento da morte. Pesquisas indicam que técnicas de autópsia minimamente invasivas, incluindo a imagem pós-morte, estão sendo cada vez mais utilizadas para reduzir a necessidade de autópsias tradicionais invasivas. Estudos já destacam a eficácia do uso de tomografia computadorizada pós-morte e angiografia coronária direcionada, que podem diminuir significativamente o número de autópsias invasivas de alto risco realizadas (115). Essa mudança em direção a técnicas não invasivas sugere um reconhecimento crescente da importância de preservar o corpo em seu estado pós-morte, incluindo quaisquer dispositivos invasivos, para facilitar avaliações forenses precisas.

Além disso, enfatiza-se a qualidade das autópsias em hospitais, observando que exames minuciosos frequentemente requerem a retenção de todos os dispositivos médicos presentes no momento da morte. Isso é particularmente relevante em casos em que a causa da morte pode estar ligada ao uso de tais dispositivos (116). A retenção desses dispositivos permite que peritos compreendam melhor as circunstâncias que cercam a morte e correlacionem achados clínicos com os resultados pós-morte. Além disso, as considerações éticas em torno dos exames post-mortem estão sendo cada vez mais reconhecidas. A relutância das famílias em consentir com procedimentos invasivos pode ser mitigada pelo uso de técnicas não invasivas que permitem investigações minuciosas sem comprometer a dignidade do falecido (117).

A validação de conteúdo e aparência tiveram como objetivo garantir que o instrumento de avaliação seja adequado e relevante para a sua finalidade específica. Os dados observados indicaram uma avaliação geral positiva das seções do instrumento, com a maioria das respostas situando-se nas categorias "Bom", "Muito bom" e "Excelente". A seção "Transferência do Cuidado" destacou-se, especialmente na relevância, onde 75% dos especialistas consideraram o item pertinente.

Por outro lado, a seção de "Registro" apresentou uma distribuição mais heterogênea nas respostas, especialmente na compreensão, onde 62,5% dos especialistas avaliaram como "Ruim" ou "Razoável". Esse resultado indicou que os itens relacionados ao registro necessitavam de maior clareza e definição, sendo essenciais para a manutenção da cadeia de custódia e a qualidade da documentação forense, sendo os devidos ajustes realizados.

A documentação adequada das evidências é crucial para evitar a revitimização das vítimas. A má conduta dos profissionais de saúde pode dificultar ainda mais a situação desses pacientes, levando a um processo de revitimização que pode impactar negativamente sua saúde mental e emocional (118). Registros adequados podem mitigar essas ocorrências.

A inclusão de detalhes como a definição de “fármacos/substâncias” no contexto da avaliação da cena, e a necessidade de explicar os cuidados que a vítima deve ter em relação à sua higiene, demonstram uma preocupação com a integridade dos vestígios e a eficácia do atendimento. Tais adições são essenciais para garantir que os profissionais envolvidos compreendam não apenas o “como”, mas também o “porquê” de cada procedimento.

A reformulação de itens, como o que aborda o controle de sangramentos, reforça a importância de uma comunicação clara entre as equipes que transferem cuidados e os que atendem a vítima, garantindo que informações importantes sejam mantidas e documentadas adequadamente. A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde é indispensável para o planejamento e a continuidade do cuidado, especialmente em situações críticas como as que envolvem vítimas de violência (119).

O coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna do instrumento, foi calculado em $\alpha=0,961$, que indica “excelente” consistência interna(103). Como a avaliação dos jurados não indicou redundância entre os itens, o alto valor do alfa de Cronbach reforça a confiabilidade do instrumento, sugerindo que ele captura o conteúdo de maneira abrangente e consistente sem apresentar sobreposição desnecessária. Este nível de consistência interna é desejável, pois assegura que os itens contribuem conjuntamente para a aplicação precisa do conceito estudado.

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) médio de 0,96875 é muito próximo de 1,0, o que indica uma alta concordância entre os especialistas sobre a relevância e adequação dos itens do instrumento. Em geral, um IVC acima de 0,90 é considerado excelente, sinalizando que os especialistas avaliam os itens como representativos e apropriados para medir o construto de interesse (105). No caso dos itens individuais: Facilidade, Lógica e Organização obtiveram um IVC de 1,0, mostrando que todos os especialistas concordaram plenamente com a relevância e clareza desses itens. Aplicabilidade obteve um IVC de 0,875, que ainda é um valor elevado, mas reflete uma ligeira divergência. Essa pequena diferença poderia indicar uma leve sugestão para revisar o item em busca de melhorias, embora ainda seja considerado válido. O fato de a divergência ter sido observada em apenas um especialista, reforça a validade da aplicabilidade do instrumento.

A avaliação da praticabilidade do instrumento revelou uma aceitação geral positiva, com a maioria dos especialistas considerando o instrumento fácil de entender, lógico em sua sequência e aplicável à prática assistencial. Essa aceitação é um indicador de que o instrumento não apenas atende a padrões teóricos, mas que também possui um valor prático no dia a dia das unidades de emergência.

A pontuação máxima em todos os parâmetros, exceto na aplicabilidade, que apresentou um IVC de 0,875, ainda que elevado, sugere que, embora o instrumento seja considerado aplicável, há espaço para ajustes de acordo com o contexto de cada serviço, que podem reforçar essa percepção entre os usuários finais e torná-lo mais prático em unidades específicas.

6 Conclusão

Este estudo teve como objetivo a construção e validação de um protocolo de enfermagem para a preservação de vestígios forenses em unidades de emergência. A análise dos dados coletados evidenciou a necessidade urgente de diretrizes claras e bem estruturadas que possam guiar os profissionais de saúde no manejo adequado de evidências forenses, especialmente em contextos de atendimento a vítimas de violência.

Os pontos centrais deste estudo incluem a identificação das lacunas na formação e na prática dos enfermeiros, a relevância da documentação e da manutenção da cadeia de custódia, e a importância da colaboração interprofissional no atendimento às vítimas. A pesquisa revelou que muitos enfermeiros se sentem despreparados para lidar com a coleta e preservação de vestígios, o que pode comprometer não apenas a qualidade do atendimento, mas também a eficácia das investigações forenses.

A validação do protocolo desenvolvido, com um índice de validade de conteúdo (IVC) de 0,96875 e um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,961, demonstra que o instrumento é confiável e bem aceito por especialistas da área. A partir do processo revisão de literatura, validação semântica, de conteúdo e de aparência, o instrumento é válido para aplicação na realidade brasileira. Protocolos regionais ou institucionais devem ser implementados de modo a atender as peculiaridades dos contextos locais.

No entanto, algumas limitações para aplicação do protocolo foram identificadas, incluindo a baixa frequência de presença de peritos criminais nas unidades de emergência e a variabilidade nas práticas de notificação de casos de violência. Essas limitações sugerem que, apesar do avanço na elaboração de protocolos, a implementação efetiva deles nas práticas diárias ainda enfrenta desafios significativos.

A importância deste protocolo não se restringe apenas ao aprimoramento das práticas de enfermagem, mas também à proteção dos direitos das vítimas, à integridade das evidências coletadas e, conseqüentemente, à promoção de justiça. Recomenda-se, portanto, que instituições de saúde priorizem a formação contínua de seus profissionais, promovendo workshops e treinamentos específicos sobre a preservação de vestígios forenses. Além disso, é fundamental que a integração entre as equipes de saúde e as autoridades policiais seja fortalecida, assegurando uma resposta mais eficaz no atendimento às vítimas de violência.

Com base nos dados obtidos durante a validação do pré-instrumento e na análise das práticas atuais nas unidades de emergência, recomenda-se também, a longo prazo, a elaboração de protocolos que abordem alguns aspectos essenciais no atendimento a vítimas de violência.

É imperativo que sejam desenvolvidos protocolos detalhados que guiem os profissionais de saúde no atendimento a vítimas de violência sexual. Esses protocolos devem incluir orientações sobre a abordagem inicial, a coleta de informações sensíveis, o manejo do trauma emocional e a importância da preservação de vestígios. A capacitação contínua dos profissionais, aliada à implementação de diretrizes claras, pode assegurar que as vítimas recebam um atendimento digno, respeitoso e que atenda às suas necessidades físicas e emocionais.

Nesse sentido, a inclusão de um protocolo específico para a realização de fotografia forense por enfermeiros é uma necessidade premente. As fotografias desempenham um papel crucial na documentação de lesões e na preservação de evidências, sendo frequentemente utilizadas em processos judiciais. Portanto, os enfermeiros devem receber formação adequada e orientações sobre técnicas de fotografia forense, bem como sobre a importância da cadeia de custódia, para garantir que as imagens sejam admissíveis em tribunal e contribuam efetivamente para as investigações.

Além disso, a criação de procedimentos padronizados para o armazenamento de vestígios forenses nas unidades de emergência é fundamental para assegurar a integridade das evidências coletadas. Esses procedimentos devem incluir diretrizes sobre a etiquetagem, armazenamento e transporte de vestígios, garantindo que a cadeia de custódia seja mantida em todas as etapas. A implementação de um sistema de gerenciamento de evidências que envolva todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento poderá minimizar o risco de contaminação ou perda de evidências, reforçando assim a qualidade do trabalho forense.

A adoção e a implementação deste protocolo de enfermagem podem não apenas melhorar a qualidade do atendimento em unidades de emergência, mas também contribuir significativamente para o fortalecimento da prática forense no Brasil, promovendo um ambiente

mais seguro e justo para as vítimas de violência. A continuidade da pesquisa nessa área é essencial para a atualização e o aprimoramento das práticas, sempre buscando garantir a dignidade e os direitos das vítimas no contexto da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *Am J Prev Med*. 2016;50(5):652–9.
2. Cucu A, Daniel I, Paduraru D, Galan A. Forensic nursing emergency care. *Romanian Journal of Legal Medicine*. 2014;22(2):133–6.
3. Pasqualone GA. The relationship between the forensic nurse in the emergency department and law enforcement officials. *Crit Care Nurs Q*. 2015;38(1):36–48.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual Assault and STDs: Sexual assault and treatment guidelines. 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 736/2024. 2024.
7. Rogers D, McBride B. Sexual assault examination. In: Stark M, editor. *Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide*. New York: Springer-Verlag; 2011.
8. Carvalho JFO de. Preservação de vestígios forenses pelo(a) enfermeiro(a) em unidade de emergência: adaptação transcultural do instrumento QPVAVE para a realidade brasileira [Trabalho de Conclusão de Residência]. Escola Superior de Ciências da Saúde; 2019.
9. Lynch VA. Forensic nursing science. In: Hammer RM, Moynihan B, Pagliaro EM, editors. *Forensic nursing: a handbook for practice*. 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013. p. 1–14.
10. Michel CM. Implementing a forensic educational package for registered nurses in two emergency departments in Western Australia. The University of Notre Dame Australia; 2008.
11. Felipe H, Cunha M, Ribeiro V, Zamarioli C, Santos C, Duarte J, et al. Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forenses: adaptação para o Brasil e a propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*. 2019; IV Série(23):99–110.

12. Sharma BR. Clinical forensic medicine in the present day trauma-care system-An overview. *Injury*. 2006;37(7):595–601.
13. Pasqualone G, Lenehan G. The Importance of Forensic Photography in the Emergency Departement. *J Emerg Nurs*. 1995;21(6):566–7.
14. Sheridan DJ. Forensic documentation of battered pregnant women. *J Nurse Midwifery*. 1996;41(6):467–72.
15. Meserve KL. Preserving medicolegal evidence: a guide for emergency care providers. *J Emerg Nurs* [Internet]. 1992 Apr;18(2):120–3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1573796>
16. Hoyt CA. Evidence Recognition and Collection in the Clinical Setting. *Crit Care Nurs Q* [Internet]. 1999 May;22(1):19–26. Disponível em: <http://journals.lww.com/00002727-199905000-00004>
17. McCracken L. The forensic ABCs of trauma care. *Can Nurse*. 2001 Mar;97(3):30–3.
18. Carrigan M, Collington P, Tyndall J. Forensic perioperative nursing. Advocates for justice. *Can Oper Room Nurs J* [Internet]. 2000 Dec;18(4):12–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11899332>
19. Assid PA. Evidence collection and documentation: are you prepared to be a medical detective? *Top Emerg Med*. 2005;27:15–26.
20. Fulton DR, Assid P. Evidence collection in the emergency department. In: Lynch VA, editor. *Forensic Nursing*. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2006. p. 570–7.
21. Marsh TO. A nurses' guide to sleuthing (or, how to collect evidence, hospital style). *RN*. 1978 Aug;41(8):48–50.
22. Normandin PA. Forensics and Emergency Nursing. *J Emerg Nurs*. 2020;46(3):268–74.
23. Peternelj-Taylor C, Bode T. Have you read your Forensic Nursing: Scope and Standards of Practice? *J Forensic Nurs*. 2010;6(2):55–6.
24. Pasqualone G, Michel C. Forensic patients hiding in full view. *Crit Care Nurs Q*. 2015;38(1):3–16.
25. ENA. Forensic Evidence Collection in the Emergency Care Setting. *J Emerg Nurs*. 2018;44(3):286–9.
26. Ozsaker E, Kaya A, Okgun Alcan A, Yavuz van Giersbergen M, Aktas EO. Forensic Cases in the Operating Room: Knowledge and Practices of Physicians and Nurses. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2020;35(1):38–43.

27. Duma SE, Villiers TDE. Clinical forensic nursing skills and competencies for quality care to victims of crime and violence. *Afr J Phys Health Educ Recreat Dance*. 2014;2(January):360–75.
28. Abdool NNT, Brysiewicz P. A Description of the Forensic Nursing Role in Emergency Departments in Durban, South Africa. *J Emerg Nurs*. 2009;35(1):16–21.
29. Berishaj K, Boyland CM, Reinink K, Lynch V. Forensic Nurse Hospitalist: The Comprehensive Role of the Forensic Nurse in a Hospital Setting. *J Emerg Nurs*. 2020;46(3):286–93.
30. Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egypt J Forensic Sci* [Internet]. 2011;1(2):69–76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejfs.2011.04.001>
31. Naredran S. Forensic Nursing – An Emerging Trend. *RGUHS Journal of Nursing Sciences*. 2011;1(1):47–50.
32. Miller CL, Leadingham C, McKean JR, McManus C. Forensic nursing: An emerging competency for contemporary practice. *Teaching and Learning in Nursing*. 2010;5(3):98–103.
33. Hoyt CA. Integrating forensic science into nursing processes in the ICU. *Crit Care Nurs Q*. 2006;29(3):259–70.
34. Filmalter CJ, Heyns T, Ferreira R. Forensic patients in the emergency department: Who are they and how should we care for them? *Int Emerg Nurs*. 2018;40(September 2017):33–6.
35. Silva KB, Silva R de C. Enfermagem Forense: Uma Especialidade a Conhecer. *Cogitare Enfermagem*. 2009;14(3):564–8.
36. Colbert AM, Donley SR. Social Justice and Forensic Nursing. *J Forensic Nurs*. 2018;14(2):51–2.
37. Linnarsson JR, Benzein E, Årestedt K. Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *J Clin Nurs*. 2015;24(1–2):266–74.
38. Romain-Glassey N, Ninane F, de Puy J, Abt M, Mangin P, Morin D. The Emergence of Forensic Nursing and Advanced Nursing Practice in Switzerland. *J Forensic Nurs*. 2014;10(3):144–52.
39. McGillivray B. The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. *Accid Emerg Nurs*

- [Internet]. 2005 Apr;13(2):95–100. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096523020400075X>
40. Wick JM. “Don’t Destroy the Evidence!” AORN J [Internet]. 2000 Nov;72(5):805–27. Disponível em: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0001-2092%2806%2962013-9>
 41. Peel M. Opportunities to preserve forensic evidence in emergency departments. Emergency Nurse [Internet]. 2016 Nov 10;24(7):20–6. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/en.2016.e1618>
 42. Johnson D. Forensic evidence preservation: the emergency nurses’ role. Australian Emergency Nursing Journal. 1997;1(2):37–40.
 43. Foresman-Capuzzi J. CSI & U: Collection and Preservation of Evidence in the Emergency Department. J Emerg Nurs [Internet]. 2014 May;40(3):229–36. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176713001864>
 44. Eisert PJ, Eldredge K, Hartlaub T, Huggins E, Keirn G, O’Brien P, et al. Development of forensic evidence collection guidelines for the emergency department. Crit Care Nurs Q. 2010;33(2):190–9.
 45. Muro GA, Easter CR. Clinical Forensics for Perioperative Nurses. AORN J [Internet]. 1994 Oct;60(4):585–93. Disponível em: [http://doi.wiley.com/10.1016/S0001-2092\(07\)63296-7](http://doi.wiley.com/10.1016/S0001-2092(07)63296-7)
 46. Lynch VA. Forensic nursing in the emergency department: a new role for the 1990s. Vol. 14, Critical Care Nursing Quarterly. 1991. p. 69–86.
 47. Abdool NNT. A description of the forensic nursing role in the emergency departments in Durban Metro [dissertação]. Durban: University of Kwazulu-Natal; 2006.
 48. Gonçalves SIF. Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2011.
 49. Johnstone MJ. Nursing and justice as a basic human need. Nursing Philosophy. 2011;12(1):34–44.
 50. Fox KA, Cook CL. Is knowledge power? the effects of a victimology course on victim blaming. J Interpers Violence. 2011;26(17):3407–27.
 51. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 556/2017. 2017.
 52. Araújo BC, Pereira MFO, Oliveira PB, De Oliveira GN, Da Silva BDF, Pinto PPD, et al. Uso da avaliação focada com sonografia para trauma abdominal fechado. Brazilian Journal of Health Review. 2023 Nov 27;6(6):29920–6.

53. Queiroz ÁAG, Dias ES, Aragão DA de, Ferrari YAC, Menezes LO, Cunha PFA, et al. Perfil epidemiológico e sobrevida de vítimas de trauma torácico atendidas em um hospital público no Estado de Sergipe. *Research, Society and Development*. 2021 May 22;10(6):e19110615549.
54. Nunes Ribeiro MB, Mancini PC, Bicalho MAC. Habilidades cognitivas em idosos com disfunção vestibular submetidos à reabilitação vestibular. *Distúrbios da Comunicação*. 2023 Jun 1;35(1):e60065.
55. Macari MDB, Bif SM, Netta MDLS, Ribeiro RB, Moreira GM, Almeida A da SB de, et al. Influência do trauma na infância sobre a saúde mental. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2024 Feb 27;6(2):2241–9.
56. Camargo Júnior EB, Andrade AC de S, Fernandes MN de F, Gherardi-Donato EC da S. Associação entre trauma na infância e depressão pós-parto em puérperas brasileiras. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2024;32.
57. Pai DD, Olinio L, Eich L, Lautenchleger R, Fernandes MN da S, Tavares JP. Fatores associados à qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6).
58. Silva TVS da, Vieira LM, Cardoso AMR, Oliveira RVD de. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em estudantes de Odontologia na pandemia da COVID-19 e fatores relacionados. *Research, Society and Development*. 2021 Jul 13;10(8):e34710817481.
59. Camargo Júnior EB, Fernandes MN de F, Gherardi-Donato EC da S. Repercussões do estresse precoce nas manifestações de impulsividade em usuários de drogas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2022 Sep 30;24:68579.
60. Committee of trauma of ACS. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student manual*. 10th ed. Chicago; 2018.
61. NAEMT. *PHTLS - Prehospital Trauma Life Support*. 9th ed. Jones & Bartlett Learning; 2018.
62. Riesenbergr LA, Leitzsch J, Massucci JL, Jaeger J, Rosenfeld JC, Patow C, et al. Residents' and Attending Physicians' Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *Academic Medicine*. 2009 Dec;84(12):1775–87.
63. Zbinden K. *Criminalística: investigação criminal*. Lisboa: Escola da Cadeia Penitenciária de Lisboa; 1957. 340 p.
64. Brasil. Secretaria-Geral da República. Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. 2019.
65. Braz J. *Investigação Criminal*. 4th ed. Lisboa: Almedina; 2019. 402 p.

66. Lenahan G, Easter CR, Muro GA. An ED forensic kit. *J Emerg Nurs* [Internet]. 1995 Oct;21(5):440–4. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099176705801217>
67. Çolak B, Etiler N, Biçer Ü. Who should provide/offer forensic services? *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2004;19:131–8.
68. Tuğcu H. Responsibility of the physician in emergency situations. *Klinik Gelişim Dergisi Adli tıp özel sayısı*. 2009;22:85–8.
69. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Sarıçıl F, Kılıç A. Evaluation of Medico-legal Case applied to Emergency service and the Judicial Reports. *Haseki Tıp Bülteni*. 2012;50(1).
70. Brahmanekar TR, Sharma SK. A record based study of frequency and pattern of medico-legal cases reported at a tertiary care hospital in Miraj. *Int J Community Med Public Health*. 2017 Mar 28;4(4):1348.
71. Kirk PL. *Crime Investigation: Physical Evidence and the Police Laboratory*. New York-London: Interscience; 1953. 784 p.
72. Badiye A, Kapoor N, Menezes RG. Chain of Custody. *StatPearls*. 2021.
73. McCracken LM. Living forensics: a natural evolution in emergency care. *Accid Emerg Nurs*. 1999;7(4):211–6.
74. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Archives of Clinical Psychiatry*. 1998;25(5):206–13.
75. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73.
76. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute. 2015. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
77. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
78. Klopper R, Lubbe S, Rugbeer H. The Matrix Method of literature review. *Alternation (Durb)*. 2007;14(1):262–76.
79. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6):625–9.
80. Lynch VA. Clinical Forensic Nursing - A New Perspective in the Management of Crime Victims from Trauma to Trial. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1995;7(3):489–507.

81. Sharma BR. Clinical forensic medicine - Management of crime victims from trauma to trial. *J Clin Forensic Med.* 2003;10(4):267–73.
82. McCans JP. Forensic evidence. Preserving the clinical picture. *RN [Internet].* 2006 Sep;69(9):28ac1–4; quiz 28ac5, 44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17017318>
83. Pierce-Weeks J, Campbell P. The challenges forensic nurses face when their patient is comatose: addressing the needs of our most vulnerable patient population. *J Forensic Nurs.* 2008;4(3):104–10.
84. Evans MM, Stagner PA. Maintaining the Chain of Custody Evidence Handling in Forensic Cases. *AORN J.* 2003;78(4):563–9.
85. Lynch VA, Duval JB. Forensic Nursing Science. In: *Forensic Nursing Science*. 2nd ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2011. p. 16.
86. Constantino RE. Forensic Nursing: evidence-based principles and practice. 1st ed. Philadelphia, FA: Davis Company; 2013.
87. Hammer R, Moynihan B, Pigliaro E. Forensic Nursing: A Handbook for Practice. Burlington, MA: Jones and Bartlett; 2013.
88. Wade C. Federal Bureau of Investigation: Handbook of forensic Services [Internet]. Investigation FB of, editor. Vol. 1, Federal Bureau of Investigation: Handbook of forensic Services. Quantico, VA: FBI Laboratory Publication; 2019. 105 p. Disponível em: <https://www.fbi.gov/file-repository/handbook-of-forensic-services-pdf.pdf/view>
89. SAFETA.org. Adolescent/adult forensic medical examination. Form acute < 120 hous. 2024. p. 1–12.
90. Bader DG, Gabriel S. Forensic Nursing. In: Bader DG, Gabriel S, editors. *Forensic Nursing: a concise manual*. CRC Press, Taylor & Francis Group; 2010. p. 1–9.
91. Darnell C, Michel C. Forensic Notes. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2012.
92. Pinckard JK, Wetli C V., Graham MA. National Association of Medical Examiners Position Paper on the Medical Examiner Release of Organs and Tissues for Transplantation. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology.* 2007 Sep;28(3):202–7.
93. Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW, Riesenber LA. Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal of Medical Quality.* 2009;24:196–204.
94. Carvalho JFO de, Melo CL, Pereira ER, Silva WP da, Guilherme FJ de A. Transferência de cuidado no contexto de urgência e emergência: pilares e ferramentas essenciais. *Enfermagem Revista.* 2020;23(1):1–8.

95. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006;32(3):167–75.
96. Leonard M, Bonacum D, Graham S. SBAR: Situation-Background-Assessment-Recomendation. 2017.
97. D'Amours S. Clinical guidelines: pre-hospital information and hand-over. In: D'Amours S, Sugrue M, Russell R, Nocera N, editors. *Handbook of Trauma Care*. 6th ed. Sydney: University of New South Wales; 2002.
98. Fitzpatrick D, McKenna M, Duncan EAS, Laird C, Lyon R, Corfield A. Critcomms: A national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018;26(1):1–11.
99. Iedema R, Ball C. NSW Ambulance/Emergency Department Handover Project Report. Sydney; 2010.
100. Macdonald S, Norris P. Guidelines for the collection of forensic evidence from the person who is unable to provide consent. Ontario; 2010.
101. Society of Asylum Medicine. Body diagrams [Internet]. 2024. Disponível em: <https://asylummedicine.com/body-diagrams>
102. Namdeo S, Rout S. Calculating and interpreting Cronbach's alpha using Rosenberg assessment scale on paediatrician's attitude and perception on self esteem. *Int J Community Med Public Health.* 2016;1371–4.
103. ACS. *Advanced Trauma Life Suport*. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
104. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006 Oct;29(5):489–97.
105. Evans MM, Stagner PA. Maintaining the chain of custody: evidence handling in forensic cases. *AORN J.* 2003;78:563–569.
106. d'Avila S, Campos AC, Bernardino Í de M, Cavalcante GMS, Nóbrega LM da, Ferreira EF e. Characteristics of Brazilian Offenders and Victims of Interpersonal Violence: An Exploratory Study. *J Interpers Violence.* 2019 Nov 1;34(21–22):4459–76.
107. Kerbacher S, Pfeifer M, Riener-Hofer R, Berzlanovich A, Eogan M, Galić Mihic A, et al. Overview of clinical forensic services in various countries of the European Union. *Forensic Sci Res.* 2020 Jan 2;5(1):74–84.

108. Neves AMO, Werneck AL, Ferreira DLM. Enfermagem forense na notificação compulsória da violência doméstica nas unidades de urgência e emergência. *Research, Society and Development*. 2021 Sep 30;10(12):e548101220666.
109. Dumarde LT de L, Bonela LZ, Guimarães S de O, Carvalho R de F, Iecker Junior RM, Delecrode T de A. Enfermagem forense em urgência e emergência: uma nova perspectiva de abordagem. *Global Academic Nursing Journal*. 2022;3(supp3).
110. Santos FMG. O papel do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência sexual. *Revista Científica Multidisciplinar*. 2022 Dec 2;3(12):e3122305.
111. Franco JM, Lourenço RG. Assistência de enfermagem prestada às mulheres em situação de violência em serviços de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2022 Jan 18;24.
112. Ribeiro AMVB, Santos da Silva Balduino I. Acolhimento e assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão integrativa. *Saúde.com*. 2021 Apr 6;16(4).
113. Galdino JP da S, Camargo EB, Elias FTS. Sedimentação da avaliação de tecnologias em saúde em hospitais: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica*. 2021;37(9).
114. Roberts ISD, Traill ZC. Minimally invasive autopsy employing post-mortem CT and targeted coronary angiography: evaluation of its application to a routine Coronal service. *Histopathology*. 2014 Jan 25;64(2):211–7.
115. Al Mahdy H. Quality of coroner's post-mortems in a UK hospital. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014 Feb 4;27(1):25–35.
116. Muin D, Neururer S, Rotter V, Leitner H, Leutgeb S, Husslein P, et al. Factors influencing the availability of a local hospital guideline on maternal care and fetal post-mortem work-up after antepartum stillbirth: a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):528.
117. Santos SC dos, Barros P de A, Delgado RF de A, Silva LV de L, Carvalho VP da S, Alexandre ACS. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade? *Saúde e Pesquisa*. 2018 Aug 30;11(2):359.
118. Matos ACB, Drews CMD, Fróis CGG de L, Ferreira DC, Ferreira J, Rocha LLM, et al. Sistematização da transferência de cuidados em terapia intensiva pediátrica por meio da ferramenta SBAR. *Europub Journal of Health Research*. 2022 Dec 19;3(3):436–47.

APÊNDICE A – Protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidades de emergência

OBJETIVO
Fornecer diretrizes para preservação de vestígios forenses em atendimentos realizados por enfermeiros em unidades de emergência, visando à adequada manipulação e proteção de evidências que podem ser cruciais em contextos de violência e investigação forense. Esse protocolo orienta o cuidado em situações de trauma, buscando assegurar que os vestígios sejam preservados de maneira íntegra para as análises subsequentes e processos legais.

JUSTIFICATIVA
Alta frequência de atendimentos a vítimas de violência nas unidades de emergência, onde há necessidade de procedimentos específicos para garantir a integridade das evidências. Além disso, o documento enfatiza a importância de capacitar os profissionais de enfermagem para reconhecer e preservar adequadamente esses vestígios, contribuindo para a justiça e proteção dos direitos das vítimas.

TERMINOLOGIA E SIGLAS UTILIZADAS	
Termo	Definição
Transferência do cuidado	A transferência do cuidado do paciente refere-se ao processo de transição de responsabilidade pelo atendimento médico de um profissional para outro. Isso ocorre principalmente em situações como a transferência entre diferentes unidades hospitalares, mudança de equipe médica ou alta hospitalar.
Forense	Se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicas especializadas na investigação de crimes, acidentes ou qualquer evento que exija análise e interpretação de evidências físicas. A área forense envolve a coleta, preservação, análise e apresentação de provas em processos judiciais, visando fornecer informações objetivas para auxiliar na tomada de decisões legais.
Cadeia de custódia	A cadeia de custódia é um procedimento que documenta o manuseio, a transferência e a localização de evidências físicas desde o momento da coleta até a apresentação em um tribunal de justiça. Ela é fundamental para garantir a integridade e a autenticidade das provas, evitando adulterações e assegurando que os resultados obtidos sejam confiáveis e aceitos pela justiça. A instituição deve possuir embalagens, rótulos e formulários específicos para preenchimento da cadeia de custódia.
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
PAB	Perfuração por Arma Branca
PAF	Perfuração por Arma de Fogo

CATEGORIAS FORENSES DE PACIENTES	
Acidentes de trabalho	Violência doméstica

Acidentes de trânsito	Pessoas sob custódia policial
Abuso de substâncias	Abuso sexual
Agressão pessoal	Feridas cortantes
Abuso de crianças	Reações medicamentosas
Admissão de doentes psiquiátricos	Práticas transculturais
Riscos ambientais	Doação de órgãos
Assalto e agressão	Queimados com mais de 5% de área
Abuso de incapacitados	PAF
Mordeduras humanas e animais	Intoxicação alimentar coletiva
Mortes suspeitas	Violência de gangues
Abuso de idosos	Negligência e má prática clínica.

MATERIAIS NECESSÁRIOS	
Alvejante diluído ou luz UV	Folhas de papel branco ou pardo A0
Ampola de água destilada	Formulários de cadeia de custódia
Caixa de luva de procedimento	Frasco coletor estéril
Caixa de papelão resistente (pequena, média e grande)	Fraco coletor com aditivo
	Gazes estéreis
Caixa grande de plástico com tampa	Lâmina de vidro
Câmera DSLR	Máscara
Caneta permanente à prova d'água	Pinças com e sem ponta de borracha
Cartão de memória extra (câmera)	Saco de lixo infectante vermelho
Copos de isopor ou suporte para swab	Sacolas de papel pardo (médio e grande)
Caderno/pasta com protocolo, telefones, formulários e campo para observações	Sacos de papel pardo (pequeno, médio e grande)
	Sacos de plástico inviolável (pequeno e médio)
Diagramas das regiões do corpo humano	Swab estéril
Envelopes de papel (pequeno e médio)	Termo de consentimento para fotografia
Escala ABFO nº 2	Tesoura grande
Etiquetas de identificação	Touca
Fita adesiva de segurança (evidência)	Tubo de coleta de sangue (EDTA)
Fita adesiva transparente	Tubo ou caixa para arma ou faca
Folhas de papel branco A4	

TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO	
Etapa	Procedimento
Avaliação da cena	Verificar informações sobre o evento de modo a avaliar a segurança do atendimento.

	Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até a unidade de emergência.
	Fazer um inventário dos fármacos/substâncias, utensílios e objetos suspeitos encontrados no local junto à equipe de APH.
	Documentar a posição da vítima e as circunstâncias onde esta foi encontrada.
Orientações à vítima/agressor	De acordo com as circunstâncias do caso, informar a vítima que deve evitar tomar banho ou lavar qualquer parte do corpo, incluindo as mãos e a boca, limpar ou cortar as unhas, pentear-se, mudar de roupa ou lavá-la, comer, beber, mastigar ou fumar; bem como os motivos desses cuidados.
Registro	Manter cadeia de custódia.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	
Etapa	Procedimento
X – Controle de sangramentos exsanguinantes	Se um curativo foi aplicado em uma lesão durante o APH, deve ser observado registro realizado pela equipe e, se adequado, a cobertura deve ser mantida como vestígio.
A – Abertura de vias aéreas com controle de coluna cervical	Considerar manter o conteúdo gástrico que o paciente vomitou ou que foi aspirado do paciente, porque este material pode conter veneno, tinta, drogas ou outros componentes exógenos. Ele deve ser armazenado em frasco estéril rotulado e selado.
	Observar e registrar lesões orais agudas que possam ser sugestivas de agressão sexual.
B – Ventilação (Breathing)	Remover da cavidade oral quaisquer corpos estranhos (como fármacos sólidos, próteses ou dentes soltos) antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-los em frasco estéril rotulado e selado.
C - Circulação	Circular e documentar locais em que for realizada punção.
	Se possível, um acesso intravenoso não deve ser feito nas mãos de qualquer pessoa envolvida em um tiroteio, seja uma vítima ou perpetrador.
	Coleta de amostras: m) Coletar amostras de sangue de todas as vítimas de PAF, PAB, e agressões com risco de vida. n) As amostras devem ser coletadas antes da transfusão de hemoderivados, pois há alteração do DNA por vários meses pós-transfusão. o) Utilizar iodopovidona para preparar o local da punção venosa; não álcool. p) Coletar amostras de sangue nos tubos adequados (incluindo para teste toxicológico, se indicado) e etiquetar com o nome do paciente, número de registro na instituição, nome do profissional e data/hora da coleta.

	Colocar os tubos de sangue em um envelope etiquetado com o nome do paciente, nome do profissional, data/hora da coleta, lacrado, e documentar a cadeia de custódia quando da transferência para o laboratório.
D – Avaliação de déficit neurológico	Em caso de vítimas inconscientes, pessoas aparentemente significativas para o paciente (por exemplo, parente próximo ou cuidador) podem ser consultadas como parte do processo de coleta de informações.
	No atendimento ao paciente inconsciente, deve ser considerada a possibilidade de intoxicação exógena ou overdose de drogas.
	Deve-se observar, nos pacientes inconscientes, a possibilidade de agressão sexual de acordo com alguns sinais apresentados (vide tópico “Exame físico completo”).
E – Exposição com controle de temperatura	Todos os pacientes que são vítimas ou suspeitas de serem vítimas de violência, devem ser completamente despidos e todas as superfícies corporais avaliadas.
	Avaliar o paciente da cabeça aos pés.
	Remoção das roupas: m) Cortar as roupas ao longo das costuras, se possível; evitar cortar buracos, rasgos ou manchas. n) Não colocar as roupas no chão, pois elas podem se contaminar. o) Colocar 2 lençóis limpos no chão para colocar as roupas até que possam ser ensacadas. O lençol de cima pode ser substituído por uma folha de papel utilizada para cobertura de macas. p) O lençol de cima ou a folha deve ser mantido(a) como vestígio, pois pode haver detritos nele(a). O lençol de baixo pode ser encaminhado para a lavanderia do hospital.
	Não sacudir as roupas.
	Armazenamento das roupas: g) Roupas secas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e selar com fita de evidência. h) Roupas molhadas: colocar cada peça de roupa em sacos de papel separados e, em seguida, colocar em saco plástico de risco biológico. Não fechar o saco plástico, pois a umidade pode causar o crescimento de fungos. Manter a sacola plástica aberta, avisar a polícia o mais rápido possível e informar que a roupa está molhada.
	Os itens devem ser colocados em embalagens separadas de modo que vestígios de uma peça não sejam transferidos para a outra.
	Caso haja folha de papel cobrindo a maca sob o paciente, ela deve ser mantida como vestígio.
	Documentar o nome do paciente, e número de registro na instituição, conteúdo da embalagem, assinatura e nome impresso do profissional, data e hora.

	Colocar cada sapato em sacos de papel separados, eles devem manuseados como roupas.
	Itens de chapelaria, bolsas e outros acessórios devem ser manejados como roupas.
	Se o paciente chegar com um dispositivo eletrônico, não tentar ligá-lo, desligá-lo ou pesquisar nele. A manipulação de um dispositivo eletrônico deve ser deixada para a autoridade policial para que nenhuma informação vital que possa ser uma fonte de evidência seja perdida.
	Não jogar nenhum item fora, por mais simples que pareça.
Registro	Manter cadeia de custódia.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
Etapa	Procedimento
Anamnese	Documentar a aparência do paciente na chegada (por exemplo: choroso, sem apresentar contato visual, roupas rasgadas).
	Observar o comportamento, atitude e preocupação do paciente com itens ou pessoas.
	Usar palavras exatas, citações.
	As declarações do paciente devem ser reproduzidas com precisão, não editadas e sem adaptações.
	Usar o nome do suposto autor do crime, se citado pelo paciente.
	Ao documentar o histórico do paciente, usar termos como "paciente afirma" ou "paciente relata" em vez de "paciente alega". Evitar expressões como "paciente recusa", em vez disso, usar "paciente declina".
Inspeção inicial	Observar atitude do paciente (por exemplo, assustado, agressivo, sem emoção).
	Observar linguagem corporal inadequada (por exemplo, falta de contato visual).
	Observar preocupação com um determinado item ou pessoa (por exemplo, carteira, localização da arma, suposto autor).
	Observar odores incomuns (por exemplo, gasolina, álcool, madeira queimada).
	Observar orientação da roupa (por exemplo, lado direito para fora, sapatos nos pés apropriados).
	Observar lesões agudas evidentes na pele.
	Observar admissões ou negações (por exemplo, dirigir veículo, manusear arma).
	Observar declarações sobre métodos de ataque (por exemplo, instrumento utilizado na agressão sofrida).
	Se mapas corporais forem usados, eles devem indicar a localização e o tipo de lesão.

Exame físico completo (cefalopodálico)	Documentar a localização, tamanho e aspecto das lesões antes que sejam alteradas pelo tempo ou intervenção de saúde. Documentar se uma intervenção de saúde alterou uma lesão.
	Usar pontos anatômicos de referência para observar a localização de lesões, não outras lesões.
	Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatômico.
	Não documentar o ferimento como de “entrada” ou “saída”. Em vez disso, descrever o tamanho e a forma das feridas, como "2 mm" e "oval", por exemplo.
	Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.
	Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar o ponto final da lesão.
	Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.
	Em casos de asfixia, evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida. Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo em embalagem específica.
	Caso sejam efetuadas manobras de reanimação, registrar este acontecimento, pois podem levar a lesões secundárias.
	Documentar os padrões observáveis (por exemplo, formatos de lesões que se assemelham a objetos conhecidos).
	Se o paciente for vítima de PAF, observar a presença/ausência de resíduo de arma de fogo (pó, fuligem, partículas e/ou pequenas hemorragias pontilhadas).
	Se atentar à avaliação da superfície posterior dos antebraços, bem como das palmas das mãos; as lesões aqui são chamadas de lesões de defesa.
	Observar a face posterior das coxas, principalmente em gestantes, que muitas vezes levantam os joelhos para proteger o abdome gravídico.

	Sinais, sintomas e circunstâncias que levam à suspeita de agressão sexual: w) Testemunha relata que alguém manteve relação sexual com o paciente enquanto ele estava inconsciente; x) O paciente está parcial ou totalmente despido sem explicação, especialmente a região ano-genital; y) A roupa do paciente está rasgada, suja ou cortada sem explicação; z) A roupa de baixo está ausente ou do avesso; - aa) Marcas de mordida estão presentes no corpo do paciente; - bb) Lesão ano-genital aguda está presente; - cc) Lesão oral aguda está presente; - dd) Lesão não-genital aguda está presente (padronizada, em forma de amarra, queimadura etc.) sem explicação; - ee) Estrangulamento; - ff) Cabelo da cabeça de paciente do sexo feminino foi cortado ou raspado; - gg) Violência por parceiro íntimo está presente/suspeita.
Registro	Manter cadeia de custódia.

CUIDADOS PÓS-MORTE	
Etapas	Procedimento
Cuidados pós-morte	Enviar o corpo para o necrotério exatamente como estava no momento da morte, não limpar o corpo.
	Minimizar manuseio do corpo.
	Acessos venosos, cateteres e tubos devem ser deixados no corpo. A equipe que receber deve ser avisada de que se trata de morte em investigação e os dispositivos devem estar descritos na cadeia de custódia.
	Feridas prévias a procedimentos de reanimação devem ser deixadas sem curativo para não prejudicar as evidências.
	Enviar amostras extras de laboratório, fluidos corporais e peças com o paciente (por exemplo, cabelo, sangue, êmese).
	Enviar todas as roupas para o necrotério em sacos de papel.
	Colocar a roupa de cama extra em sacos separados.
	Se houver suspeita de uso de arma de fogo, colocar sacos de papel envolvendo as mãos e pés, presos nos pulsos e tornozelos com fita adesiva.
	Deixar o corpo sobre o lençol em que o paciente foi tratado; o saco para corpo deve colocado por fora de ambos, porque o lençol pode conter vestígios.
	Os profissionais da unidade de emergência devem consultar as autoridades policiais antes de permitir que alguém identifique ou veja o corpo.
	O corpo não deve ser deixado sozinho, mesmo para visualização da família, para evitar adulteração dele ou dos vestígios.

	Verificar as informações com a autoridade policial para evitar que a equipe inadvertidamente forneça para a família informações pessoais ou itens do paciente que podem ser vestígios.
	Com raras exceções, a obtenção de órgãos ou tecidos pode ocorrer sem prejudicar a avaliação do médico legista; dessa forma, protocolos de transplante podem ser seguidos quando for o caso.
Registro	Manter cadeia de custódia.

RESPONSABILIDADES

Os enfermeiros são responsáveis pela avaliação inicial do paciente, identificação e preservação de vestígios sem comprometer a cadeia de custódia, além de seguir as orientações do protocolo para o registro adequado de evidências. As responsabilidades incluem também a comunicação eficaz com a equipe multidisciplinar e autoridades competentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jan. 2024. Seção 1, p. 74.

Carvalho JFO. Preservação de vestígios de interesse forense em unidades de emergência hospitalar: elaboração e validação de protocolo de enfermagem [tese de doutorado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2024. 113 p.

APÊNDICE B - Formulário de registro de fotografia forense

FOTOGRAFIA FORENSE

Identificação do paciente

Localização corporal	Tipo	Descrição	Fotografia		
			Sim	Não	Número

Legenda: Tipos de achados

AB - Abrasões	LG - Lágrimas	PS - Potencial saliva
AH - Amostra por histórico	LE - Lesão elétrica	Q - Queimadura
CT - Contusão	LI - Lesão incisa	SA - Sangue
CP - Corpo estranho	LS - Lesão por Sucção	SC - Secreção seca
DF - Deformidade	M - Mordida	SU - Secreção úmida
DT - Detritos	OL - Outra Lesão	SE - Sensibilidade
E - Edema	OM - Outro material estranho	SW - Swab de controle
EN - Enduração	(descrever)	VG - Vegetação/Solo
F - Fibra/Cabelo (descrever)	PT - Petéquias	VM - Vermelhidão
LC - Laceração		

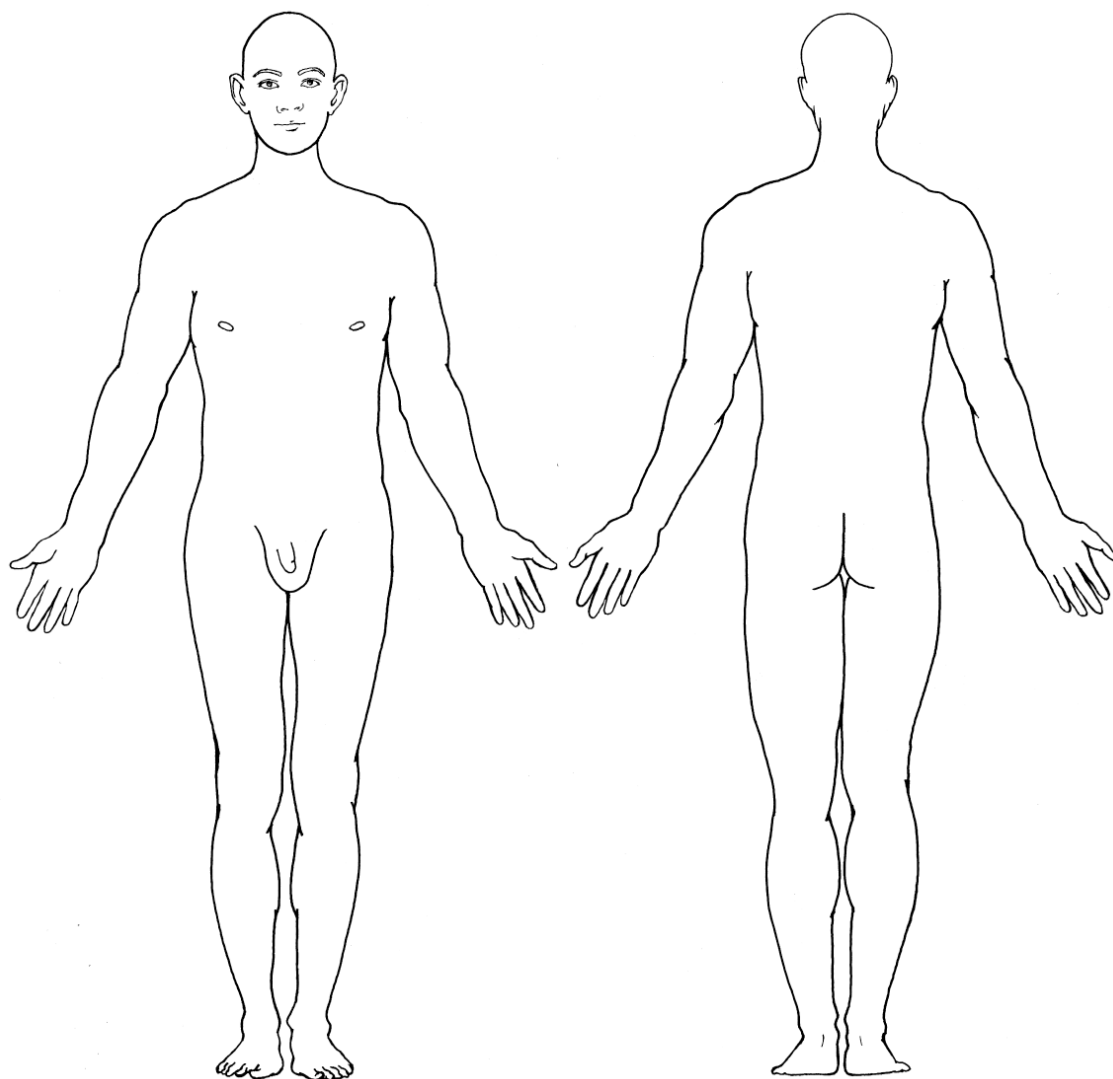
Colposcópico ()	Vídeo ()	Fotos ()	Total de fotos feitas:
Câmera ()	Vídeo ()	Fotos ()	

Enfermeiro responsável: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

APÊNDICE C - Diagrama corporal para registro de lesões (masculino)
DIAGRAMA CORPORAL - MASCULINO

Identificação do paciente



Legenda: Tipos de achados

AB - Abrasões	LG - Lágrimas	PS - Potencial saliva
AH - Amostra por histórico	LE - Lesão elétrica	Q - Queimadura
CT - Contusão	LI - Lesão incisa	SA - Sangue
CP - Corpo estranho	LS - Lesão por Sucção	SC - Secreção seca
DF - Deformidade	M - Mordida	SU - Secreção úmida
DT - Detritos	OL - Outra Lesão	SE - Sensibilidade
E - Edema	OM - Outro material estranho	SW - Swab de controle
EN - Enduração	(descrever)	VG - Vegetação/Solo
F - Fibra/Cabelo (descrever)	PT - Petéquias	VM - Vermelhidão
LC - Laceração		

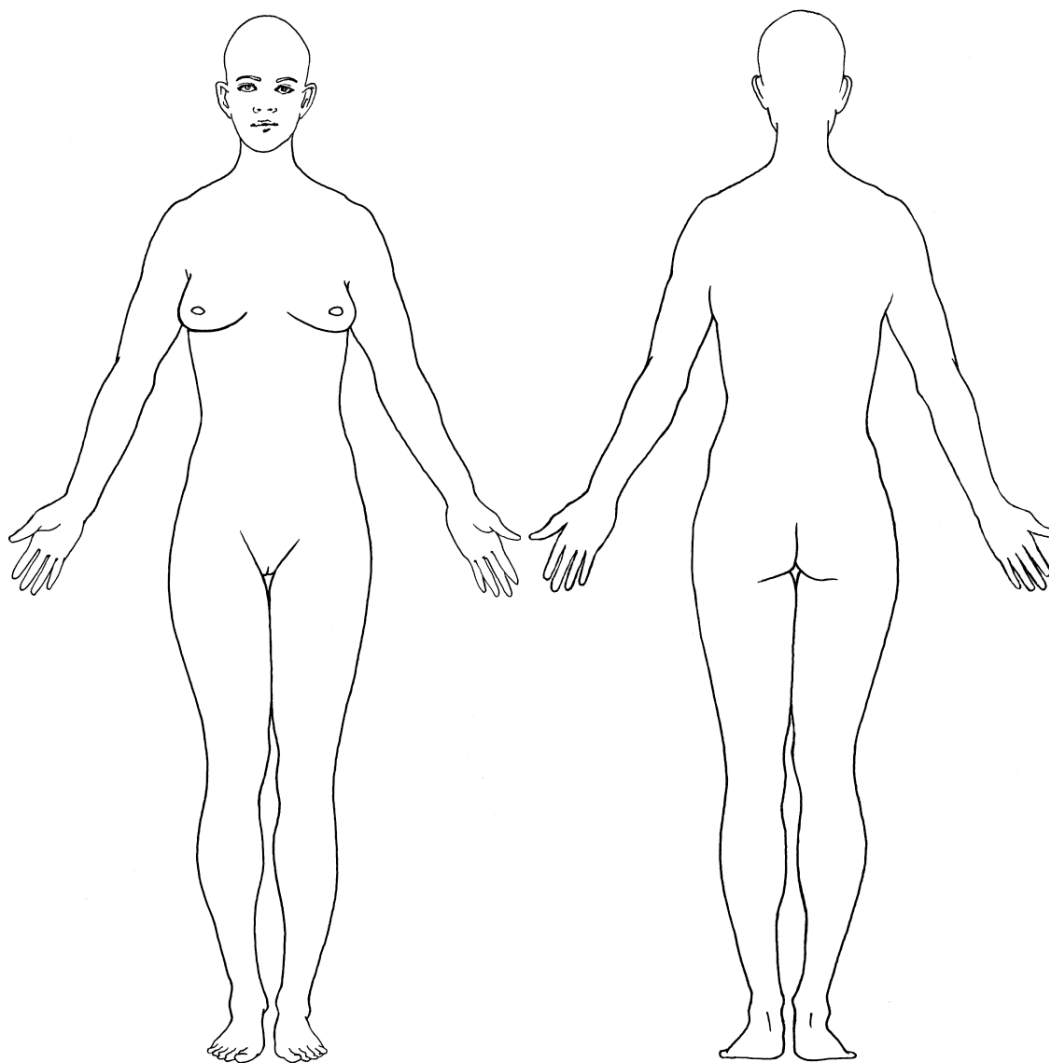
Enfermeiro responsável: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE D - Diagrama corporal para registro de lesões (feminino)
DIAGRAMA CORPORAL - FEMININO

Identificação do paciente



Legenda: Tipos de achados

AB - Abrasões	LG - Lágrimas	PS - Potencial saliva
AH - Amostra por histórico	LE - Lesão elétrica	Q - Queimadura
CT - Contusão	LI - Lesão incisa	SA - Sangue
CP - Corpo estranho	LS - Lesão por Sucção	SC - Secreção seca
DF - Deformidade	M - Mordida	SU - Secreção úmida
DT - Detritos	OL - Outra Lesão	SE - Sensibilidade
E - Edema	OM - Outro material estranho	SW - Swab de controle
EN - Enduração	(descrever)	VG - Vegetação/Solo
F - Fibra/Cabelo (descrever)	PT - Petéquias	VM - Vermelhidão
LC - Laceração		

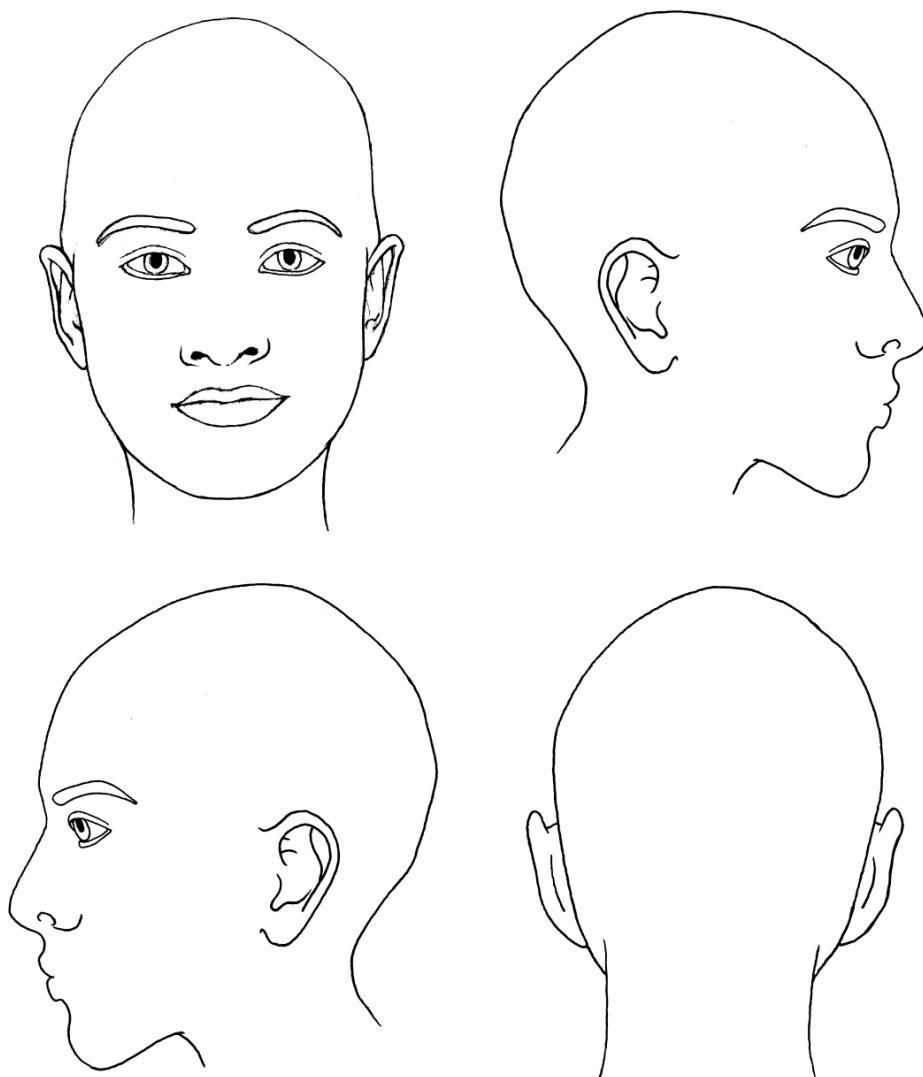
Enfermeiro responsável: _____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE E - Diagrama corporal para registro de lesões (cabeça)
DIAGRAMA CORPORAL - CABEÇA

Identificação do paciente



Legenda: Tipos de achados

AB - Abrasões	LG - Lágrimas	PS - Potencial saliva
AH - Amostra por histórico	LE - Lesão elétrica	Q - Queimadura
CT - Contusão	LI - Lesão incisa	SA - Sangue
CP - Corpo estranho	LS - Lesão por Sucção	SC - Secreção seca
DF - Deformidade	M - Mordida	SU - Secreção úmida
DT - Detritos	OL - Outra Lesão	SE - Sensibilidade
E - Edema	OM - Outro material estranho	SW - Swab de controle
EN - Enduração	(descrever)	VG - Vegetação/Solo
F - Fibra/Cabelo (descrever)	PT - Petéquias	VM - Vermelhidão
LC - Laceração		

Enfermeiro responsável: _____

Data: __/__/____

Assinatura: _____

APÊNDICE F - Formulário de cadeia de custódia

CADEIA DE CUSTÓDIA

Identificação do paciente

Amostras	Coletada		Observações	Enfermeiro que coletou	Polícia recebeu	
	Sim	Não			Sim	Não
Papel de corpos estranhos						
Sacos de roupas (Qtd.____)						
Roupas íntimas (Qtd.____)						
Swabs orais						
Swabs adicionais						
Swabs com luz UV						
Swabs das unhas						
Pelos pubianos						
Swabs genitália externa						
Swabs anais/retais						
Swabs vaginais/cervicais						
Swab referência DNA						

Amostras toxicológicas	Coletada		Horário	Enfermeiro que coletou	Polícia recebeu	
	Sim	Não			Sim	Não
Sangue						
Urina						

Amostras de agressão sexual			
Kit utilizado (se disponível)	Sim ()	Sim ()	Número de identificação:
Observações:			

Enfermeiro responsável pela coleta (carimbo): _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____ Assinatura: _____

Policial responsável pela recepção (carimbo): _____

Data: ____/____/____ Horário: ____:____ Assinatura: _____

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas para preservação de vestígios forenses em unidades de emergência: elaboração e validação de protocolo de enfermagem

Pesquisador: Jade Fonseca Ottoni de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39262920.4.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.523.178

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1633099.pdf" postado em 14/10/2020:

"Resumo: Por meio da Resolução 556/2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a atividade de enfermeiro(a) forense. Entre as competências desempenhadas pelo enfermeiro forense, estão o reconhecimento de possíveis situações de violência e a identificação de potenciais vítimas e lesões, a coleta e preservação de vestígios (COFEN, 2017). Porém, no Brasil não há registro de protocolos específicos que delineiem esses procedimentos e acredita-se que a existência deles é um passo essencial para o estabelecimento da especialidade de Enfermagem Forense como campo de atuação no país. Dessa forma, este estudo pretende construir e validar protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidade de emergência."

INTRODUÇÃO: "O número de vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária tem aumentado ao longo dos anos, sendo a violência atualmente considerada a quarta causa de morte entre adultos mundialmente (BUTCHART; MIKTON, 2014). Vítimas de trauma, abuso sexual, maus-tratos infantis e outros crimes violentos são comumente levadas a unidades de emergência para cuidado e tratamento e, desta forma, esses serviços devem ser capazes de providenciar assistência adequada a essas vítimas (CUCU et al, 2014; PASQUALONE, 2015). O Ministério da Saúde, percebendo que as violências e os acidentes são responsáveis por importante impacto

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

socioeconômico, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), composto por: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito) (BRASIL, 2006). Em 2009, este sistema passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e, em 2011, a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada para todos os serviços de saúde e incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan (BRASIL, 2011). Por meio da Resolução 556/2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a atividade de enfermeiro(a) forense. Entre as competências desempenhadas pelo enfermeiro forense, estão o reconhecimento de possíveis situações de violência e a identificação de potenciais vítimas e lesões, a coleta e preservação de vestígios (COFEN, 2017). Vestígios forenses se referem a qualquer coisa que possa ser útil na eliminação, identificação ou condenação de um suspeito (ROGERS; MCBRIDE, 2011). A habilidade do(a) enfermeiro(a) para detectar e coletar evidências desempenha um importante papel na investigação do crime e pode impactar no resultado de decisões legais. Evidências forenses são frequentemente mal manejadas ou destruídas, resultando em falhas jurídicas (PASQUALONE, 2015). Estudo realizado em unidade de emergência de referência em Brasília demonstrou que, de acordo com grande parte dos enfermeiros questionados (87,5%), são realizados atendimentos a vítimas de violência interpessoal ou autoprovocada “diariamente” ou “semanalmente”. Apesar disso, a maioria deles (91,7%) negou a existência de protocolo que delineasse a sua atuação para o atendimento de vítimas de violência durante seu tempo de serviço, e atribuem o fato de não acreditarem que a preservação de vestígios forenses ocorre adequadamente na unidade em que atuam a esse fator. Além disso, o estudo mostrou grande desconhecimento dos profissionais acerca da maior parte dos procedimentos adequados para preservação de vestígios forenses nos atendimentos (CARVALHO, 2019). Vítimas de agravos traumáticos devem ser tratados como pacientes potencialmente forenses até que seja provado o contrário e, muitas vezes, a primeira oportunidade para a coleta de evidências ocorre em ambiente hospitalar, especialmente na sala de emergência (LYNCH, 2013). Do ponto de vista bioético, é essencial que seja fornecido atendimento qualificado e humanizado, de forma que estejam presentes estratégias de proteção a essas vítimas de violência. Potenciais pacientes forenses possuem necessidades físicas e emocionais específicas que exigem sensibilidade dos profissionais nas unidades de emergência para que defendam a justiça e proteção do paciente (FILMALTER, 2018). Além disso, o modo como as evidências são manejadas na unidade de emergência pode comprometer e violar o direito da vítima à justiça (JOHNSTONE, 2011). No ambiente caótico de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

emergência, salvar vidas e tratar pacientes no menor período de tempo possível tende a prejudicar a identificação de vítimas forenses e a preservação de evidências (FOX; COOK, 2011). No Brasil não há registro de protocolos específicos que delineiem esses procedimentos e acredita-se que a existência deles é um passo essencial para o estabelecimento da especialidade de Enfermagem Forense como campo de atuação no país."

"Metodologia Proposta: Estudo transversal, descritivo, do tipo metodológico, com abordagem quantitativa, para elaboração e validação de aparência e conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para preservação de vestígios em atendimentos enquadrados nas categorias forenses de vítimas que recorrem às unidades de emergência hospitalares. São consideradas categorias forenses: acidentes de trabalho; acidentes de trânsito; abuso de substâncias; agressão pessoal; abuso de crianças; admissão de doentes psiquiátricos; riscos ambientais; assalto e agressão; abuso de incapacitados; mordeduras humanas e animais; mortes suspeitas; abuso de idosos; violência doméstica; pessoas sob custódia policial; abuso sexual; feridas cortantes; reações medicamentosas; práticas transculturais (por exemplo, mutilação genital feminina); doação de órgãos; queimados com mais de 5% de área; perfuração por arma de fogo; intoxicação alimentar coletiva; violência de gangues; negligência e má prática clínica (PASQUALONE, 2003). O estudo será conduzido em quatro etapas, tendo como base o Polo Teórico proposto por Pasquali (1998): 1) revisão da literatura; 2) elaboração do instrumento; 3) validação de conteúdo com comitê de especialistas; 4) validação semântica e de aparência, através de pré-teste com comitê de especialistas. Para construção do instrumento, inicialmente será realizada revisão sistematizada, do tipo scoping review, para identificação da produção científica referente aos procedimentos para preservação de vestígios forenses por enfermeiros em unidades de emergência internacionalmente. Após revisão e estruturação da primeira versão do protocolo, ele será submetido a um comitê de especialistas, com expertise na área forense, conforme proposto por Pasquali (1998), que estabelece o mínimo de seis peritos, para avaliação da validade de construto, critério e conteúdo. Dessa forma, serão selecionados 15 participantes, considerando-se a possibilidade de perda amostral no decorrer do estudo. Estes experts serão selecionados a partir de busca curricular na Plataforma Lattes, por meio dos critérios: 1) Assunto (Emergência e/ou Enfermagem Forense); 2) Doutores e demais pesquisadores; 3) Que atualizaram o currículo nos últimos 24 meses; 4) Informações pessoais: formação acadêmica/área de titulação, área de atuação; 5) Informações sobre produções bibliográficas: artigos publicados, trabalhos em eventos, outras produções bibliográficas. Para avaliação do instrumento, será utilizado um roteiro com os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

seguintes critérios de apreciação dos itens, em escala tipo Likert: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, linguagem, amplitude e equilíbrio. A concordância entre as respostas dos experts será obtida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que permite avaliar cada item do instrumento, e após, avaliá-lo em sua totalidade. A etapa de validação semântica e de aparência será realizada a partir de avaliação do comitê de especialistas. Após este pré-teste e devidos ajustes, será considerado válido como protocolo assistencial para preservação de vestígios em unidades de emergência. Critério de Inclusão: A pontuação mínima para inclusão dos peritos serão 5 pontos, sendo considerados os critérios (adaptados do Modelo de Validação de Fehring): titulação de mestre em Enfermagem (4 pontos); titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao estudo (1 ponto); pesquisa publicada sobre enfermagem forense (2 pontos); artigo publicado na área de intersecção entre enfermagem forense e atendimento de emergência em periódicos de referência (2 pontos); doutorado versando sobre enfermagem forense ou enfermagem de emergência (2 pontos); experiência clínica recente de pelo menos 1 ano na área temática abordada (1 ponto); capacitação (especialização) em enfermagem de emergência ou enfermagem forense. Metodologia de Análise de Dados: "Os dados serão catalogados e manipulados no software Microsoft Excel para Office 365 e analisados no software IBM SPSS Statistics 22."

Desfecho Primário: "Validação de protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidade de emergência."

RESULTADOS: "Após conclusão do estudo será realizada defesa de tese de doutorado e os resultados serão divulgados através de publicação de artigo científico e elaboração de capacitações para utilização do instrumento pelo público-alvo (enfermeiros forenses e enfermeiros emergencistas de unidades hospitalares)."

Conforme Projeto Detalhado "Projeto_de_Pesquisa.pdf":

"CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA Para inclusão dos participantes no estudo, foram adotados os critérios propostos pelo Modelo de Validação de Fehring adaptado para a temática, da seguinte maneira: titulação de mestre em Enfermagem (4 pontos); titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao estudo (1 ponto); pesquisa publicada sobre enfermagem forense (2 pontos); artigo publicado na área de intersecção entre enfermagem forense e atendimento de emergência em periódicos de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

referência (2 pontos); doutorado versando sobre enfermagem forense ou enfermagem de emergência (2 pontos); experiência clínica recente de pelo menos 1 ano na área temática abordada (1 ponto); capacitação (especialização) em enfermagem de emergência ou enfermagem forense. A pontuação mínima para inclusão do perito será 5 pontos. Serão excluídos os indivíduos que alcançarem menos de 5 pontos a partir dos critérios propostos pelo Modelo de Validação de Fehring utilizado no estudo."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1633099.pdf" postado em 14/10/2020:

Objetivo Geral: "Construir e validar protocolo de enfermagem para preservação de vestígios forenses em unidade de emergência."

Objetivos Específicos: "Avaliar as evidências presentes na literatura internacional a respeito da preservação de vestígios forenses na emergência pelo enfermeiro; • Elaborar programa de capacitação em preservação de vestígios forenses em unidades de emergência para enfermeiros; • Estabelecer subsídios para proteção do direito da vítima ao acesso à justiça, por meio da sistematização da preservação de evidências; • Estabelecer bases para proposta de protocolo de atendimento a vítimas de violência em âmbito nacional."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1633099.pdf" postado em 14/10/2020:

"Riscos: As possíveis dificuldades durante a condução da pesquisa estão associadas à participação humana na avaliação do instrumento e no pré-teste, situação que pode ser contornada com a substituição dos participantes da amostra. Alguns riscos a que os participantes estarão expostos são: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; dano; cansaço ao responder às perguntas. Como medidas de prevenção dos riscos, as respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa; o participante poderá desistir de responder o questionário a qualquer momento; haverá privacidade para responder o questionário; será garantido o sigilo; e a participação é voluntária.

Benefícios: Apesar de pouco dispendioso, o projeto tem potencial de geração de grande impacto no campo temático. A ausência de protocolos nacionais que delineiem a preservação de vestígios

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

forenses no Brasil além de prejudicar os processos judiciais e criminais de investigação aos casos de violência, pela perda massiva de evidências nas unidades de emergência, limita a atuação forense dos enfermeiros assistenciais e o campo de atuação dos enfermeiros forenses, que não encontram respaldo para realização de procedimentos de coleta e manutenção de vestígios."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UnB, da discente Jade Fonsêca Ottoni de Carvalho (Pesquisadora responsável) sob orientação da Profa. Dirce Bellezi Guilhem.

Participantes: 15 Experts para realizar Avaliação do instrumento elaborado pela autora.

Informa financiamento próprio, no valor total de R\$ 260,82.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: Projeto Básico "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1633099.pdf", postado em 14/12/2020.
2. Currículo Lattes da Profa. Dirce Bellezi Guilhem (orientadora): "Currículo_lattes_Dirce.pdf", postado em 14/12/2020.
3. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.460.447: "Carta_de_resposta_as_pendencias.pdf", postado em 14/12/2020.
4. Projeto Detalhado: "Projeto_de_Pesquisa.pdf", postado em 14/12/2020.
5. Cronograma: "Cronograma.pdf", postado em 14/12/2020.
6. Orçamento: "Orçamento.pdf", postado em 14/12/2020.
7. Modelo de TCLE: "TCLE_Online.pdf", postado em 14/12/2020.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.460.447:

1. Solicita-se que as informações apresentadas no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no Projeto de Pesquisa Detalhado sejam uniformizadas, pois algumas informações (como critérios de inclusão e exclusão) estão divergentes.

RESPOSTA: 1. Foram uniformizadas as informações apresentadas no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no Projeto de Pesquisa Detalhado, em especial critérios de inclusão e exclusão (Projeto de Pesquisa Detalhado, páginas 4 e 5, item 9).

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se a inclusão do currículo da orientadora bem como de outros membros da equipe de pesquisa (se houver).

RESPOSTA: 2. Foi incluído o currículo da professora orientadora (Dirce Bellezi Guilhem).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Solicita-se apresentar análise de risco no projeto de pesquisa, no projeto da plataforma e no TCLE. O item V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS constante na Resolução 466/2012 diz "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico." E ainda em seu item "II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Portanto, solicita-se que seja realizada análise de riscos, bem como formas de minimizá-los. Tal modificação deverá constar do TCLE, do projeto detalhado e do projeto da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: 3. Foi incluída análise de risco no Projeto de Pesquisa Detalhado (página 5, item 10), no Projeto Básico da Plataforma Brasil e no TCLE (página 1, 5º parágrafo), detalhando as medidas de prevenção de riscos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se que seja informado o "LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA", e que seja explicado de forma detalhada quem será a POPULAÇÃO A SER ESTUDADA, bem como será feito o recrutamento, quanto tempo cada participante da pesquisa irá dedicar a pesquisa, e de que forma será feita a coleta de dados.

RESPOSTA: a. Foram adicionadas informações sobre "LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA" (Projeto de Pesquisa Detalhado, página 4, item 6). Por tratar-se de pesquisa que será realizada inteiramente online (todos os participantes serão abordados virtualmente, independente de filiação institucional) não há caracterização de um local físico específico. Foi detalhada a "POPULAÇÃO A SER ESTUDADA" (Projeto de Pesquisa Detalhado, página 4, item 7), descrevendo forma de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.523.178

recrutamento, tempo que cada participante dedicará à pesquisa e como será feita a coleta de dados.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Apresentar orçamento detalhado, constando inclusive material de papelaria ou outros utilizados no projeto, conforme exigido no item 3.3, item "e" da Norma Operacional CNS 001 de 2013. No TCLE cita-se "Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa." Solicita-se também incluir valor reservado para gasto, além dos demais conforme 466/2012.

RESPOSTA: b. Foi anexado orçamento detalhado atualizado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5. Solicita-se a atualização do cronograma de pesquisa para um período posterior à aprovação pelo CEPFS, levando em conta o prazo estabelecido pela Norma Operacional 001/2013 de um mês de prazo para a resposta do CEP após o recebimento do projeto de pesquisa e do retorno de pendências.

RESPOSTA: 5. Foi anexado cronograma de pesquisa atualizado.

ANÁLISE: O documento "Cronograma.pdf", postado em 14/12/2020, informa a etapa de "Avaliação do instrumento por comitê de especialistas" de fevereiro a abril de 2021. Cronograma semelhante encontra-se no projeto da Plataforma Brasil. PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1633099.pdf	14/12/2020 14:57:44		Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.523.178

Outros	Curriculo_lattes_Dirce.pdf	14/12/2020 14:56:47	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_as_pendencias.pdf	14/12/2020 14:53:08	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	14/12/2020 14:50:52	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/12/2020 14:50:09	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	14/12/2020 14:49:59	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Online.pdf	14/12/2020 14:49:34	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.doc	14/10/2020 19:50:32	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia3.pdf	14/10/2020 19:49:35	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.doc	14/10/2020 19:49:05	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	14/10/2020 19:48:47	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	29/09/2020 13:32:24	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_e_compro misso.docx	29/09/2020 13:30:42	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_e_compro misso.pdf	29/09/2020 13:30:24	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/09/2020 17:33:44	Jade Fonseca Ottoni de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com