
Nursing procedures for assisting victims of violence in emergency units

Procedimentos de Enfermagem no atendimento a vítimas de violência em unidades de emergência

Received: 30-08-2024 | Accepted: 01-10-2024 | Published: 05-10-2024

Jade Fonsêca Ottoni de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7652-1377>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: jadeottoni@gmail.com

Dirce Bellezi Guilhem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4569-9081>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: guilhem@unb.br

ABSTRACT

The objective of this study was to carry out the cross-cultural adaptation of the Questionnaire on Preservation of Traces in Victim Assistance by Nurses to the Brazilian reality. The method used was composed by the steps: (1) semantic equivalence; (2) idiomatic equivalence; (3) empirical equivalence; (4) conceptual equivalence; and (5) pre-test. Based on the experts' analysis and recommendations, adjustments were made regarding semantic and empirical equivalence; during the assessment of idiomatic and conceptual equivalence, no changes were made. The pre-test was performed with 24 nurses and the value of Cronbach's alpha coefficient was $\alpha = 0.973$. The instrument's feasibility assessment showed that most participants found it easy to understand the questionnaire's instructions and questions and mark the answers, which demonstrates its validity with the sample in the pre-test. The performance of the forensic nurse is essential in emergency services. The adapted instrument is valid for use in the Brazilian context.

Keywords: Forensic nursing; Violence; Validation study; Emergency medical services; Legal rights; Nursing care.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do instrumento Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) à realidade brasileira. Foi utilizado método composto das etapas: (1) equivalência semântica; (2) equivalência idiomática; (3) equivalência empírica; (4) equivalência conceitual; e (5) pré-teste. A partir da análise e recomendação dos especialistas, foram realizados ajustes referentes à equivalência semântica e empírica; durante a avaliação de equivalência idiomática e conceitual, não foram feitas alterações. O pré-teste foi realizado com 24 enfermeiros e o valor do coeficiente Alfa de Cronbach foi $\alpha = 0,973$. A avaliação de praticabilidade do instrumento demonstrou que a maior parte dos participantes considerou fácil entender as instruções e questões do questionário e assinalar as respostas, o que demonstra sua validade com a amostra no pré-teste. A atuação do enfermeiro forense é essencial nos serviços de emergência. O instrumento adaptado é válido para uso na realidade brasileira.

Palavras-chave: Enfermagem forense; Violência; Estudo de validação; Serviços médicos de emergência; Direito à justiça; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O número de vítimas de causas violentas tem progredido nos últimos anos. Com frequência, esses pacientes são levados ao departamento de emergência e, portanto, essas unidades devem estar preparadas para fornecer o atendimento adequado (ABDOOL; BRYŚIEWICZ, 2009; ELDREDGE, 2008; FULTON; ASSID, 2006; SAUNDERS, 1998). Esses pacientes requerem recursos especializados além do tratamento de lesões físicas para incluir cuidados psicossociais e legais que apoiem a recuperação do paciente e a busca pela justiça criminal (WOLF; PERHATS; DELAO, 2022). Muitas vezes a primeira oportunidade para a coleta de evidências ocorre em ambiente hospitalar, especialmente na sala de emergência (GONÇALVES, 2011).

A ciência forense é aplicada na investigação de diversas situações de caráter legal e com desdobramentos jurídicos. Tem sido aplicada nas ciências da saúde no que se refere a especialistas que em sua atuação fazem interface com o direito, como os de medicina, odontologia, enfermagem, entre outras categorias (LYNCH; DUVAL, 2010).

A enfermagem forense é uma especialidade inovadora e em evolução, que busca atuar nos cuidados de saúde que possuem componente médico-legal. Apesar de ser praticada informalmente por enfermeiros por anos em vários setores, apenas recentemente a especialidade tem sido reconhecida formalmente, devido ao crescente avanço na identificação desse corpo único de conhecimento (LYNCH; DUVAL, 2010).

Em 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a especialidade de Enfermagem Forense por meio da Resolução 556. São descritas entre as áreas de atuação do(a) enfermeiro(a) forense “maus tratos, traumas e outras formas de violência nos diversos ciclos de vida” e coleta, recolha e preservação de vestígios” (COFEN, 2017).

A capacidade do(a) enfermeiro(a) em preservar vestígios gera importantes implicações nas investigações de ocorrências e pode repercutir nas consequências jurídicas desses casos. A coleta de vestígios forenses de forma incorreta ou incompleta em situações complexas, como potenciais casos criminais, pode obscurecer importantes evidências (GOLL-MCGEE, 1999). Porém, a atividade do enfermeiro forense não é limitada aos exames e coleta de evidências, mas inclui o cuidado a pessoas e famílias envolvidas em qualquer forma de violência e negligência, incluindo vítimas de tráfico humano, acidentes, de erros médicos, entre outros (SILVA; SILVA, 2009). O reconhecimento de lesões relacionadas à violência em pacientes que procuram unidades

de saúde é fundamental para uma trajetória de atendimento adequada (WOLF; PERHATS; DELAO, 2022). Como uma profissão em crescimento, a enfermagem forense requer pesquisas para estabelecer diretrizes de melhores práticas que levem à prática baseada em evidências (WICKWIRE et al., 2021). Estudos têm demonstrado desconhecimento ou dificuldades de enfermeiros que atendem vítimas de violência em relação a procedimentos forenses (BEKTAŞ; PAKIŞ, 2021).

O Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) (GOMES, 2016) é um instrumento validado em Portugal, estruturado, de análise quantitativa, que objetiva delimitar o conhecimento e aplicação dos procedimentos de preservação de vestígios forenses, apresentados nos itens, em unidades de emergência. O QPVAVE é composto por questões sociodemográficas, seguidas pelo questionário propriamente dito, com 86 itens, divididos nas seções: “Gestão de vestígios”, “Agressão sexual”, “Lesões”, “Arma branca”, “Arma de fogo”, “Acidentes de viação”, “Intoxicação” e “Asfixia”. O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do instrumento Questionário sobre Preservação de Vestígios na Assistência à Vítima por Enfermeiros (QPVAVE) à realidade brasileira.

MÉTODO

Conforme proposto por Guillemin e colaboradores (1993), ao se comparar a fonte (onde foi desenvolvido um instrumento) e o alvo (local onde ele será utilizado), há cinco cenários que requerem atenção no que se refere à adaptação transcultural, que variam desde mesma cultura, idioma e país, até cultura, idiomas e países diferentes. Para cada um dos casos é proposta a necessidade ou não de tradução e adaptação transcultural. O instrumento em questão (GOMES, 2016) foi originalmente publicado em português de Portugal e por isso é requerida apenas adaptação transcultural, sem a necessidade de todo o processo de tradução. Como referência para a adaptação transcultural foi utilizado o método proposto por Beaton (2000).

A pesquisa foi realizada entre janeiro e abril de 2022.

A adaptação foi previamente autorizada pela autora do instrumento. Foram adotadas as seguintes etapas de avaliação: (1) equivalência semântica; (2) equivalência idiomática; (3) equivalência empírica; (4) equivalência conceitual; e (5) pré-teste. A avaliação do instrumento foi desenvolvida por um grupo de especialistas composto por cinco enfermeiras com experiência na área de urgência e emergência, sendo duas mestres

e uma delas doutora, com experiência em validação e adaptação transcultural de instrumentos. As discussões foram subsidiadas por revisão de literatura que incluiu publicações relativas à atuação da enfermagem forense, preservação de vestígios forenses, protocolos relacionados – nacionais e internacionais –, bem como o perfil de profissionais, do serviço e dos atendimentos das unidades de emergência de referência.

A pesquisa foi autorizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs (Parecer 2.922.226) e do Instituto Hospital de Base - IHB (Parecer 3.052.447), e conduzida em conformidade com a Resolução 466/12 e respectivas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

O questionário original possuía apresentação impressa e foi adaptado a um formato online para manutenção da adesão dos respondentes, muitos dos quais não poderiam ser encontrados no setor pessoalmente. O formato digital também proporcionou a praticidade (podendo ser preenchido por smartphone, tablet, computador, etc.), privacidade e possibilidade de ser preenchido no horário que o participante achasse mais conveniente. O formato original do instrumento impresso, com itens numerados, uma coluna para o campo “Executabilidade” e uma para “Conhecimento”, e dividido em seções, foi mantido.

O instrumento também incluía uma primeira parte, com dados sociodemográficos dos enfermeiros, que recebeu adaptação referente ao exercício profissional do(a) enfermeiro(a) no Brasil e à realização da notificação de agravo, preconizada pelo Ministério da Saúde. Além disso foi acrescentado questionamento acerca da ocorrência ou não de forma adequada da preservação de vestígios forenses de forma geral e possíveis fatores associados.

A partir da análise e recomendação dos especialistas, a adaptação do QPVAVE foi iniciada pela avaliação da equivalência semântica, verificando-se se todas as palavras e expressões tinham o mesmo significado na realidade brasileira. Nesta etapa, foi adaptada a acentuação e ortografia e foram substituídos os termos “ADN” por “DNA”, “contentores de lixo” por “lixeiras”, “puxar o autoclismo” por “dar descarga no vaso sanitário”, “zaragatoa esterilizada” por “swab estéril”, “humedecida” por “umedecida”, “vomitado” por “vômito”, “colheita” por “coleta”, “papel de marquesa” por “rolos de

papel”, “Médico Legista” por “perícia” e “sufocação” por “sufocamento”. A categoria “Acidentes de viação” foi renomeada para “Acidentes de trânsito”. No item que se refere aos elementos expelidos pelo cano de arma de fogo (“Ter em atenção que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados, nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil”), foi removido trecho do item que os descrevia (“nomeadamente partículas de pólvora incombusta ou parcialmente incombusta, fulminante, invólucro e projétil”), ao se considerar que sua ausência não prejudicaria o entendimento do procedimento.

A avaliação de equivalência idiomática visou examinar a existência de coloquialismos, gírias e figuras de linguagem, porém, estas não estavam presentes no questionário original.

Na avaliação de equivalência empírica, buscou-se analisar expressões que indicassem experiências vivenciadas de formas diferentes na fonte quando comparadas ao país alvo. Nesta fase foram substituídos os termos “ter em conta” e “ter em atenção” por “levar em consideração”, “taças” por “recipientes”, “dispositivo de salvamento” por “dispositivo invasivo”, “contentores” por “recipientes” e “sulco do laço” por “marca do laço”. Devido a diferenças jurídicas, legais e operacionais, foram removidos os itens “Documentar o tipo de arma de fogo e, se possível, fotografá-la com uma escala numérica” e “No local do impacto, documentar e/ou fotografar todos os detalhes relativos ao estado dos veículos intervenientes, a localização ou aparente posição dos ocupantes e qualquer outro fator físico que possa ajudar na reconstituição do acidente”, já que estas atividades não se aplicam ao contexto da atuação do(a) enfermeiro(a) no Brasil. O item “Antes de provocar o vômito, friccionar as narinas com um cotonete embebido em solução salina estéril para preservar os vestígios de qualquer substância que tenha sido inalada” foi removido devido à não indicação de indução de vômito neste atendimento.

A etapa de avaliação da equivalência conceitual se refere a palavras iguais presentes em ambas as culturas que possuam significados conceituais diferentes; nela também não foram realizados ajustes.

Nos itens notadamente relativos ao atendimento em ambiente pré-hospitalar foi acrescentado ao final da descrição do procedimento o termo “(APH)”. Esta alteração teve como objetivo explicitar ao respondente a que ambiente de atuação o procedimento se refere, já que o questionário não se direciona a um contexto específico (pré ou intra-

hospitalar) no qual é possível que ele não atue. O resultado da adaptação dos itens pode ser verificado na Figura 1.

Figura 1 – Itens do QPVAVE adaptado pré-final.

1) Documentar os nomes das pessoas que estiveram em contato com a vítima/agressor durante o transporte até o Serviço de Urgência/Emergência.
2) Documentar o tipo de tratamento efetuado.
3) Observar potenciais vestígios de agressão, colhendo todos os objetos presentes na vítima/agressor com eventual interesse forense.
4) Documentar o que vi, cheirei e ouvi usando as próprias palavras da vítima/agressor, em forma narrativa, indicar o local das lesões no corpo da vítima/agressor, medir o tamanho, descrever a forma, a cor das lesões e outras características específicas.
5) Documentar as lesões e as suas características, usando um ponto de referência no corpo da vítima/agressor para as localizar, procurando também marcas padrão.
6) Fotografar sempre que possível qualquer vestígio encontrado, colocando uma escala métrica bem visível a alguns centímetros deste e obtendo sempre a autorização da vítima/agressor.
7) Evitar manusear zonas com marcas de mordeduras, zonas beijadas e/ou lambidas, pois podem estar presentes vestígios de DNA do agressor.
8) Observar a vítima diariamente para identificar a manifestação de novas lesões, uma vez que um padrão de lesões pode demorar horas ou dias a surgir.
9) Contornar os locais de penetração do objeto que provocou a lesão ao cortar a roupa.
10) Consoante 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.
11) Informar a vítima que deve evitar tocar no local do crime, incluindo esvaziar lixeiras ou dar descarga no vaso sanitário. (APH)
12) 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.
13) Raspar marcas de mordeduras, com um swab, medi-las, localizá-las, fotografá-las e documentá-las.
14) 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.
15) Preservar e colher amostras de sangue, saliva, sêmen e vômito em recipientes estéreis com tampa ou em frascos coletores.
16) 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.
17) Caso remova roupas, guardá-las em sacos de papel separadamente e secá-las em ar seco se possível. Se não tiver sacos de papel, embrulhá-las em lençóis brancos limpos ou utilizar rolos de papel, não sacudindo.
18) Dobrar cuidadosamente o lençol onde a vítima esteve deitada para evitar a perda de vestígios, colocá-lo num saco de papel e identificá-lo.
19) Documentar o que foi recolhido, o que foi feito, e a quem foi entregue.
20) Colocar sacos de papel em cada pé e mão da vítima já sem vida enquanto aguarda pela chegada da perícia para realizar o exame do local. (APH)
21) Coletar vestígios biológicos (para estudos de DNA) na cavidade oral até cerca de 6 a 8 horas após a agressão sexual.
22) Coletar vestígios biológicos (para estudos de DNA) na região anorretal até cerca de 24 horas após a agressão sexual.
23) Coletar vestígios biológicos (para estudos de DNA) na cavidade vaginal até cerca de 72 horas após a agressão sexual.
24) Trabalhar o máximo possível em condições de assepsia, usando sempre equipamento de proteção pessoal descartável.
25) Evitar espirrar, tossir e/ou falar sobre as amostras.
26) Evitar beber, comer e/ou fumar enquanto se manuseiam as amostras.
27) Usar luvas de látex limpas para coletar cada vestígio.

28) 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.
29) Utilizar uma fonte de luz ultravioleta própria para ajudar na detecção de alguns vestígios invisíveis a olho nu.
30) Levar em consideração que algumas doenças podem provocar lesões espontâneas.
31) 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.
32) Documentar uma equimose pela cor, forma e tamanho que esta apresenta e não através de número de dias.
33) Detectar a presença de vestígios depositados nos tecidos lesionados e proceder à sua coleta.
34) Documentar os padrões de lesões do tipo contusão, abrasão ou laceração em texto narrativo.
35) Documentar a localização de lesões resultantes de autodefesa, pois estas podem ser encontradas tipicamente nos antebraços e mãos.
36) Para documentar a lesão incisa, provocada por um objeto cortante, colocar um plástico transparente por cima e decalcá-la com o auxílio de uma caneta.
37) Numa lesão incisa, documentar a presença de “caudas”, cortes epiteliais superficiais numa extremidade da lesão, pois podem indicar qual o ponto final da lesão.
38) Documentar as manchas de sangue resultantes de lesões efetuadas por um objeto cortante e que sejam deixadas neste, na roupa e no local do crime. (APH)
39) Preservar intacta a roupa da vítima, uma vez que o alinhamento das lesões cutâneas com os cortes da roupa vai ajudar a determinar a posição da roupa e do corpo no momento da agressão.
40) Preservar a roupa da vítima, mesmo quando apenas estão presentes cortes na pele.
41) Em caso de lesões múltiplas, enumerá-las e documentá-las dando detalhes sobre a sua localização relativa a um local anatómico e/ou fotografá-las.
42) Documentar marcas atípicas do tecido epitelial adjacente, tais como abrasões, mesmo que pareçam insignificantes.
43) Evitar perfurar as lesões com um objeto “afiado” ou com a alegada arma.
44) Garantir que apenas pessoas qualificadas manuseiem a arma.
45) Preservar qualquer tecido resultante de uma lesão por arma de fogo para ser submetido a análise.
46) Levar em consideração que, quando uma arma de fogo é disparada, vários elementos são expelidos pelo seu cano e devem ser preservados.
47) Preservar a roupa da vítima sem a sacudir, pois pode conter vestígios resultantes do disparo, que devem ser colocados separadamente em sacos de papel.
48) Colocar em cada mão da vítima/agressor um saco de papel para evitar a dispersão dos resíduos do disparo.
49) Evitar manusear, contaminar ou lavar áreas onde seja visível "uma tatuagem" ou um padrão de pequenas lesões puntiformes resultante do depósito de resíduos de pólvora incombusta.
50) Guardar as peças de roupa que forem removidas em sacos de papel individuais e identificá-los.
51) Evitar cortar ou rasgar as peças de roupa pelos orifícios aparentemente deixados pelo projétil.
52) Preservar os vestígios encontrados no local do crime que possam estar relacionados com o incidente, nomeadamente a arma de fogo, as cápsulas, e outros objetos que pareçam relevantes. (APH)
53) Na eventualidade da necessidade de remoção de cabelo localizado em zona adjacente à zona de impacto do projétil, preservá-lo para posterior análise laboratorial para pesquisa de resíduos do disparo.
54) Quando um padrão de lesão é detectado, documentá-lo/ registrá-lo antes de qualquer procedimento médico.
55) Evitar retirar balas no corpo com pinças de metal e evitar colocá-las em recipientes de metal.
56) Evitar lavar as balas e/ou projéteis encontrados junto à vítima.
57) Em vítimas de atropelamento, estar particularmente atento a sujidades, detritos, fragmentos de vidro, e amostras de tinta que foram transferidas para o corpo ou para a roupa da vítima no momento do impacto ou após o impacto.
58) Em vítimas de atropelamento, documentar as lesões provocadas pelo veículo.
59) Documentar as lesões típicas nos ocupantes do veículo provocadas pelo cinto de segurança e airbags, tais como abrasões, lacerações e contusões.
60) Manusear a roupa dos ocupantes do veículo com cuidado para preservar manchas, rasgos e vestígios como vidro, tinta, sujidade ou detritos.
61) Evitar cortar as roupas em zonas já danificadas pelo impacto.

62) 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.
63) Cuidadosamente preservar qualquer substância presente na vítima ou no local adjacente.
64) Usando luvas e pinças, mover ou recolher garrafas, blisters, caixas de comprimidos ou seringas, preservando impressões digitais ou outros artefatos. (APH)
65) 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.
66) Preservar os vestígios eméticos.
67) Obter o histórico social e terapêutico, assim como fazer um inventário dos fármacos/substâncias suspeitos encontrados no local. (APH)
68) Antes de administrar qualquer fármaco na vítima, colher sempre que possível uma amostra de sangue periférico para posteriores análises laboratoriais toxicológicas e registrar.
69) Remover da cavidade oral qualquer fármaco sólido antes de usar um dispositivo invasivo, e preservá-lo.
70) Colher e preservar amostras biológicas em recipientes apropriados em tamanho e tipo.
71) Fotografar ou desenhar a forma de lesões em volta do pescoço.
72) Evitar desfazer o nó do laço e evitar cortar o laço pelo nó, mesmo se a vítima já se encontrar sem vida. (APH)
73) Documentar qual o lado do pescoço em que o nó se encontra na vítima. (APH)
74) Caso seja necessária a remoção do laço, cortar a cerca de 15 cm do nó e colocá-lo num saco corretamente identificado. (APH)
75) Documentar as cores visualizadas na marca do laço e a sua localização, tamanho, profundidade e largura.
76) Anotar o tipo de material do laço, por exemplo, corda, nylon, arame. (APH)
77) 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. (APH)
78) 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.
79) 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)
80) 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.
81) 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.
82) Perante uma alegada vítima de asfixia por submersão/afogamento, esganadura ou estrangulamento, proteger a região subungueal, pois pode conter amostras epiteliais do agressor.
83) Antes de qualquer procedimento médico, colher uma amostra de sangue periférico para posterior deteção laboratorial de substâncias ilícitas.

Fonte: Autores (2024).

O instrumento resultante do desenvolvimento das etapas descritas foi submetido ao pré-teste, aplicado a 24 enfermeiros. No QPVAVE adaptado pré-final os enfermeiros foram questionados acerca da executabilidade e conhecimento de uma série de procedimentos de preservação de vestígios.

Foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, para avaliação da consistência interna do instrumento, sendo encontrado o valor de $\alpha = 0,973$.

Após responderem o QPVAVE adaptado pré-final, os participantes foram solicitados a avaliarem a praticabilidade do instrumento a partir de um questionário composto por três afirmações a serem analisadas por meio de escala tipo Likert, que variava entre “1 – Discordo totalmente” e “5 – Concordo totalmente”. Os itens e respostas desta etapa são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação de praticabilidade do instrumento QPVAVE adaptado pré-final.

Item	1		2		3		4		5	
	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não tenho opinião		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
1) Eu achei fácil entender as instruções do questionário.	0	0	1	4,2	4	17	12	50	7	29
2) Eu achei fácil entender as questões do questionário.	0	0	1	4,2	4	17	10	42	9	38
3) Eu achei fácil assinalar as respostas do questionário.	0	0	1	4,2	3	13	7	29	13	54

Fonte: Autores (2024).

DISCUSSÃO

Por se tratar de um instrumento já em português, porém validado para utilização em outro país, não se fizeram necessárias as etapas de tradução, síntese e back-translation, o que permitiu apenas ajustes de equivalência semântica e empírica. Dessa forma, acredita-se que falhas de adaptação tenham sido minimizadas devido à semelhança dos resultados obtidos. A especificação dos itens referentes ao atendimento pré-hospitalar foi importante para a contextualização dos cenários de atendimento de enfermagem em emergência na realidade brasileira.

No que concerne ao valor do coeficiente Alfa de Cronbach e a consistência interna do questionário foi calculado o valor de $\alpha = 0,973$. Tendo como referência para avaliação o proposto por Landis e Koch(1977), podem ser considerados “quase perfeito” para consistência interna do questionário valores maiores que 0,80. Sabe-se, entretanto, que um número grande de questões de um questionário aumenta o valor de α .

A avaliação de praticabilidade do instrumento QPVAVE adaptado pré-final demonstrou que a maior parte dos participantes (79%) concorda parcialmente ou totalmente ser “fácil entender as instruções do questionário”, 80% concordam parcialmente ou totalmente ser “fácil entender as questões do questionário” e 83% concorda parcialmente ou totalmente ser “fácil assinalar as respostas do questionário”, o que demonstra sua validade com a amostra no pré-teste. Foi disponibilizado um campo

ao final do questionário em que era possível realizar comentários acerca do instrumento que acabara de ser respondido. Dentre os que preencheram o campo, 5 (20,8%) relataram ter achado o questionário muito extenso, os demais escreveram comentários não referentes à avaliação do questionário em si.

O instrumento de foi avaliado de forma eletrônica pelos participantes, a pouca ou ausente interação pessoal pode ter prejudicado a resolução de potenciais questionamentos e esse fator pode ser considerado uma limitação. Porém, acredita-se que o instrumento foi elaborado de forma clara de modo a mitigar esse efeito. Outro fator potencialmente limitador foi a extensão do questionário original, que pode ter desmotivado a colaboração de alguns participantes.

CONCLUSÃO

A unidade de emergência pode ser considerada a principal forma de entrada de vítimas de violência no sistema de saúde. Os resultados deste estudo demonstraram a importância do enfermeiro(a) como profissional que possa contribuir com a atividade forense nas unidades de emergência por meio do manejo e preservação de vestígios junto aos pacientes vítimas de violência.

Dessa forma, é evidente a importância da Enfermagem Forense nesses serviços, considerando-se o escopo de conhecimentos deste profissional e sua aplicabilidade no atendimento a vítimas de violência.

A inexistência do campo de atuação do(a) enfermeiro(a) forense até o momento na realidade brasileira dificulta a contextualização de diversos procedimentos descritos no instrumento. Porém, por tratar-se de uma especialidade já regulamentada no Brasil, com programas de pós-graduação em andamento e pelo questionário ter sido elaborado com base em evidências atuais, considera-se que ele pode ser aplicável à realidade brasileira e que é um importante passo no estabelecimento da área no Brasil.

A versão final do QPVAVE apresentou equivalência semântica, idiomática, empírica e conceitual em relação aos itens originais no português de Portugal.

O questionário foi considerado longo por parte dos participantes, mas de fácil entendimento, desta forma, pode ser relevante que, consoante ao desenvolvimento da área no Brasil e a demanda do uso do instrumento, seja validada versão mais suscinta, prática e de rápida aplicação.

O instrumento adaptado é válido para uso na realidade brasileira.

Há uma visível necessidade de expandir os conhecimentos forenses de modo a para avançar a aquisição de habilidades na prática de enfermagem de emergência e fornecer à equipe recursos que apoiem uma abordagem holística no atendimento à paciente vítima de violência.

REFERÊNCIAS

ABDOOL, Nomusa N. T.; BRYSIWICZ, Petra. A Description of the Forensic Nursing Role in Emergency Departments in Durban, South Africa. **Journal of Emergency Nursing**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 16–21, 2009. DOI: 10.1016/j.jen.2008.02.003.

BEATON, Dorcas E.; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos Bosi. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. [S. l.], v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BEKTAŞ, Gülfer; PAKIŞ, Işıl. Awareness of Forensic Cases Among Nurses. **Journal of Forensic Nursing**, [S. l.], v. Publish Ah, 2021. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000323.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 556/2017. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e da outras providências. 2017.

ELDREDGE, Kelli. Assessment of trauma nurse knowledge related to forensic practice. **Journal of forensic nursing**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 157–165, 2008. DOI: 10.1111/j.1939-3938.2008.00027.x.

FULTON, D. R.; ASSID, P. Evidence collection in the emergency department. *Em: LYNCH, V. A. (org.). Forensic Nursing*. St Louis, MO: Elsevier Mosby, 2006. p. 570–577.

GOLL-MCGEE, Barbara. The role of the clinical forensic nurse in critical care. **Critical care nursing quarterly**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 8–18, 1999.

GOMES, Cristina Isabel de Almeida. **Preservação dos vestígios forenses: Conhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência**. 2016. Universidade de Coimbra, [S. l.], 2016.

GONÇALVES, Susana Isabel Fernandes. **Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência**. 2011. Universidade do Porto, [S. l.], 2011.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed

guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S. l.], v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90142-N.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, [S. l.], v. 33, n. 159, 1977.

LYNCH, Virginia A.; DUVAL, Janet Barber. Forensic Nursing Science. *Em: Forensic Nursing Science*. 2. ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2010. p. 16.

SAUNDERS, L. **Forensic Nursing. Ashford Community Hospital Clinical Practice Bulletin**, 3. [s.l: s.n.].

SILVA, Karen Beatriz; SILVA, Rita de Cássia. Enfermagem Forense: Uma Especialidade a Conhecer. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 564–568, 2009. DOI: 10.5380/ce.v14i3.16191.

WICKWIRE, Karin A.; VALENTINE, Julie L.; DOWNING, Nancy; COCHRAN, Courtney Bagents; DRAKE, Stacy; SEKULA, L. Kathleen; JENNINGS, Sara. Forensic Nursing Research. **Journal of Forensic Nursing**, [S. l.], v. Publish Ah, 2021. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000336.

WOLF, Lisa Adams; PERHATS, Cydne; DELAO, Altair. Educational Needs of U.S. Emergency Nurses Related to Forensic Nursing Processes. **Journal of Trauma Nursing**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 12–20, 2022. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000627. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/JTN.0000000000000627>.