## UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

HELENA RECHE FELIPE

Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense

RIBEIRÃO PRETO 2017

### HELENA RECHE FELIPE

# Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientador: Emília Campos de Carvalho

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### Felipe, Helena Reche

Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense. Ribeirão Preto, 2017.

106 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Emilia Campos de Carvalho

1. Enfermagem Forense. 2. Validação. 3.Instrumento.

### FELIPE, Helena Reche

## Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em /	′ /
---------------	-----

## Comissão Julgadora

Prof. Dr	 	 	
Instituição:			
Prof. Dr			
Instituição:			
Prof. Dr			
Instituição:			

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe **Mariu** que abdicou sua vida para que eu pudesse tornar o sonho de realizar a faculdade e a pós graduação uma realidade, por todo o seu amor, paciência, proteção e companheirismo.

À minha avó **Maria Helena** e ao meu avô **Urbano** que sempre estiveram ao meu lado, com todo seu amor, paciência, proteção companheirismos, contribuindo para a minha criação, acreditando e fazendo parte dos meus sonhos.

Ao meu pai Carlos pelo apoio, incentivo e amor.

Aos meus irmãos **Marina**, **Karla**, **Victor** que sempre foram muito prestativos, participativos e carinhosos comigo durante a minha graduação. Agradeço em especial à minha irmã mais velha Marina que sempre me incentivou para a carreira acadêmica e é uma referência para mim.

Ao meu tio **Jouber** e à minha tia **Thais** que sempre estiveram presente na minha vida, me apoiando, participando dos momentos de alegria e dificuldades e sempre me incentivando a seguir em frente. Em especial a minha afilhada **Maria Rosa** que contribui com sua alegria e carinho.

Aos meus tios-avós e tias-avós, primos e primas que sempre acreditaram no meu potencial e por estarem presentes em minha vida.

Ao meu esposo **Cristian**, pelo seu amor, companheirismo, paciência, incentivo e, também, pela grande ajuda para concretizar esse sonho.

Em especial, ao meu filho **Pedro** que me permitiu sentir o mais verdadeiro amor, contribuindo com seu amor, carinho e alegria nos momentos mais difíceis.

O amor e gratidão que sinto por vocês é eterno e grande demais!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **Deus** que sempre me amparou nos momentos difíceis, me deu sabedoria para saber continuar e enfrentar os obstáculos, e a **Virgem Maria** que sempre foi a minha frente guiando os meus caminhos e me protegendo.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. **Emilia Campos de Carvalho**, por ter me auxiliado nesse projeto e aceito orientar-me nesse mestrado. Agradeço também a confiança, por transmitir o seu conhecimento profissional, acadêmico e pessoal. A sua sabedoria encanta.

À Juliana Cafer, Lays, Maia, Adrielle Toneti, Fabiana Zuelli, Raquel Camargo, pela amizade, paciência, cumplicidade, por serem as amigas certas, nas horas certas e por estarem ao meu lado desde o início da graduação.

Aos meus amigos do trabalho que sempre colaboraram para que eu pudesse concretizar esse projeto e que nossa amizade sempre seja permeada de alegria, felicidade e de cumplicidade.

Aos **integrantes do grupo** de Pesquisa Comunicação em Enfermagem, em especial a Vanessa Ribeiro, Cristina Zamarioli e Rose Garcia.

À **Professora Doutora Claudia Benedita dos Santos** pela disponibilidade em me auxiliar nesse projeto e por compartilhar momentos de aprendizagem.

Aos **alunos de graduação em enfermagem** e aos juízes do estudo. Sem vocês essa pesquisa não teria acontecido. Obrigada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo suporte à esta pesquisa.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a elaboração desse trabalho.

### **RESUMO**

FELIPE, H. R. Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense. 2017. 106 f. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A violência se caracteriza como um fenômeno complexo e multifacetário, envolvendo aspectos relacionados a fatores biológicos e às interações sociais do indivíduo, reforçando a ideia da necessidade de uma abordagem multiprofissional para este problema de saúde pública. A proximidade dos profissionais de saúde às vítimas de violência e aos agressores tem sido parte do cotidiano da enfermagem. Reconhecer esse fenômeno, identificar seus elementos e peculiaridades e atender com competências as vítimas ou seus perpetradores são desafios para a equipe de enfermagem. Sendo assim, é de extrema relevância lançar mão de instrumentos de medida do conhecimento de estudantes sobre enfermagem forense. Este estudo, metodológico, com abordagem quantitativa, teve o objetivo de descrever o processo de validação do Questionário de Conhecimento sobre Práticas de Enfermagem Forense. A pesquisa foi conduzida em uma Universidade do Interior paulista, com alunos de graduação em enfermagem. Empregou-se os métodos de adaptação cultural, adaptação semântica pelo modelo DISABIKDS® e análises das propriedades psicométricas (validação de construto convergente e divergente pela analise multitraço multimétodo; consistência interna dos itens e subescalas pelos Kuder -Richardson-20; reprodutibilidade pelo coeficiente Kappa e Coeficiente de Correlação Intra Classe). O instrumento adaptado, em seu processo de validação semântica, mostrou boa aceitação, relevância, clareza e fácil compreensão de seus itens pela maioria dos avaliadores. Nas análises psicométricas os resultados apontaram valores satisfatórios para a fidedignidade do instrumento (estatística KR-20 escore global de 0,732; houve variação entre as subescalas tendo a de Preservação de Vestígios Forenses escore de 0,174 e a de Vestígios Forenses escore de 0,720). Pela estatística Kappa, 65 itens apresentaram estabilidade no teste e reteste, com variações de moderada a substancial para 48 destes (kappa > 0,40). O ICC global foi de 0,767, considerado bom ou substancial. Na análise multitraço multimétodo obteve-se baixa correlação dos itens em relação à dimensão a qual pertence, exceto para as subescalas Situações Forenses e Vestigios Forenses. Sugere-se novas análises da validade do instrumento, com revisão dos aspectos teóricos e tamanho amostral.

Descritores: Enfermagem Forense. Validação. Instrumentos.

#### **ABSTRACT**

FELIPE, H. R. Validation of the Forensic Nursing Practice Questionnaire. 2017. 106 f. Dissertation (Masters) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

Violence is characterized as a complex and multifaceted phenomenon, involving aspects related to biological factors and social interactions of the individual, reinforcing the idea of the need for a multiprofessional approach to this public health problem. The proximity of health professionals to the victims of violence and to the aggressors has been part of the routine of nursing. Recognizing this phenomenon, identifying its elements and peculiarities and responding competently to the victims or their perpetrators are challenges for the nursing team. Thus, it is extremely relevant to use measuring instruments of students' knowledge about forensic nursing. This methodological study, with a quantitative approach, aimed to describe the validation process of the Knowledge Questionnaire on Forensic Nursing Practices. The research was conducted at a University of the Interior of São Paulo, with undergraduate students in nursing. The methods of cultural adaptation, semantic adaptation by the DISABIKDS® model and analysis of the psychometric properties (convergent and divergent construct validation by multi-method multi-method analysis, internal consistency of items and subscales by the Kuder-Richardson-20, and Kappa coefficient reproducibility Coefficient of Intra Class Correlation). The adapted instrument, in its semantic validation process, showed good acceptance, relevance, clarity and easy comprehension of its items by most evaluators. In the psychometric analysis, the results indicated satisfactory values for the reliability of the instrument (KR-20 statistic overall score of 0.732; there was variation between subscales, with Forensic Vestiges Preservation score of 0.174 and Forensic Vestiges score of 0.720). By Kappa statistic, 65 items presented stability in the test and retest, with variations of moderate to substantial for 48 of these (kappa> 0.40). The overall ICC was 0.767, considered good or substantial. In the multi-method multi-method analysis, a low correlation of items was obtained in relation to the dimension to which it belongs, except for the Forensic Situations and Forensic Vestiges For subscales. Further analysis of the validity of the instrument is suggested, with a review of theoretical aspects and sample size.

Descriptors: Forensic Nursing, Validation, Instruments.

### **RESUMEN**

FELIPE, H. R. Validación del Cuestionario de Prácticas de Enfermería Forense. 2017. 106 f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La violencia se caracteriza como un fenómeno complejo y multifacético, involucrando aspectos relacionados a factores biológicos ya las interacciones sociales del individuo, reforzando la idea de la necesidad de un enfoque multiprofesional para este problema de salud pública. La proximidad de los profesionales de salud a las víctimas de violencia ya los agresores ha sido parte del cotidiano de la enfermería. Reconocer este fenómeno, identificar sus elementos y peculiaridades y atender con competencias las víctimas o sus perpetradores son desafíos para el equipo de enfermería. Siendo así, es de extrema relevancia echar mano de instrumentos de medida del conocimiento de estudiantes sobre enfermería forense. Este estudio, metodológico, con abordaje cuantitativo, tuvo el objetivo de describir el proceso de validación del Cuestionario de Conocimiento sobre Prácticas de Enfermería Forense. La investigación fue conducida en una Universidad del Interior paulista, con alumnos de graduación en enfermería. Se utilizaron los métodos de adaptación cultural, adaptación semántica por el modelo DISABIKDS® y análisis de las propiedades psicométricas (validación de constructo convergente y divergente por el analisis multitramo multimétodo, consistencia interna de los ítems y subescalas por los Kuder -Richardson-20, reproducibilidad por el coeficiente Kappa y Coeficiente de Correlación Intra Clase). El instrumento adaptado, en su proceso de validación semántica, mostró buena aceptación, relevancia, claridad y fácil comprensión de sus ítems por la mayoría de los evaluadores. En los análisis psicométricos los resultados apuntaron valores satisfactorios para la fidedignidad del instrumento (estadística KR-20 puntaje global de 0,732, hubo variación entre las subescalas teniendo la de Preservación de Vestígenes Forenses de 0,174 y la de Vestígios Forenses de 0,720). Por la estadística Kappa, 65 ítems presentaron estabilidad en la prueba y reteste, con variaciones de moderada a sustancial para 48 de estos (kappa> 0,40). El ICC global fue de 0,767, considerado bueno o sustancial. En el análisis multitraco multiuso se obtuvo una baja correlación de los ítems en relación a la dimensión a la que pertenece, excepto para las subescalas Situaciones Forenses y Vestigios Forenses. Se sugieren nuevos análisis de la validez del instrumento, con revisión de los aspectos teóricos y tamaño muestral.

Descriptores: Enfermería Forense. Validación. Instrumentos.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Distribuição dos alunos, segundo grupos e subescalas do instrumento a serem validados. Ribeirão Preto, 2016	50
Tabela 2	Impressões gerais sobre o instrumento (n=36). Ribeirão Preto, 2016	63
Tabela 3	Distribuição e percentual dos alunos participantes da fase de validação semântica específica, segundo itens do Formulário Específico DISABKIDS e subescalas do instrumento (n=254). Ribeirão Preto, 2016	66
Tabela 4	Distribuição dos alunos segundo sexo e f (n=254). Ribeirão Preto, 2016	68
Tabela 5	Distribuição dos alunos segundo curso e ano letivo (n=254). Ribeirão Preto, 2016	69
Tabela 6	Valores mínimos, máximos, médio e desvio padrão das idades dos alunos segundo sexo (n=254), Ribeirão Preto, 2016	69
Tabela 7	Valores para a estatística Kuder-Richardson – KR-20, segundo cada subescala e total do instrumento QCPEF. Ribeirão Preto. 2016	70
Tabela 8	Valores para a estatística do Kuder-Richardson – KR-20, segundo cada itens e subescalas com os itens excluídos. Ribeirão Preto. 2016	72
Tabela 9	Valores do Coeficiente de Kappa segundo os itens da escala total. Ribeirão Preto. 2016	74
Tabela 10	Valores do Coeficiente de Correlação de Intraclasses entre os escores dos alunos no teste e reteste, Ribeirão Preto. 2016	76
Tabela 11	Valores do Multitraço Multimétodos segundo a análise MAP, entre os escores dos itens e subescalas, Ribeirão Preto. 2016	78

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA American Nurses Association

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados a Saúde

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

COREN-SP Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ICC Coeficiente de Correlação Intraclasse

KR-20 Kuder-Richardson

LGBTTS Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MAP Multitrait Analysis Program

MEC Ministério da Educação

MS Ministério da Saúde

NIC Nursing Interventions Classification

OMS Organização Mundial da Saúde (OMS),

OSHA Occupational Safety and Health Administration.

QCPEF Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem

Forense

SANE Sexual Assault Nurse Examiner

SPSS Software Statistical Package for the Social Science

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIVA Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

## **SUMARIO**

## **APRESENTAÇÃO**

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1	Violência	14
1.1.1	Violência autodirigida	19
1.1.2	Violência de família ou de parceiro	20
1.1.2.1	Violência contra a mulher	20
1.1.2.2	Violência sexual	22
1.1.2.3	Maus-tratos de crianças	24
1.1.2.4	Maus-tratos de idosos	26
1.1.2.5	Violência Coletiva	27
1.2	A violência nos Serviços de saúde	27
1.3	A complexidade do atendimento à vitima	30
1.4	Enfermagem Forense	34
1.4.1	Enfermagem Forense e a formação acadêmica	39
1.4.2	Avaliação do conhecimento sobre Enfermagem Forense	42
2.	OBJETIVOS	44
2.1	Geral	45
2.2	Específicos	45
3.	MÉTODOS	46
3.1	Delineamento do estudo	47
3.1.1	Primeira etapa: Processo de adaptação cultural do QCPEF	47
3.1.2	Segunda etapa: Processo de adaptação semântica do QCPEF	48
3.1.3	Terceira etapa: Análise das Propriedades Psicométricas do	
	QCPEF	51
3.1.3.1	Análise da fidedignidade	53
3.1.3.2	Análise da Validade	54
3.2	Aspectos Éticos	55
3.3	Processamento e Análise de Dados	56
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1	PRIMEIRA ETAPA do QCPEF	59
4.2	SEGUNDA ETAPA: Validação semântica do QCPEF	62
4.3	TERCEIRA ETAPA: Análise Psicométrica do QCPEF	68
5.	CONCLUSÕES	81
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	98

Um dos temas mais divulgados na mídia, a violência, ainda é pouco explorado nos currículos da enfermagem. A complexidade e as multifaces que compõem esse conceito reforçam a necessidade de um olhar multiprofissional para este problema que já considerado como um problema de saúde pública.

A proximidade dos profissionais de saúde às vítimas de violência e os agressores tem sido parte do cotidiano da enfermagem. Por vezes, os próprios profissionais são agredidos ou se envolvem em situações de risco de violência.

Reconhecer esse fenômeno, identificar seus elementos constituintes e peculiaridades, estabelecer medidas que busquem minimizar, inibir ou excluir sua ocorrência, atender com competências as vítimas ou seus perpetradores são desafios complexos.

O presente estudo tem como propósito auxiliar a identificar lacunas no conhecimento de estudantes e profissionais de enfermagem, para que se estabeleçam estratégias para o ensino de conteúdo de enfermagem forense, na expectativa de elevar a qualidade no trabalho da equipe de enfermagem e na assistência às vítimas de violência.

Para tanto, por ora, busca disponibilizar instrumento acurado capaz de medir o conhecimento dos profissionais e estudantes de enfermagem nesta área em formação na enfermagem brasileira.

O direito à saúde e a um ambiente seguro são garantidos pela Constituição Federal do Brasil de 1988, por serem considerados necessidades básicas dos cidadãos, para que possam viver com dignidade e com qualidade de vida (BRASIL, 2009). Contudo, tais direitos podem ser frustrados frente a situações de violência.

### 1.1 Violência

A origem da palavra violência vem do latim *violentia* e remete ao uso da força, do vigor ou o emprego de força física exceda a sua força vital. Esta força tornase violência quando ultrapassa um limite ou perturba acordos subentendidos e regras que ordenam relações, adquirindo carga negativa ou maléfica. É, portanto, a percepção do limite e da perturbação (e do sofrimento que provoca) que vai caracterizar um ato como violento, percepção esta que varia cultural e historicamente. As sensibilidades mais ou menos aguçadas para o excesso no uso da força corporal ou de um instrumento de força, o conhecimento maior ou menor dos seus efeitos maléficos, seja em termos do sofrimento pessoal ou dos prejuízos à coletividade, dão o sentido e o foco para a ação violenta (SCHWANCK et al., 2005; ADORNO, 2002; ZALUAR, 1999).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), violência é "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação". A OMS disponibilizou um relatório no ano de 2002, recomendando um modelo ecológico para se esclarecer as origens da violência, ou seja, esse modelo auxilia na compreensão da natureza da violência. Neste, existem quatro níveis de busca/avaliação para identificar os fatores que podem desencadear algum tipo de violência; são eles:

- Dos fatores biológicos e intrínsecos que cada indivíduo possui, tais como as características que aumentam a possibilidade de o indivíduo ser vítima ou que desencadeiam a violência.
- Dos fatores de relacionamento, ou seja, as relações sociais entre os amigos, familiares, parceiros íntimos que possam influenciar na vitimização ou no desencadeamento de violência.

- ➤ Do indivíduo e suas relações na comunidade, assim como sua influência no campo da violência. Por exemplo, a dinâmica de relacionamento com o trabalho, escola, vizinhos, isolamento social, com o tráfico de drogas, ou com gangues.
- ➤ Dos fatores sociais de amplo espectro, tais como os aspectos culturais que incentivam a violência como uma forma de resolver conflitos; a opção pelo suicídio como uma escolha individual na tentativa de solucionar os problemas; machismo e o adulcentrismo; abuso de força armada e também o incentivo à conflitos políticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 12-15).

A concepção de violência, para os Direitos Humanos, vincula-se à todas as formas de violações dos direitos civis, políticos, sociais (incluindo o aspecto da saúde), econômicos e culturais. Segundo Zaluar (1999), a violência se apresenta e se desenvolve de diferentes formas e não pode ser concebida *a priori* com conotação positiva ou negativa.

Observa-se que a compreensão da violência, por meio de seus diferentes aspectos, a configura como sendo um fenômeno complexo e multicausal que atinge todos os seguimentos da sociedade, uma vez que permeia as relações sociais, de classe, de gênero, econômicas e que, ainda, desencadeia ações, omissões e negligências que podem ser exercidas por um indivíduo singular, por um grupo, classe ou Estados e que acarretam danos físicos, emocionais, econômicos, morais ou sociais. Neste sentido, Zaluar (1999) argumenta para o fato de "violência" ter significado multifacetário e se manifestar de formas diferenciadas.

Antigamente, uma das formas de manifestações da violência se dava por meio da força para garantir o poder e os privilégios diante de um indivíduo, grupo ou coletividade; portanto esse fenômeno sempre esteve presente na sociedade (MINAYO; SOUZA, 1993).

Já na atualidade, a violência é compreendida em nível nacional e mundial como sendo um grande problema de saúde pública, uma vez que a morbimortalidade por causas externas (violência e acidentes) tem índices extremamente elevados. Neste sentido, além dos gastos que recaem sobre o setor o público, a violência é tida como responsável pela diminuição da qualidade de vida, absenteísmo da escola e do trabalho, desestruturação familiar e pessoal (BRASIL, 2015).

A área da saúde não é a única responsável pelo enfrentamento desse

grande desafio de saúde pública; entretanto apresenta peculiaridades importantes, uma vez que atende as vítimas da violência, individualmente ou coletivamente, no tratamento de lesões, traumas e mortes (BRASIL, 2005; AGUIAR, 2013).

Os gastos decorrentes do atendimento em saúde em setores de emergência, assistência e reabilitação aumentam, assim como os gastos com segurança pública; entretanto, a violência possui seu lado lucrativo, uma vez que as mortes e as lesões decorridas, muitas vezes, são de ações criminosas, tráfico de drogas, contrabando ou atividades lucrativas ilegais (BRASIL, 2005).

A compreensão dos conceitos que circundam a temática violência, na área da saúde, auxiliará no enfrentamento de tal problema, possibilitando medidas para compreensão do indivíduo em sociedade, das condições de vida, para estabelecer estratégias de diminuição da violência (OLIVEIRA; NUNES, 2008).

Vieira (2009) comenta que os profissionais de saúde apresentam dificuldades no que se refere ao conhecimento da epidemiologia da violência, fato que, segundo a autora, colabora por manter a violência invisível para os serviços de saúde. Destaca ainda que existe a necessidade de capacitar os profissionais para o atendimento da violência, uma vez que se tornam essenciais para identificar, notificar, tomar decisões e promover a saúde. Neste mesmo estudo, evidenciou-se a dificuldade dos profissionais na abordagem à vítima de violência e o fato de os mesmos se sentirem inseguros em manejar tais casos.

No Brasil, as mortes em decorrência de algum tipo de violência ou por acidentes, ocupam o terceiro lugar no *ranking* se considerada a população geral e a primeira na população etária de 5 a 49 anos. Os dados do Ministério da Saúde apontam que no período de 2000 a 2013 as causas externas foram responsáveis por 1.874.508 óbitos. No ano de 2013, as causas externas representaram 12,5% do total de óbitos no país. Ainda, o país se encontra entre os líderes mundiais, em números absolutos, sendo um dos países que apresenta as maiores taxas de homicídio. Pesquisas apontam que no ano de 2014 os homicídios somaram quase a totalidade das mortes causadas por armas de fogo (94,3%) (WAISELFISZ, 2016).

A violência é desencadeada por situações imprevisíveis que podem se dar por meio de indivíduos, grupos, instituições ou Estados; está relacionada a acontecimentos que se dão de forma irregular e instável, acarretando efetivos impactos negativos na esfera da saúde em seus diferentes aspectos e que contemplam, entre outros, a qualidade e expectativa de vida dos indivíduos expostos

às situações de violência (BRASIL, 2008; NORONHA; DALTRO, 1991).

Em regra, a natureza dos atos violentos pode ser reconhecida em diversas modalidades, também denominada como (BRASIL, 2005. p. 24-25):

- Violência física: onde o indivíduo utiliza a força física ou alguma ferramenta que possa causar lesões ao organismo de outra pessoa, tais como: tapa, empurrões; mordidas, corte, lesões por arma de fogo, amarrar, arrancar roupa, abandono de pessoas em lugares desconhecidos;
- Violência psicológica: onde o agressor gera danos para a autoestima, identidade e, também, para o desenvolvimento do indivíduo tais como: insultos; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento social; exploração; ameaças; privação da liberdade;
- Violência por negligência: quando ocorre a supressão de responsabilidade por parte dos membros da família, principalmente para aqueles que necessitam de ajuda para realizar as atividades da vida diária;
- Violência econômica, tais como: roubo; destruir bens pessoais; não pagar pensão alimentícia;
- Violência institucional, que acontece nos serviços públicos, por ação ou omissão, tais como: procurar por diversos serviços até receber atendimento; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários; violação dos direitos humanos;
- Violência sexual: quando o indivíduo, em uma circunstância de poder, força outra pessoa a ter práticas sexuais utilizando da força física, drogas ou até mesmo algum instrumento que possa comprometer a integridade do indivíduo, podendo ocorrer, em casos mais graves, a morte como desfecho, carícias não desejadas; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada; material pornográfico; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo; assistir práticas sexuais de terceiros.

A OMS, em seu último relatório, aponta que a violência pode ser evitada; e nessa perspectiva adota sete estratégias para minimizar a ocorrência de violência, sendo elas:

- Propiciar ambiente seguro para os diversos tipos de relacionamentos entre crianças e seus cuidadores ou genitores;
- Estimular as crianças e adolescentes a desenvolverem habilidades para viver em sociedade:
- Diminuir o acesso e também o uso de álcool e drogas;
- Diminuir o acesso a armas de fogo;
- > Estimular a igualdade dos gêneros;
- Desenvolver programas de auxilio as vítimas tanto para identificar quanto para realizar cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014. p. 8-9).

Segundo o Ministério da Saúde, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, do inglês *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CID-10), que emprega a nomenclatura das doenças relacionadas à saúde a nível mundial, busca trazer linguagem objetiva com o propósito de evitar ambiguidades que podem levar a danos ao paciente. Nessa classificação, as mortes relacionadas à violência são enquadradas no grupo das causas externas (Acidentes; Lesões autoprovocadas intencionalmente ou suicídio; Agressões intencionais ou homicídio; Intervenções legais e operações de guerra; Eventos cuja intenção é indeterminada, onde não foi possível determinar a origem da morte, seja ela por arma de fogo, suicídio ou homicídios) (BRASIL, 2005).

Ainda, segundo o mesmo documentado já citado, existem três tipos de violências:

- Violência dirigida contra si mesmo (auto infligida) se caracteriza por tentativa de suicídio, suicídio e auto abuso (automutilação);
- Violência de família e de parceiro (a), caracterizada pelos aspectos intrafamiliares e em nível comunitário onde a violência acontece entre indivíduos que não possuem parentesco;
- Violência coletiva, onde são considerados os níveis sociais (terrorismo), econômicos (ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico) e políticos (guerras), (BRASIL, 2005, p. 23-24).

### 1.1.1 Violência autodirigida

A OMS, desde a sua criação, realiza o monitoramento dos dados mundiais relacionados às mortes por suicídio. Embora diversos países coletem dados referentes a tais mortes, o Brasil forneceu pela primeira vez seus dados em 1980.

Segundo as estimativas da OMS, até o ano 2020, a incidência mundial de suicídio alcançará números elevados; isto é cerca de 1,53 milhão de pessoas; também ocorrerá um aumento de 10 a 20 vezes de indivíduos que irão tentar o suicídio. O Brasil está entre os 10 países com maior número de óbitos, um pouco mais de 6000 por ano. Avalia-se que, entre o período de 1950 a 1955, a taxa de suicídio global aumentou de 10,1 para 16,0 por 100,000 habitantes (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005).

Segundo Avanci et al. (2009), o comportamento suicida pode ser compreendido em três categorias:

- Ameaças de suicídio são as ameaças sugerindo que um indivíduo tem a possibilidade de suicidar-se;
- ➤ Tentativas de suicídio são ações que são autodirigidas, desenvolvida pelo próprio indivíduo que pode desencadear a sua morte, caso não seja interrompida.
- Suicídio é a concretização da intenção suicida.

As lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio são compostas por elementos complexos e com diversas causas; no entanto, os fatores que são determinantes estão incorporados aos aspectos econômico, sociais, culturais, comportamentais e biológicos (BRASIL, 2017).

Os estigmas que circundam a temática do suicídio impactam em grandes desafios para as pessoas procurarem ajuda o que evitaria muitas mortes; portanto, falar de suicídio não causaria o aumento de novas tentativas ou atos consumidos, mas sim um fator de prevenção (BRASIL, 2017).

Neste sentido, os enfermeiros psiquiátricos desempenham um papel vital para ajudar a reduzir a taxa de suicídio, através da prevenção, educação e cuidados de saúde que promovam a cura de pacientes que tentam suicídio. Neste contexto, no âmbito do cuidado direto, trabalham com o manejo de comportamentos agressivos e

utilizam a relação terapêutica, além de desenvolverem papel importante enquanto gestor-educador da equipe; atuam, ainda, como responsável pelas intervenções relacionadas à identificação de situações de risco, controle e manejo de situações de violência e agressão no contexto de internação psiquiátrica (MARCHETTI; FANTASIA; MOLCHAN, 2012; SHERIDAN-LEOS, 2011).

O processo de ensino-aprendizado e as pesquisas mais atuais dizem respeito à criação/implementação de instrumentos para identificação precoce dos sinais de agressividade do paciente, bem como intervenções para a equipe com vista a melhoria do relacionamento interpessoal junto ao paciente como estratégia para diminuição dos riscos de agressividade e situações violentas no ambiente de hospitalização (MARCHETTI; FANTASIA; MOLCHAN, 2012; SHERIDAN-LEOS, 2011).

### 1.1.2 Violência de família ou de parceiro

Este tipo de violência acontece quando há suspeita ou caso confirmado de violência doméstica ou intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades, violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBTTS) (BRASIL, 2015).

#### 1.1.2.1 Violência contra a mulher

A violência contra a mulher, que acontece nos lares ou no ambiente familiar, explícito ou encoberto, praticada por pessoas que possuem parentesco civil (marido e mulher) ou parentesco natural (pai, mãe, filhos, irmãos), configura-se como um problema social de grande abrangência, afetando não apenas uma parcela da população, mas toda a sociedade. As principais vítimas dessa violência são as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e os portadores de deficiência.

Segundo os dados expostos pelo Atlas de Violência (WAISELFISZ, 2016), a realidade cotidiana do Brasil possui como índices a proporção de treze mulheres assassinadas por dia, ou seja, 4.757 mulheres foram a óbito devido às situações de violência no ano de 2014, evidenciando-se assim, um caráter de gênero para a

violência. Segundo o mesmo documento, os dados da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2013, apontam que foram notificadas, em 3.416 municípios, mais de 200 mil situações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, das quais 136.785 foram contra mulheres, distribuídos em todos os ciclos de vida.

Um estudo realizado por Moura et al. (2009), no Brasil, teve como principal objetivo avaliar a prevalência dos tipos de violência, assim como estimar quais eram os comportamentos de controle praticados pelos parceiros íntimos de mulheres economicamente vulneráveis. Os resultados do estudo permitem observar que a prevalência da violência psicológica foi a mais alta: 80,2%. O estudo ainda apontou que a prevalência de violência física foi de 58,6% em algum período da vida; mas, quando questionadas se sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses, 32% das entrevistadas referiram que já haviam sofrido violência física, sendo as principais formas de agressão os empurrões, chacoalhões, chutes ou surras. Já a prevalência de violência sexual ocorrida em algum momento da vida foi de 28,8% e, nos últimos 12 meses, foi de 15,5%.

A violência desencadeia um cenário de insegurança para as mulheres, uma vez que, em sua grande maioria, é perpetrada por homens que possuem alguma relação afetivo/familiar. Cerca de 20% a 50 % das mulheres no mundo já sofreram algum tipo de agressão, seja ela física, psicológica ou sexual cometida por seus companheiros. Dessa maneira, Soares (2006) aponta que, como consequência desse fato, é urgente a necessidade de implantação de políticas públicas específicas que devem ir além da mera repressão ou simples ação policial contra agressor.

Tendo como base o estudo de Oliveira et al. (2012), evidencia-se que em casos de violência conjugal as mulheres são as mais vitimadas e as que mais sofrem agressões físicas, sobretudo na região da face (boca, olhos ou em região mandibular). Observou-se, também, que a violência contra as mulheres traz consequências psicológicas graves visto que muitas desenvolvem ou manifestam ansiedade, depressão, hipertensão arterial, compulsão, anorexia e obesidade; ainda, em casos de mulheres gestantes, estas correm o risco de aborto e de o recém-nascido nascer com baixo peso. Outro apontamento do estudo reporta ao despreparo dos profissionais de saúde em identificar o ocorrido, acolher a vítima e, muitas vezes, para dar seguimento continuidade no atendimento, rompendo o cuidado integral e humanizado à vítima de violência. A violência conjugal e a sexual têm sido associadas a maiores índices de suicídio, abuso de álcool e drogas, cefaleia, distúrbios

gastrointestinais, aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto e sofrimento psíquico (AGUIAR, 2013; SCHRAIBER et al., 2002).

Na tentativa de buscar soluções à violência contra a mulher, foi criada a Lei Maria da Penha, n.º 11.340, promulgada no ano de 2006, que busca aumentar a severidade diante dos crimes domésticos. Entretanto, mesmo com tal Lei, os números relativos às agressões e mortes de mulheres no Brasil ainda são estarrecedores. No ano de 2015, foi criada a Lei 13.104, de 9 de março de 2015, que torna o feminicídio crime hediondo, sendo um importante momento histórico e político para a legitimação e institucionalização dos direitos das mulheres.

### 1.1.2.2 Violência sexual

A OMS reconhece que a violência contra as mulheres tem se caracterizado como um problema de saúde pública. Dentre as diversas formas de violência que a mulher sofre na sociedade, a violência sexual tem se avolumado; ela é caracterizada como:

"qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012. p. 11)

Diante do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009), os crimes contra liberdade sexual (artigo 213 da Lei 12.015 de 07 de agosto de 2009), são caracterizados pelos aspectos relacionados ao estupro, isto é, "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ter conjunção carnal ou praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso"; já o Artigo 215 da mesma Lei aborda os crimes relacionados a "ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima").

A violência sexual acontece no mundo todo, afeta pessoas de qualquer classe social, idade e etnia e traz uma conotação que marca as relações de poder na sociedade entre os sexos (OLIVEIRA et al.; 2005).

A violência sexual praticada pelo parceiro íntimo costuma acontecer a partir

da adolescência, frequentemente relacionada às esferas dos relacionamentos, namoro e casamento, e inclui muitas vezes abusos físico, sexual e emocional, bem como comportamentos controladores. Contudo, pode ainda acontecer em qualquer período da vida e ser cometida pelos pais, cuidadores, vizinhos, conhecidos ou pessoas desconhecidas. Geralmente a violência é praticada por homens contra meninas e mulheres, embora, também possa ocorrer em meninos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Além de serem violações de direitos humanos, desencadeiam agravos físicos, sexuais, reprodutivos, emocionais, mentais e sociais ao indivíduo e à toda a família. As consequências mais imediatas estão associadas a gravidez indesejada, complicações ginecológicas, aborto e aquisição de alguma doença sexualmente transmissível, como também podem desencadear transtornos psiquiátricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

O gênero não proporciona apenas a indicação de sexo, aponta também posições sociais, culturais e relações de poder pois, perante a sociedade, o sexo feminino e o sexo masculino são caracterizados como opostos, mas complementares. Entretanto, quando inseridos na sociedade, os gêneros feminino e masculino possuem valores diferenciados, sendo que geralmente o masculino é considerado mais reconhecido, promovendo assim a desigualdade de gênero, de autoridade e poder entre os indivíduos. Neste sentido é que as relações de gênero são estabelecidas como relações de poder, ou seja, a sociedade estabelece o papel do homem e da mulher para referir-se à organização social da relação entre os sexos (OLIVEIRA et al.; 2005).

A violência nas relações de gênero, particularmente a violência sexual, pode desencadear transtornos mentais, gastrointestinais, alimentares, reprodutivos (gravidez) e também infecções. As vítimas deste tipo de violência, por vezes, preferem se manter caladas sobre o assunto, uma vez que sentem vergonha, se sentem culpadas e com medo de sofrer retaliações, quando o agressor é conhecido (VILLELA; LAGO, 2007). Ressalta-se que o medo e a não resolubilidade dos casos denunciados à justiça são os principais motivos que levam as mulheres a se manterem em silêncio, dificultando a notificação desses eventos na sociedade (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014; VILLELA; LAGO, 2007)

### 1.1.2.3 Maus-tratos de crianças

Ampliando o debate sobre as violências domésticas, outras possíveis vítimas, nos próprios lares, são as crianças e adolescentes. A Lei brasileira 8.069 do dia 13 de julho de 1990, considera a pessoa com até doze anos de idade incompletos uma criança; já os adolescentes são aqueles que possuem entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2017).

As Leis brasileiras atribuem à família, ao poder público, à comunidade e a sociedade que forneçam e assegurem os direitos de crianças e adolescentes na sociedade. Esses direitos são direcionados à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2017). Contudo, parece contraditório que as pessoas e as instâncias responsáveis pela proteção da criança, por vezes, são os perpetradores da violência.

### Segundo o relatório da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002):

"O abuso ou maus-tratos em relação à criança constitui todas as formas de tratamento doentio físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder" (p. 59).

As manifestações de abuso ou negligência contra uma criança podem assumir diversas formas tais como lesões na pele e mucosas; contusões, fiveladas, palmadas, mordeduras, queimaduras, equimoses e hematomas; fraturas de crânio, costelas, sacudidas vigorosas em bebês; ruptura de rins, baços, fígado, lesões na genitália e períneo, apatia, isolamento social, desnutrição, aversão ao contato físico, medo, pânico, transtornos de alimentação; todavia, elas podem apresentar evidências menores que podem estar associadas a aspectos emocionais, nutricionais, bem como, negligências e abusos que são decorrentes de algum outro tipo de violência (BRASIL, 2002).

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002), os fatores que aumentam a vulnerabilidade das crianças são:

- ➤ Idade;
- Sexo: as meninas são mais vulneráveis em relação aos meninos e correm mais riscos de sofrer abuso sexual, desequilíbrio nutricional, negligência educacional, prostituição e infanticídio;
- Ser portador de características especiais: crianças prematuras, gêmeas e portadoras de deficiências físicas correm mais risco de serem vítimas de abuso físico e negligência;
- Desestruturação familiar.

No Brasil, a abordagem da violência contra crianças e adolescentes tem movimentado diversas áreas dos conhecimentos para articular e desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde que minimizem esse fenômeno na sociedade brasileira, uma delas é a notificação compulsória estabelecida pela Portaria de nº 1968 de 2001, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001 b)

Os profissionais de saúde, que são legalmente obrigados a realizarem a notificação, além de possuírem dúvidas quanto as situações de violência, também sentem dificuldades em realizar o preenchimento da ficha de notificação compulsória quando há suspeita ou caso confirmado da ocorrência de um ato de violência que seja de interesse nacional, estadual ou municipal (PIRES; MIYAZAKI, 2005; GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Em muitos casos, não é possível afirmar a ocorrência de casos de violência, uma vez que o diagnóstico pode ser difícil e também pode ser feito erroneamente pelos profissionais de saúde, visto que crianças e adolescentes nem sempre apresentam sinais visíveis de espancamento ou maus tratos visíveis. Tais dificuldades contribuem para a subnotificação da violência, que ainda é alta em nossa sociedade (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Diante desse quadro, os profissionais de saúde precisam estar preparados para lidar com situações de violência em crianças e adolescentes, uma vez que é necessário identificar e reconhecer os sinais e sintomas de violência contribuindo para redução do problema (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

### 1.1.2.4 Maus-tratos de idosos

Na atualidade, devido às mudanças do perfil epidemiológico brasileiro e mundial, os idosos passaram a fazer parte da vida dos familiares por um período de

tempo maior que outrora, em decorrência do aumento da expectativa de vida e, consequentemente, do crescimento da população idosa (BRASIL, 2002).

A violência contra o idoso tem se ampliado, tanto em países desenvolvidos quanto os que estão se desenvolvendo: frente a esse aumento progressivo na população de idosos. Segundo o relatório da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2012. p. 13):

"o abuso de idosos é um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou tensão a uma pessoa idosa".

No âmbito da violência contra os idosos, pouco se sabia em relação ao perfil dessas vítimas e dos agressores; porém, alguns serviços de saúde, diante da realidade vivenciada, observaram que as situações que ocorrem no território brasileiro são similares às de outros países, sendo nestes casos as principais vítimas as mulheres viúvas, de idade avançada, com algum tipo de deficiência física ou cognitiva e, seus agressores, são os membros da própria família, ou cuidadores contratados, ou mesmo nas instituições de cuidado ao idoso (BRASIL, 2002).

Oliveira et al. (2012) enfatizam que os episódios de maus-tratos contra os idosos, geralmente são desencadeados por pessoas que podem conviver ou não com o idoso, possuindo ou não vínculos familiares, o que dificulta o controle das ações de violência. Frente a presença de vínculos afetivos e de convivência, na maioria das vezes, tem-se o silêncio da vítima, além de sentimentos de medo, culpa e vergonha. Tais circunstâncias geram baixa qualidade e credibilidade dos dados referentes à violência, fornecidos pelos municípios brasileiros ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A violência que incide sob essa população se dá através de abusos físicos, psicológicos, abandono, negligência dos familiares aliado as questões econômicas (BRASIL, 2002).

A violência é um fenômeno que pode perpassar por todos os aspectos e momentos da vida da pessoa em sociedade. Neste sentido, podemos dizer que é fundamental que se elaborem e programem políticas públicas com base dos dados da violência existentes e que visem à contenção/eliminação da violência nos diferentes âmbitos em que ela se manifesta (WAISELFISZ, 2016).

### 1.1.2.5 Violência Coletiva

A violência, possivelmente, sempre fez parte da experiência humana e suas consequências podem ser percebidas mundialmente. No entanto, mesmo estando presente nas diferentes sociedades, não pode ser considerada como normal e inevitável a condição humana. Instituições religiosas, legais e até mesmos filósofos desenvolveram ações ou propostas que pudessem minimizar ou até mesmo erradicar a violência; contudo, observa-se que essas ações ainda não foram suficientes para minimizar a violência na sociedade (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Diferentemente de outras categorias de violência, como a autodirigida e a interpessoal, a violência coletiva é manifestadas em âmbito macrossociais, políticos e econômicos e se caracteriza pela dominação de grupos e do Estado. A violência coletiva manifestada na área política, acontece por meio de guerras e genocídios; no entanto, quando é manifestada no âmbito econômico, está relacionada a motivação e interesses de dominação (BRASIL, 2005; DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência estrutural, assim categorizada devido aos processos sociais, políticos e econômicos, reflete e intensifica o processo de fome, pobreza, desigualdades sociais, gênero, etnia e, ainda, conserva o modelo adultocêntrico sobre crianças e adolescentes (BRASIL, 2005).

Difícil de ser mensurada, a violência estrutural está presente no processo histórico da sociedade em geral e se perpetua no processo cultural trazendo como consequências privilégios para uns e dominação para outros (PILISUK; ZAZZI, 2006; BRASIL, 2005).

## 1.2 A violência nos Serviços de saúde

O trabalho é fonte de vida para os seres humanos, estabelece rotinas, valoriza o indivíduo, gera satisfação pessoal, status na sociedade, criação e concretização dos sonhos e também promove saúde mental (HIRIGOYEN, 2005; BRASILIA, 2008). No entanto, no ambiente de trabalho também podem ocorrer situações de violência, tais como: ameaça, homicídios, agressões verbais, psicológicas e físicas, sendo que essas circunstâncias podem acontecer dentro e fora do trabalho. A violência tem se tornado uma preocupação crescente para os

empregadores e funcionários.

No Brasil, ultimamente, aumentou o número de casos de violência contra profissionais de saúde no ambiente de trabalho. Médicos e enfermeiros são os que mais sofrem as agressões; profissionais de enfermagem como integrantes da equipe de saúde, incumbidos do acolhimento do paciente têm sido a principal vítima de violência nos locais de trabalho.

Um aspecto a se considerar é que a grande maioria dos profissionais de enfermagem é de mulheres, cerca de 95% em nível mundial, refletindo a desigualdade de gênero. Cabe destacar que gênero não proporciona apenas a indicação de sexo, aponta também posições sociais, culturais e relações de poder (BRASIL, 2002; CEZAR; MARZIALE, 2006; COELHO, 2005; MOREIRA, 1999; MINAYO; SOUZA 1993).

Devido as atividades laborais, os profissionais, muitas vezes, passam mais tempos durante sua jornada no trabalho do que em suas casas. Neste sentido, quando o indivíduo sofre algum tipo de violência, seja ela moral, verbal ou física podendo ser desqualificado e desmoralizado, há impacto sobre sua autoestima e, por conseguinte, o profissional se sente desmotivado para realizar as suas funções habituais (BARRETO, 2006; BRASILIA, 2008).

Os profissionais de enfermagem ao sofrerem violência física e verbal podem desencadear fadiga, cefaleia, problemas com sono, ansiedades, irritabilidade, distúrbios gastrointestinais, isolamento social, diminuição da qualidade de vida e dias perdidos de trabalho, entre outros. (BORDGNON; MONTEIRO, 2016).

A literatura aponta duas vertentes quanto a violência no ambiente entre os trabalhadores que apresentam algum tipo de relacionamento: a vertical e a horizontal.

A violência horizontal ou lateral é caracterizada como qualquer abuso, hostilidade ou comportamentos indesejados que ocorre entre indivíduos no trabalho no mesmo nível hierárquico, ou seja, um conflito intergrupo com agressões e hostilidades expostas ou ocultas sendo as vítimas mais frequentes as do sexo feminino (BECHER; VISOVSKY, 2012).

A violência vertical caracterizada por humilhações, comentários, xingamentos, abusos, ou seja, comportamentos verbais e não verbais que acontecem entre duas ou mais pessoas com diferentes níveis hierárquicos de enfermagem e impacta no desempenho profissional ou satisfação no ambiente de trabalho. A violência vertical ou a horizontal se diferenciam do "bullying" uma vez que não é

necessário um padrão de repetição da violência ao longo de seis meses e também não inclui violência física (SHERIDAN-LEOS, 2011).

A categoria mais afetada pelo estresse ocupacional é o profissional de enfermagem, uma vez que esses profissionais estão expostos a pressão intensa no ambiente de trabalho pois vivenciam o processo de morte e sofrimento do indivíduo, são submetidos a baixos salários, pouco reconhecimento o que pode propiciar sinais e sintomas de Síndrome de *Burnout* (NUNES; RANGEL; NUNES, 2016).

A síndrome de *Bournout* (esgotamento do trabalho) e o "bullying" são temas relacionados no cotidiano dos profissionais de enfermagem e podem desencadear consequências graves ao indivíduo, destrutivas e até o adoecimento do indivíduo (ALLEN; HOLLAND; REYNOLDS, 2015). Em estudo realizado por Sá e Fleming (2008), evidenciou-se que enfermeiros que sofriam "bullying" no ambiente de trabalho aumentaram significativamente níveis de esgotamento emocional e níveis baixos de saúde mental, comparados com enfermeiros que não sofreram nenhum tipo de bullying.

Segundo a American Nurses Association (ANA) (2016), a violência no local de trabalho pode ser classificada em quatro tipos básicos: - violência na qual o indivíduo com intenção criminal não tem relacionamento com a instituição ou funcionários; - violência de indivíduo (cliente ou paciente) que apresenta relacionamento com o serviço ou ocorre durante recebimento do serviço; - violência entre os trabalhadores que apresentam algum tipo de relacionamento; - violência entre indivíduos que possuem relações interpessoais, mas sem relação com a instituição ou trabalho.

Exemplos de violência no local de trabalho envolvem agressões físicas, ameaças verbais ou escritas, importunações físicas ou verbais e homicídios (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2015).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) realizou um estudo com 8332 entrevistados e evidenciou que 74% dos profissionais de enfermagem já sofreram algum tipo de violência em seu local de trabalho, 52% sofreram agressão duas vezes ou mais e 73% afirmaram que os incidentes ocorreram no próprio local de trabalho. O tipo de violência mais citado foi a verbal e/ou física emanadas de pacientes, visitantes ou profissionais de saúde (BORDIGNON; MONTEIRO, 2016).

Além dos riscos de violência no ambiente de trabalho resultantes de

comportamentos violentos dos pacientes ou acompanhantes, em respostas aos descontentamentos pela assistência recebida, há outros fatores que podem resultar em agressões, relacionadas ao local, tipo de serviço e localização do serviço de saúde ou social.

Os ambientes que geram maiores riscos incluem: serviços de emergência; transporte de pacientes e clientes; trabalhar sozinho em domicílios de pacientes; ambientes de trabalho com pouca iluminação, salas, estacionamentos, dentre outros. Quanto aos pacientes, destacam-se os com dor aguda; alteração mental; indivíduos sobre efeito de medicamentos, álcool e drogas; e com histórico de violência (BORDGNON; MONTEIRO, 2016).

Frente aos potenciais riscos inerentes aos ambientes e às condições de trabalho recomenda-se que os mesmos sejam minimizados e que sejam estabelecidos programas de valorização do funcionário, motivação profissional por meio de elogios, recompensas financeiras, entre outros (BORDGNON; MONTEIRO, 2016).

### 1.3 A complexidade do atendimento à vitima

Diversas pessoas já vivenciaram ou testemunharam algum tipo de violência, seja na infância, na fase adulta, ou ambos. Independentemente de quando ocorreu a violência, há uma ampla gama de sequelas que afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas a curto ou longo prazo (LISBOA et al., 2002).

Qualquer sujeito que seja admitido em serviços de saúde e que apresente lesões sugestivas de violência, podendo ser enquadrado tanto como vítima quanto agressor, estando vivo ou morto, caracteriza-se como um sujeito que necessita da atenção profissional relacionada à especialidade forense; isso significa que muitos dos casos admitidos em unidades de saúde podem ser submetidos a uma investigação forense (CUCU et al., 2014).

Rotineiramente, a enfermagem enfrenta situações de violências proveniente do comportamento humano nos serviços de saúde, em especial, crianças abusadas, mulheres estupradas, idosos negligenciados, feridas por arma de fogo, situações de suicídio ou outro tipo de violência (GOMES, 2014).

As unidades de emergência e de pronto-atendimento, assim como as

unidades de saúde mental, são setores onde frequentemente as vítimas de violência buscam por ajuda. Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, enfrentam o dilema de compreender e reconhecer a violência, como por exemplo a sofrida por mulheres (OLIVEIRA et al., 2005) ou a praticada por pacientes denominados "Criminalmente insanos" (STEADMAN; COCOZZA, 1978).

Não é um dilema inócuo ao profissional; a literatura aponta a vulnerabilidade de enfermeiros forenses ao estresse ocupacional e ao desenvolvimento de síndrome "burnout". São processos derivados, sobretudo do estresse frente aos conflitos interpessoais, sobrecarga de trabalho e perda de envolvimento na tomada de decisões (DICKINSON; WRIGHT, 2008). Frente ao risco de sofrimento, em especial de enfermeiros forenses que atuam com saúde mental, recomendam, tais autores, sistemas de suporte (supervisão, cultura da liberdade de expressão de sentimentos, treinamento para manejo de frustações e rotatividade de local de atuação) e treino de intervenções psicossociais para se promover a redução do estresse.

Não é incomum que enfermeiros se mostrem relutantes a prestar cuidado à vítima por considerarem a violência, sobretudo a doméstica, um tópico do domínio do Serviço Social, Psicologia ou Psiquiatria; contudo, enfermeiros têm tal papel, quer no cenário hospitalar como na comunidade (POWER, 2011).

O papel do enfermeiro estendido ao cuidado forense do paciente, compreende o apoio emocional, a coleta de evidências, a preservação de informação e advogar frente aos problemas legais para o paciente (CUCU et al, 2014).

O tempo, após a ocorrência de um crime, se torna precioso; sendo assim, é essencial uma equipe engajada e com conhecimento forense para conseguir recolher os materiais necessários para se ter uma investigação adequada, uma vez que usualmente se tem pouco tempo para reunir provas e evidências para apresentar à justiça. Neste sentido os enfermeiros forenses se tornam fundamentais para coletar provas de um acusado ou vítima, vivas ou mortas.

A prática forense, assim como as demais especialidades requer procedimentos regulamentados por diretrizes ou legislações. A Portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde (MS) estabelece, desde 2003, que os serviços que fazem atendimento pelo Sistema Único de Saúde devem utilizar a notificação para casos de violência doméstica, sexual e qualquer outro tipo de violência. Entretanto, a notificação se torna compulsória em casos de violência contra crianças, adolescentes, mulheres

e idosos; ela está prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Estatuto do Idoso e, em casos de mulheres, na Lei n. 10.778/2003 (BRASIL, 2005).

A ficha de notificação após ser preenchida pelo profissional de saúde deve ser encaminhada para a vigilância epidemiológica visando a auxiliar no planejamento de políticas públicas. Portanto, cabe ao enfermeiro conhecer e compartilhar tais informações com órgãos competentes, lembrando sempre de preservar a identidade da vítima (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

O governo demonstra esforços para estabelecer diretrizes no atendimento às vítimas de violência sexual, como por exemplo, por meio da Portaria Interministerial Nº 1.662, de 2 de outubro 2015, que estabelece critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS). A instalação dessas medidas busca introduzir no país o alinhamento dos registros de informações, assim como estabelecer padronização das coletas de vestígios durante o atendimento a vítima de violência.

Ainda, a Portaria nº 485, de 1º de abril de 2015 estabelece que a equipe forneça acolhimento, atendimento humanizado, escuta terapêutica, informações ao paciente, atendimento clinico, psicológico, anamnese, história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida, exame físico, anotação das lesões, solicite exames laboratoriais e realize o preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2015).

Também a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, expressa na Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/01 (BRASIL, 2001 b), apresenta orientações a serem desenvolvidas diante das situações de violência. Com vistas à promoção e prevenção da saúde, a referida Portaria ainda aborda os aspectos inerentes à compreensão do fenômeno e reconhece que os profissionais de saúde e as instituições, muitas vezes, não notificam o acidente ou a violência por falta de conhecimento. Tal situação, quando existe, exige intervenção tanto na educação do profissional como na atuação institucional

Diante de tal realidade se faz necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento teórico-prático para lidar com situações de violência, uma vez que o objetivo fundamental é acolher a vítima e fornecer atendimento humanizado, no intuito de diminuir a exposição da pessoa violentada e proporcionar subsídios de responsabilização dos autores da violência.

Para se estabelecer a articulação entre os serviços de saúde, assim como

entre os profissionais, fazem-se necessárias orientações que possibilitem a sinalização e denúncia dos casos em que existe suspeita de crime a garantida coleta das provas, e a realização de exames laboratoriais permitindo que a vítima seja protegida e possua um tratamento de qualidade (MAGALHAES et al., 2011).

O Ministério da Saúde reforça a importância do tratamento de vítimas de violência com qualidade não apenas em destrezas técnicas do profissional de enfermagem, mas também no manejo dessas vítimas. Algumas estratégias são essenciais para a condução dos casos de violência, tais como:

- Notificação dos casos de violência;
- Captação e ao reconhecimento de grupos vulneráveis;
- Incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio;
- Reorganizar os serviços pré-hospitalares de emergência e de reabilitação, uma vez que o perfil epidemiológico brasileiro sofreu e sofre alterações;
- > Atendimento humanizado:
- ➤ Estimular a criação de novas tecnologias de prevenção, recuperação e de reabilitação inerente às violências;
- Incentivo ao ensino e pesquisa;
- ➤ Encaminhar a vítima em casos de lesões graves para serviços de saúde de referência (BRASIL, 2001b, p. 20-26).

Neste sentido, a literatura destaca a efetividade de programas de treinamento de enfermeiros para o atendimento às vítimas de violência sexual. Podese exemplificar o programa SANE (Sexual Assault Nurse Examiner), que prepara enfermeiros para proverem cuidado compreensivo e coleta de evidências forenses. No ano de 2000, os Estados Unidos continham 92 programas em vigor, já no ano de 2006 houve um aumento para 549 programas SANE os quais fornecem assistência de saúde 24 horas por dia, sete dias por semana, sendo o atendimento em setores de emergência ou outros departamentos hospitalares, no entanto existem SANEs que estão alocados em delegacias, clínicas independentes ou programas de assistência às vítimas. Os resultados obtidos com a criação desses serviços foram, em especial, o cuidado focado no cliente, diminuição do tempo de internação, maior qualidade de coleta de evidências e referências de seguimento para serviços de suporte (ESTEVES

et al., 2014).

Considerando as contribuições pela implementação das SANE para atendimento as vítimas de violência, cabe ressaltar que o Brasil necessita de profissionais de saúde capacitados para realizar esse tipo de atendimento e assim como estabelecer o vínculo com a justiça (ESTEVES et al., 2014).

Avaliação da eficácia desse modelo de assistência, empregado há anos no Canadá e Estados Unidos da América, apontou sua adequacidade para com a vítima, bem como a redução no tempo de espera e tratamento (CAMPBEL; PATTERSON; LICHTY, 2005; STERMAC; STIRPE, 2002).

No Brasil, Higa et al. (2008) relatam a experiência do uso do Protocolo de Enfermagem na assistência às mulheres vítimas de violência sexual, em instituição pública do interior do estado de São Paulo; apontam o emprego do Processo de Enfermagem para conduzir a assistência e o êxito do atendimento integral e humanizado, bem como, a autonomia do profissional e a interação com equipe de Saúde

Em suma, em cumprimento às boas práticas do exercício da enfermagem forense o profissional da saúde envolvido no cuidado à vítima de violência ou acidente deve estar atento aos sinais, captados pelas técnicas semiologias do exame físico, como também às informações subjetivas, expressas ou desveladas, dos domínios que extrapolam o biológico, isto é o social, o emocional e o espiritual.

## 1.4 Enfermagem Forense

Como já expresso, vivemos em uma realidade onde atos violentos, acidentes, agressões sexuais, homicídios e suicídios são frequentes; tais fatos contribuem para uma cooperação mais estreita entre a saúde e a lei. Essa nova área de conhecimento pertence ao campo das ciências forenses, visto que promove a articulação entre os profissionais de saúde na preservação de provas, vestígios forenses e a aplicação da justiça; o campo forense ainda abarca um conjunto de conteúdos relacionados à assistência especializada ao indivíduo agressor, suspeito ou vítima de violência (CUCU et al., 2014; LISBOA et al., 2002).

A ciência forense inicia-se no local do crime ou acidente; por isso, todos os vestígios, sejam eles, testemunho oral, documentações, objetos físicos, fotografias,

depoimentos, roupas, lixos, cabelos, unhas ou pegadas devem ser considerados, pois podem ser incluídos e apresentados a um tribunal, futuramente.

A trajetória histórica das ciências forenses, mais propriamente a enfermagem forense, segundo Riviello (2010), inicia-se no século XVIII, quando as parteiras eram intimadas a esclarecer sobre a virgindade, gravidez e também em casos de violação sexual. No entanto, em uma revisão histórica, Libório (2012) aponta que os registros oficiais do desenvolvimento dessa nova área na enfermagem datam de 1970, nos Estados Unidos, onde foram criados três cursos na intenção de formar enfermeiros capacitados para o exame clínico de pessoas em situações de violência sexual. Destaca ainda o autor que data de 1982 o início das investigações forenses para examinar as causas de mortes.

A enfermagem forense foi apresentada como disciplina cientifica no ano de 1989, assim como a criação da Associação Internacional de Enfermeiros Forenses do inglês *International Association Forensic Nurses* (IAFN). Mais tarde, no ano de 1992, a enfermagem forense foi considerada uma especialidade por essa associação (LIBORIO, 2012; International Association Forensic Nurses, 2011). A partir disso, esta nova especialidade caracterizou-se como contemporânea, respeitável e essencial como cuidado especializado em saúde, sendo considerada uma nova perspectiva de cuidado humanizado, entrelaçando os aspectos da justiça com os da saúde. Outro momento relevante do desenvolvimento dessa nova área, em 1995, foi a sua aceitação pela American Nurses Association (ANA) como uma especialidade, conforme destacam Libório (2012) e Lynch e Duval (2011).

No Brasil, a Resolução 389 do COFEN, de 18 de outubro de 2011, aponta dentre as especialidades reconhecidas a Enfermagem Forense (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011). Também recentemente, em agosto de 2017, o COFEN aprovou uma resolução regulamentando as áreas de atuação do enfermeiro forense no Brasil; esta compreende a assistência especializada às vítimas de violência, familiares e agressores, desastres em massa, sistema prisional e psiquiátrico. Destaca a necessidade de ter conhecimento a respeito dos aspectos legais, coleta de provas e vestígios, e realizar depoimentos em tribunais. Estabelece ainda os critérios para ser enfermeiro forense, que são: ter curso superior em enfermagem ou ter alguma especialização na área (mestrado, doutorado) e o título reconhecido pelo Ministério da Educação ou concedido por Instituições que sejam CORENs/COFEN (CONSELHO registrados no sistema FEDERAL DE

### ENFERMAGEM, 2017).

A criação dessa nova vertente dos cuidados e intervenções de enfermagem aparece como uma resposta aos índices altos de violência na sociedade; neste sentido, a Enfermagem, aliada ao Direito e à Medicina Legal, busca auxiliar na prevenção dos diversos tipos de violência, construir uma sociedade mais justa e menos violenta, uma vez que a morte e as consequências físicas e psicológicas geradas pela violência, nas suas mais variadas vertentes, afetam a qualidade de vida de diversas pessoas (LYNCH, 2006).

Neste sentido, a enfermagem ocupa posição estratégica e privilegiada; é pertencente e integrante da equipe de saúde, incumbida do acolhimento de vítimas de violência e de agressores; agrega a responsabilidade de identificar, documentar, orientar, intervir e tratar as vítimas de violência e/ou trauma interpessoal, prestando cuidados físico, emocional e social, bem como promovendo a preservação, recolha e apresentação de evidências legais dessas circunstâncias para os órgãos competentes (LYNCH, 2006; ABDOOL; BRYSIEWICZ, 2009; SILVA; SILVA, 2009; LYNCH, 2011; COELHO CUNHA; LIBÓRIO; 2016).

O enfermeiro trabalha com a vítima, família da vítima, com os agressores e com a equipe multidisciplinar (médicos, assistentes sociais, membros do sistema judicial) englobando vários níveis de atenção à saúde, no setor primário, secundário e terciário. Desta forma, o enfermeiro pode atuar em diversos locais tais como escolas, comunidade, unidades básicas de saúde, núcleo de saúde da família, instituições médico-legais, unidades de emergências, hospitais e ser testemunha especializada em julgamentos se foi o examinador da vítima ou do ofensor. Ou seja, o especialista em enfermagem forense pode atuar em qualquer lugar que existam situações de violência (LYNCH, 2011; MILLER et al., 2010; BRASIL, 2008; LYNCH, 2006).

Diante da avaliação do paciente, é possível evidenciar achados clínicos que são sugestivos de violência, tais como fraturas, contusões, escoriações, queimaduras, traumatismos e alopecias, lesões na genitália e ânus, evidências de sangramentos, hematomas ou equimoses, assim como relatos ou manifestações comportamentais, tais como vergonha exagerada, autoflagelação, anorexia, enurese e encoprese (SCHWANCK et al., 2005; DAY et al., 2003; JARVIS, 2012).

Portanto, as técnicas e métodos de obtenção de informações objetivas e subjetivas são ferramentas que, quando associadas ao conhecimento das legislações, são essenciais para nortear as tomadas de decisões clínicas e preservação de provas

circunstanciais relativas à violência (CONSTANTINO, 2013; COELHO, 2013; BRASIL, 2008; BRASIL, 2002; LYNCH, 2011).

Segundo Constantino (2013), é preciso que os enfermeiros busquem evidências sólidas em sua prática, visto que os sistemas judiciários, de saúde e educacional são baseados em provas concretas. As evidências sólidas não são apenas esperma, sangue, urina, saliva, conteúdo gástrico, cabelos, roupas, metal, recipientes de vidro, ou partes de vidro incrustadas no corpo, bala de arma de fogo, mas, também, os registros em enfermagem forense, uma vez que um juiz pode solicitar a presença do profissional ou as anotações de enfermagem realizadas durante os procedimentos realizados com a vítima de violência em vida ou morto. A perda de documentos, registros com poucas informações, datas ou horários incorretos ou ausentes e descrições que não são claras podem levar ao empobrecimento de informações na avaliação da vítima ou das lesões desencadeadas durante o crime (BULECHEK et al., 2016).

Os registros descritivos das observações de lesões, feridas, condições na qual o paciente adentra ao serviço de saúde, percurso da vítima até o hospital, quais pessoas estavam acompanhando, o estado físico, emocional e as respostas da vítima precisam ser documentadas rapidamente e, se possível, utilizar fotografias para documentar (BULECHEK et al., 2016).

A anotação do enfermeiro ao coletar vestígios precisa conter: os itens que foram coletados, data e hora das recolhas, nome das pessoas que coletaram, local de coleta dos vestígios, fotografias, diagramas do corpo, ou seja documentação precisa, completa, com ordem cronológica e não pode apresentar conclusões ou opiniões do enfermeiro (BULECHEK et al., 2016).

A segunda etapa do processo de enfermagem se caracteriza pelo Diagnóstico de Enfermagem. Dado que esta fase se apoia nos dados coletados na etapa inicial, a precisão das informações é essencial para se evitar conclusões imprecisas. Na prática clínica o profissional lança mão de Taxonomias para designar os fenômenos sob seus cuidados. A taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2015) apresenta diagnósticos de enfermagem que abordam os temas forenses tais como: automutilação, risco de automutilação, risco de suicídio, risco de violência direcionada a outros, risco de violência direcionada a si mesmo, risco de envenenamento, síndrome do trauma de estupro, síndrome pós-trauma, risco de síndrome pós-trauma, dentre outras.

O processo de enfermagem aborda também o planejamento dos resultados esperados após o diagnóstico de enfermagem; é importante ressaltar que o planejamento deve ser estabelecido voltado para o alcance de objetivos a curto, médio e longo prazo.

A escolha das intervenções, para alcance da meta e objetivos estabelecidos é o próximo passo do Processo de Enfermagem. A *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK et al., 2016, p.429-430) sugere que as intervenções de enfermagem forense sejam focadas em:

- Aconselhamento;
- Avaliação da saúde;
- Promoção da integridade familiar;
- Apoio a proteção contra abuso;
- Redução da ansiedade;
- > Apoio emocional;
- Assistência em exames;
- ➤ Coleta de dados forenses:
- Consulta de enfermagem;
- Controle de amostras de exames;
- Controle de doenças transmissíveis;
- Controle do ambiente: prevenção da violência;
- Depoimento/ testemunho;
- Documentação;
- Encaminhamento;
- Facilitação no processo de pesar;
- Interpretação de dados laboratoriais;
- Orientação quanto ao sistema de saúde;
- ➤ Intervenção de crises;
- Identificação de paciente;
- Identificação de risco;
- Prevenção de uso de drogas;
- Cuidados de emergência;
- Cuidados pós-morte;
- Proteção dos direitos do paciente;

- > Relatos de incidentes;
- Técnica para acalmar;
- Tratamento do trauma de estupro;
- Troca de informações sobre cuidados de saúde.

Na tentativa de preparar os enfermeiros para atender as vítimas de violência, as instituições de ensino da área da saúde vêm inserindo cursos de especialização para que os enfermeiros estejam cada vez mais qualificados.

# 1.4.1 Enfermagem Forense e a formação acadêmica

Sabe-se que a melhoria das práticas em enfermagem se inicia na formação dos enfermeiros; portanto, se faz necessário que as práticas forenses sejam inseridas no currículo acadêmico dos estudantes de enfermagem. A literatura traz diversas citações nas quais se recomenda a introdução de temáticas forenses em disciplinas da graduação, cursos de aperfeiçoamento, programas de pós-graduação e educação à distância na área de Enfermagem (COELHO, 2013; LIBÓRIO, 2012; ABDOOL; BRYSIEWICZ, 2011; ROBERTSON; BARNAO; WARD, 2011; MILLER et al., 2010; FLUTERT; MEIJEL; NIJMAN, 2010; BOUHAIDAR; RUTTY; RUTTY, 2004).

A discussão sobre a implementação de conceitos forenses nos currículos de enfermagem tem sido uma tendência entre os educadores de diferentes países contempla recomendações para a incorporação de uma abordagem multidisciplinar com ênfase em práticas e metodologias ativas buscando auxiliar uma aprendizagem significativa (MILLER et al., 2010).

O processo de ensino-aprendizado e as pesquisas mais atuais dizem respeito à criação/implementação de instrumentos para identificação precoce dos sinais de agressividade do paciente, bem como intervenções junto à equipe para melhoria do relacionamento interpessoal junto ao paciente como estratégia para diminuição dos riscos de agressividade e situações violentas no ambiente de hospitalização (MARCHETTI; FANTASIA; MOLCHAN, 2012; SHERIDAN-LEOS, 2011).

Segundo Freedberg (2008), uma das maneiras de minimizar a violência seria programar e integrar conceitos e habilidades de enfermagem forense no

currículo de graduação em enfermagem, sendo uma proposta viável para a discrepância existente entre as estratégias de redução da violência e sua implementação efetiva, incluindo a integração de conceitos e habilidades de enfermagem forense no currículo de graduação em enfermagem. Tal estratégia auxiliaria educadores de enfermagem para que preparassem profissionais que pudessem ajudar a minimizar os efeitos da violência e também a reduzir a lacuna existente na prestação de cuidados de saúde para indivíduos vítimas de violência.

Cucu et al. (2014) enfatizam que a educação em enfermagem necessita de enfermeiros capacitados para trabalhar com os aspectos forenses; desta forma, o conhecimento adequado e as habilidades devem ser desenvolvidas para poder identificar, documentar, orientar, proteger e cuidar adequadamente das vítimas ou de possíveis atos forenses.

Faz-se necessário refletir sobre a formação em saúde que proporcione um atendimento de qualidade, com olhar holístico e humanizado, auxiliando o profissional a promover intervenções, o cuidado especializado, a prevenção de novos casos de violência e realizar o mapeamento da violência. Portanto, a formação acadêmica deve proporcionar ao aluno aprendizagem significativa e de qualidade, pois os serviços de saúde recebem demandas, cada dia maiores, de pessoas que sofreram algum tipo de violência e os profissionais precisam estar aptos para a identificação, o tratamento, notificação e prevenção com o intuito de desarranjar o ciclo de violência (MELLO, 2010; SQUINCA; DINIZ; BRAGA, 2004).

Países como Canadá e Estados Unidos da América possuem as seguintes subespecialidades da enfermagem forense:

- **Enfermeiro investigador forense:** investiga a cena e o momento da morte.
- ➤ Enfermeiro consultor jurídico: é o consultor e educador judicial que auxilia nas instruções de procedimentos, medicamentos e drogas que foram utilizados no crime:
- ➤ Enfermeiro advogado: possui diploma em direito e auxilia geralmente em casos relacionados à saúde:
- ➤ Enfermeiro legista: especialista, devidamente autorizados, que auxilia na investigação científica e certificação da causa, circunstâncias e identificação de morte questionada;
- > Enfermeiro forense clínico: presta cuidados de enfermagem às vítimas de

violência e mortes; realiza recolha e documentação de evidência para a Justiça.

- Examinador enfermeiro forense: responsável por examinar a vítima / agressor (vivo ou morto) e pela documentação legal.
- ➤ Enfermeiro psiquiátrico forense: fornece cuidados de enfermagem à pacientes que possuem patologia psiquiátrica e que foram considerados culpados mediante à um crime em sociedade.
- ➤ Enfermeiro forense correcional ou de custódia: fornece tratamento e reabilitação às pessoas que foram condenadas à prisão por violação de estatutos legais e requerem avaliação médica e intervenção.
- ➤ Enfermeiro examinador de agressão sexual: realiza exame pericial, avaliação de trauma sexual, e recolhe provas e evidências de dados biológicos.

Apreende-se, pelo exposto, os distintos cenários e atuações que o enfermeiro forense pode executar. Isto torna necessário rever todo sistema educacional do pais, apontando-se como destaca SANTOS (2003), a necessidade de elaboração de projetos políticos pedagógicos (PPP) fundamentados e estruturados nas novas tendências e mudanças de comportamento na sociedade.

A formação na área da enfermagem, por sua vez, também carece de atenção quanto aos aspectos forenses; este profissional, lidando diariamente com vítimas e perpetradores de violência, também apresenta lacunas importantes no processo de ensino aprendizado. Na tentativa de contribuir para se quebrar este ciclo da violência, assim como auxiliar a população no empoderamento de seus direitos, é preciso fornecer ao aluno de graduação em enfermagem reflexão crítica, dando-lhes subsídios para desenvolver sua prática profissional com precisão e segurança (BARTMANN, 1997; BARBOSA, 2009; MONTEIRO, 2003; BRASIL, 2001a).

Frente a pouca divulgação em nosso país desse profissional e por se tratar de uma área em solidificação, faz-se necessário identificar o conhecimento que os profissionais e alunos têm sobre os conceitos da enfermagem forense. Para tanto, disponibilizar instrumentos capazes de avaliar tal conhecimento é útil para o estabelecimento de estratégias educacionais.

### 1.4.2 Avaliação do conhecimento sobre Enfermagem Forense

Mensurar o nível do conhecimento sobre enfermagem forense entre os profissionais e alunos de enfermagem permite estabelecer um diagnóstico para determinação de estratégias de redução de possíveis vazios deste conhecimento, bem como para avaliar eficácia de estratégias educativas. Com esta finalidade, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar, na literatura, instrumentos capazes de colaborar com tais propósitos.

Foram realizadas buscas em bases de dados e, embora diversos artigos abordassem o tema de enfermagem forense, foram selecionados apenas três estudos, os quais apresentavam o mesmo questionário de práticas de enfermagem forense. Trata-se de um questionário, com versão original em Portugal, denominado Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (LIBÓRIO, 2012; COELHO; CUNHA; LIBÓRIO, 2016).

A versão original do Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense – QCPEF foi desenvolvido por Cunha e Libório (2012), para avaliar o nível de conhecimento de estudantes de enfermagem portugueses. É um instrumento autoaplicável; na sua versão original, é constituído por 74 afirmações dicotômicas (Verdadeiro/Falso) e visa a avaliar os conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense.

Os 74 itens do QCPEF (LIBÓRIO, 2012) foram agrupados em seis subescalas:

- Conceito de Enfermagem Forense (conteúdo dos itens 1 ao 10);
- Situações Forenses (itens 11 ao 22);
- Vestígios Forenses (itens 23 ao 34);
- Comunicação e Documentação em Ciências Forenses (itens 35 ao 44);
- Cuidados de Enfermagem Gerais (itens 45 ao 54);
- Preservação de Vestígios Forenses (itens 55 ao 74).

Para desviar intenções de resposta, determinados componentes foram estabelecidos na forma negativa e outros na forma afirmativa (LIBÓRIO, 2012; COELHO, 2013).

Os estudos portugueses que também utilizaram o QCPEF foram

desenvolvidos por Coelho e Nunes (2014), com o objetivo de avaliar o impacto da formação em conhecimentos sobre práticas forenses dos estudantes de enfermagem em um curso de ciências forense, bem como por Ribeiro (2016), com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem forense com estudantes de enfermagem, visando o conhecimento de práticas de enfermagem forense. Aplicouse o QCPEF antes e após um curso de enfermagem forense.

A opção de validar um instrumento para avaliar o conhecimento sobre a temática de enfermagem forense é motivada pelo fato de, até o momento, não se ter identificado instrumento validado no Brasil que possibilite quantificar o conhecimento de estudantes ou profissionais nesta área.

Em virtude da potencial aplicabilidade deste instrumento, consideramos oportuno validá-lo para nossa cultura. O instrumento adaptado poderá ser mais um recurso para a introdução da temática de enfermagem forense no Brasil e ser útil para se detectar as lacunas no conhecimento da equipe de Enfermagem que cotidianamente atende à vítima de violência.

### 2.1 Geral

Validar o Questionário de Conhecimentos sobre Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF) e testar as propriedades psicométricas da versão adaptada para uma amostra de alunos de graduação em enfermagem.

# 2.2 Específicos

- Padronizar idiomaticamente o Questionário de Conhecimentos sobre Prática de Enfermagem Forense;
- Realizar a adaptação semântica do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense com alunos de graduação em enfermagem;
- Avaliar a fidedignidade do instrumento adaptado por meio da consistência interna de seus itens e da reprodutibilidade do instrumento com alunos de graduação em enfermagem;
- > Realizar a validade de constructo por meio da análise multitraço multimétodo

# 3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo piloto (fase 1), metodológico, com abordagem quantitativa, cuja proposta foi adaptar e avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação do conhecimento sobre a temática de enfermagem forense, com a participação de alunos de graduação em enfermagem de uma escola pública do interior do estado de São Paulo.

Os estudos metodológicos empregam processos de aquisição, organização, coleta, análise de dados e, ainda, engloba a elaboração e validação de instrumentos, consequente busca por novos significados e interpretações de fenômenos (DANTAS, 2007; FUZISSAKI, 2012; POLIT, BECK; HUNGLER, 2011).

O presente estudo foi a primeira fase de estudos posteriores e desenvolveu-se em três etapas:

### 3.1.1 Primeira etapa: Processo de adaptação cultural do QCPEF

O procedimento de adaptação de um instrumento já existente, ao invés de elaborar um novo instrumento, obtém benefícios consideráveis, uma vez que ao adaptar um instrumento, economiza-se tempo, financiamentos, permite a comparação de dados já disponíveis em outros estudos, permite a igualdade na avaliação e também avaliar as diferenças entre as populações e a capacidade de generalização (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; OLIVEIRA-MANZI et al, 2011; HAMBLETON, 2005).

Pesquisas de adaptação cultural de escalas, questionários e outros instrumentos de medida têm crescido nas áreas de ciências sociais e da saúde, o que, por sua vez, se faz necessário maior rigor diante da qualidade e adequação das medidas utilizadas para se validar um instrumento (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA 2012).

No Brasil, até pelos frequentes intercâmbios de informações, a grande maioria dos instrumentos utilizados é proveniente de outros países (OLIVEIRA-MANZI, 2011; PELLEGRINO, 2013; HAMBLETON, 2005).

A adaptação cultural geralmente adota algumas etapas: tradução do instrumento, adaptação e as análises psicométricas; no entanto, ao se observar as

recomendações de Borsa, Damasio e Bandeira (2012), Pellegrino (2013) e Beaton Guillemin e Bombardier (2000), constatou-se não existir consenso diante da melhor metodologia a ser seguida para a adaptação cultural de um instrumento. Sendo assim, é necessário compreender as características do instrumento, dos contextos de sua aplicação e da população a qual será destinado para se selecionar a metodologia mais adequada. Entretanto, é sabido que o desenvolvimento da adaptação ultrapassa os aspectos referentes apenas à tradução, visto que não confere garantia de validade de constructo e confiabilidade da medida.

No intuito de garantir a compreensão do instrumento, foram empregadas as seguintes fases: análise do padrão idiomático por dois juízes, individualmente, resultando em duas versões (A e B); - conciliação das duas versões por um comitê de cinco juízes pesquisadores do tema "forense" ou do método. Os juízes foram abordados individualmente e orientados a analisar a pertinência dos termos presentes no instrumento e a escolher para cada item a versão mais adequada da escala (A ou B). Construiu-se uma nova versão conciliada (C), a partir da escolha da resposta que apresentava a melhor compreensão e cada item. Os juízes foram informados que poderiam fazer ajustes pertinentes aos itens; - analise por um juiz independente, sem conhecimento da pesquisa, da versão conciliada com vistas a retroconstrução (comparação) da versão original, constituindo versão final (D); - e, por fim, o envio aos autores do instrumento para apreciação do processo e do resultado da versão final (D). Esses passos estão adaptados e respeitando as recomendações da literatura (DISABKIDS®, 2004; DEON. et al, 2011b; FEGADOLI et al., 2010).

Aos peritos que aceitaram participar do estudo, solicitou-se a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma delas permanece arquivada com a pesquisadora. Também foi solicitado o preenchimento de um instrumento de caracterização, no qual constou idade, sexo, período de graduação e especialidade.

A versão final do instrumento foi submetida à validação semântica, discutida a seguir.

# 3.1.2 Segunda etapa: Processo de adaptação semântica do QCPEF

A análise semântica abrange a compreensão dos componentes do instrumento pela população-alvo, ou seja, a quem o instrumento se destina, uma vez

que é utilizada para evitar ambiguidade e vários significados. Nesta etapa, o questionário deveria ser lido, observado, analisado e avaliado de forma objetiva, clara, simples, coesa e coerente de acordo com a população alvo, a fim de não causar monotonia, cansaço ou deixar o participante entediado (PASQUALI, 2010).

No presente estudo, utilizamos os instrumentos do método DISABKIDS® com algumas adaptações, com a devida autorização pelo Grupo DISABKIDS® no Brasil. O projeto DISABKIDS® envolve especialistas de diversas áreas de conhecimento e de diferentes partes do mundo. A metodologia adotada por esse grupo de pesquisadores consiste em algumas etapas para o desenvolvimento de um instrumento: revisão da literatura, utilização de grupos focais, desenvolvimento dos itens, validação semântica, estudo piloto e estudo de campo; no entanto, para os casos de adaptação cultural do instrumento, utiliza-se a etapa de tradução que engloba a tradução e retrotradução do instrumento (SANTOS et al, 2014; FUZISSAKI, 2012; DEON et al, 2011b; FEGADOLLI et al, 2010; DISABKIDS®, 2004,).

A validação semântica realizada neste estudo contou com a participação de alunos de graduação em enfermagem, de uma escola do interior de paulista e que atenderam aos critérios de inclusão: ser adulto (acima de 18 anos), estarem matriculados em um dos cursos da instituição (Bacharelado em Enfermagem e Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) e cursar regularmente o ano letivo. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho do ano de 2016.

A composição da amostra de estudantes para essa etapa (Tabela 1) considerou o nível de similaridade dos grupos em relação à compreensão e entendimento acerca de ciências forenses. Para tanto, os alunos dos primeiros e segundos anos do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e do curso Bacharelado em Enfermagem, constituíram o grupo A. Já os alunos do terceiro e quarto anos do curso Bacharelado em Enfermagem, assim como os alunos do quarto e quinto anos do curso Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem foram alocados no grupo B.

Tabela 1 - Distribuição dos alunos, segundo grupos e subescalas do instrumento a serem validados. Ribeirão Preto, 2016

Subescalas	Grupo A	Grupo B	Total por subescala
Conceito de Enfermagem Forense - itens 1 ao 10	3	3	6
Situações Forenses - itens 11 ao 22	3	3	6
Vestígios Forenses - itens 23 ao 34	3	3	6
Comunicação e Documentação em Ciências Forenses – itens 35 ao 44	3	3	6
Cuidados de Enfermagem Gerais - itens 45 ao 54	3	3	6
Preservação de Vestígios Forenses - itens 55 ao 74	3	3	6
Total por grupo	18	18	36

Para selecionar os alunos na fase de validação semântica, foi utilizada a técnica *snowball*, conhecida como Bola de Neve. Essa técnica consiste em uma amostra não probabilística, onde os primeiros participantes recomendam novos participantes que por sua vez indicam outros participantes e assim, consecutivamente, até que seja obtido o número de participantes almejado (ALBUQUERQUE, 2009; VELASCO; DÍAZ, 1997).

Em cada um destes grupos (A e B) foram alocados 18 integrantes, totalizando 36 alunos; todos realizaram a análise da impressão geral do instrumento (Anexo 1). Na análise do Formulário de Validação Semântica (Anexo 2), cada grupo de seis alunos avaliou um conjunto de subescalas do instrumento, conforme descrito na Tabela 1; tal composição atende às recomendações do DISABKIDS® (2004).

A proposta inicial de composição da amostra de estudantes para esta etapa, previa igual número de estudantes iniciantes dos dois cursos; contudo, devido ao fato da orientadora desta pesquisa ministrar aulas para parte de estudantes da instituição, os alunos do segundo ano do curso Bacharelado em Enfermagem não participaram dessa etapa do estudo.

Após aceitarem participar do estudo, os alunos assinaram duas vias do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma delas foi entregue ao aluno e a outra permanece arquivada com a pesquisadora.

Para a caracterização dos alunos, foi solicitado o preenchimento de um instrumento, no qual constou idade, sexo e período de graduação.

Após o preenchimento desse instrumento de caracterização, foram apresentados aos alunos os formulários, elaborados conforme as recomendações do grupo DISABKIDS®, para obtenção da Impressão Geral e da validação semântica específico, já descritos. Estes tiveram o intuito de avaliar as propriedades do questionário, tais como: qualidade, entendimento, amoldamento, importância, compreensão, categorias das respostas e se os itens são fáceis ou difíceis.

Esta etapa buscou identificar a importância conferida a cada item, o nível de compreensão, a aceitação dos termos, relevância dos itens, se os itens apresentavam dificuldades para serem respondidos, se as opções de respostas estavam claras e consistentes de acordo com a questão. Portanto, a utilização da metodologia DISABKIDS® (2004), foi para verificar o grau de compreensão e pertinência dos itens do Questionário de Conhecimento e Práticas Forense composto por 74 itens dicotômicas (verdadeiro e falso).

### 3.1.3 Terceira etapa: Análise das Propriedades Psicométricas do QCPEF

Nesta fase do estudo, buscou-se avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Conhecimento sobre Práticas de Enfermagem Forense, uma das etapas do processo de validação de um instrumento.

A validação é o procedimento para se saber se o que está sendo medido é o que realmente o pesquisador precisa avaliar. Para tanto, destaca a autora, quando o pesquisador se propõe a validar um instrumento, é preciso considerar indicadores qualitativos e quantitativos (DANTAS, 2007, PASQUALI, 1999).

De acordo com Pasquali (2009), a psicometria tem como substrato a teoria da medida em ciências; dessa forma, sendo uma metodologia quantitativa, sua principal característica é possibilitar a representação do conhecimento com maior amplitude e precisão quando comparada à linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos da natureza.

A abordagem quantitativa possibilita um enfoque direcionado, exato e estruturado, buscando analisar numericamente a frequência de determinados

comportamentos dos indivíduos de grupo, ou população, através de instrumentos que devem registrar fenômenos que representem realmente os conceitos ou as variáveis que o pesquisador está analisando (MORAES, 2005).

Um instrumento de medida para ser considerado bom, deve contemplar aspectos importantes tais como a **validade** e a **fidedignidade**.

A validade engloba a competência de ser correspondente coincidente com o que de fato está querendo se medir; já a fidedignidade ou confiabilidade, se caracteriza pela capacidade de precisão e exatidão de produzir resultados idênticos, em diferentes situações com os mesmos indivíduos, indicando se os resultados são confiáveis e se refletem a realidade do que está se medindo (PASQUALI, 2009). Segundo Martins (2006), a fidedignidade do instrumento pode ser entendida como a capacidade de reportar um efeito consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes.

As técnicas que avaliam a validade dos instrumentos podem ser separadas em três classes: validade do construto; validade de conteúdo; e validade de critério.

- Validade do construto ou de conceito: é tida como a maneira mais importante de validação dos instrumentos psicológicos, pois é a forma direta de verificação da hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2009);
- Validade de conteúdo: a questão gira em torno de se descobrir se a representação existente (teste) se constitui como representação legitima do constructo (PASQUALI, 2009);
- Validade de critério de um teste: é o grau de eficácia que um teste tem em predizer um desempenho específico de um indivíduo. Neste critério, o desempenho do sujeito se transforma no critério contra o qual a medida resultante do teste é avaliada. Existem duas formas de validade de critérios; a diferença essencial entre essas formas diz respeito ao tempo entre a coleta da informação pelo teste a ser validado e a coleta da informação sobre o critério: 1. Validade preditiva (dados sobre o critério adquiridos após a coleta da informação sobre o teste); e 2. Validade concorrente (coletas mais ou menos simultâneas) (PASQUALI, 2009).

A fidedignidade ou confiabilidade de um instrumento é importante para analisar a capacidade de medir com exatidão a consistência e o equilíbrio do que se

está medindo, ou seja, durante o processo de confiabilidade busca-se compreender se os resultados são os mesmos quando aplicados ao mesmo sujeito ou sujeitos distintos. A confiabilidade pode ser medida por meio da estabilidade, consistência interna e equivalência (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Neste estudo buscou-se validar um questionário, que se caracteriza por um instrumento composto por afirmações, às quais os participantes assinalam sua concordância ou não (EDUARDO, 2015). Para tanto foram empregadas as análises de confiabilidade e de validade, conforme segue.

# 3.1.3.1 Análise da fidedignidade

A fidedignidade ou confiabilidade da versão adaptada do questionário de Práticas de Enfermagem Forense foi analisada por meio da medida de **consistência interna** dos itens e subescalas do instrumento, calculada pelo KR-20 (Kuder-Richardson-20), sendo o mais indicado para as análises de escalas que possuem respostas dicotômicas (Verdadeiro/Falso). Esse coeficiente é semelhante ao alpha de Cronbach. Ambas as técnicas consistem na aplicação do teste em uma única vez (DANTAS, 2007; PASQUALI, 1999). Para Hair, Anderson e Black (2005) um valor para o KR-20 superior a 0,70 pode ser considerado satisfatório

A **estabilidade**, um dos critérios da confiabilidade, se caracteriza na aplicação do instrumento duas vezes a um mesmo grupo de pessoas, depois de um período de tempo após a primeira aplicação. Para análise de sua reprodutibilidade e concordância do mesmo foi utilizado à técnica de teste-reteste, avaliada pelo coeficiente kappa, introduzido por Cohen (1960). Este mede o grau de concordância entre testes quando as variáveis são categóricas. Quando o coeficiente assume seu valor máximo, 1, corresponde a uma perfeita concordância. Um coeficiente kappa igual a zero indica que a concordância é igual àquela esperada pelo acaso. Valores negativos ocorrem quando a concordância é mais fraca do que a esperada pelo acaso representando inconsisitencias (Agresti; 1990, Fayers, 2000; Vieira, 2005).

Landis e Koch (1977) classificam a força de concordância em: pobre se menor que zero; desprezível de 0,00 a 0,20; suave de 0,21 a 0,40; moderada de 0,41 a 0,60; substancial ou grande de 0,61 a 0,80 e quase perfeita de 0,81 a 1,00.

Para analisar a concordância entre as medidas teste e reteste das subescalas foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) que permite

medir o grau de concordância entre as medidas dentro de uma classe. Quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1, mais concordância haverá entre as medidas dentro de uma mesma classe (SNEDECOR; COCHRAN, 1972).

#### 3.1.3.2 Análise da Validade

Para avaliar a validade sobre o que o instrumento aborda, para a população escolhida, selecionou-se, nesta fase do estudo, a validade de construto. A heterogeneidade da definição de um construto é abrangente. Segundo Cunha, Netob e Stackflethc (2016), o construto é algo que não conseguimos observar, mas pode descrever comportamentos (motivação, inteligência) que trazem o verdadeiro significado teórico de determinado conceito.

O construto pode ser operacionalizado mediante a utilização de instrumentos ou testes validados e mensurá-lo necessita de definir a conceituação de determinada característica traduzida em uma definição operacional. Trata-se, portanto, de medir a extensão em que um conjunto de itens representa o construto em tela. Para tanto podem ser empregados testes de hipóteses, validade estrutural e validade transcultural (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validade de construto permite relacionar a capacidade do instrumento para confirmar as hipóteses e para isso tenta conectar os domínios teóricos e observacionais por meio da testagem das hipóteses de convergência (validade de constructo convergente) e de discriminante (validade de constructo divergente) em relação às diferentes medidas (DANTAS, 2007; FAYERS; MACHIN, 2000).

A validade de construto convergente se caracteriza pela presença de correlação significativa entre a medida de constructos semelhantes e enfatiza que os testes empregados possuem significados análogos ao mesmo constructo. Já a validade divergente determina se a demonstração do teste que é investigada não se correlaciona comparativamente com uma variável ou uma medida de dimensão teórica e ainda fornece dados se existe possibilidade de diferenciar empiricamente um constructo de outros constructos semelhantes, assim como constatar o que não está correlacionado ao constructo (DEON et al., 2011a; DANTAS, 2007; FAYERS; MACHIN, 2000).

A validade de construto foi descrita por meio da Análise Multitraçomultimétodo das validades convergente e divergente que se caracteriza por ser uma matriz estatística que exibe as informações estatísticas de correlações entre os itens e também nas escalas. Essa análise é realizada através do programa Multitrait Analysis Program (MAP) que permite visualizar as correlações entre o item e a dimensão da qual ele pertence ou não pertence. Para haver correlação convergente é preciso ter moderada correlação e caso não haja correlação entre o item e a dimensão é considerado a validade divergente, os valores aceitáveis deverão ser superiores a 0,40 (SANTOS et al, 2014; DEON et al, 2011a; FAYERS; MACHIN, 2000).

Para a fase da análise das propriedades psicométricas, neste estudo, participaram estudantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos, ser estudante de enfermagem e estar matriculados no ano letivo. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a dezembro do ano de 2016. Todos os alunos da instituição foram convidados a participar desta etapa, exceto os que já haviam participado da validação semântica (segunda etapa dessa pesquisa).

Aos alunos que aceitaram a participar foram explicados os objetivos do estudo, garantindo-lhes sigilo dos dados. Foi solicitado o preenchimento de um instrumento de caracterização dos alunos, no qual constou idade, sexo, período de graduação, entre outros. Para tanto, foi apresentado o Questionário de Conhecimento e Práticas Forense composto por 74 itens dicotômicos (verdadeiro e falso); a cada um dos participantes foi solicitado que respondessem o instrumento conforme o seu conhecimento em práticas de enfermagem forense.

# 3.2 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, que também o aprovou, conforme protocolo de pesquisa número CAAE: 47673615400005393, após foi encaminhado para apreciação da Comissão de Graduação da Unidade. (Anexo 3)

Os participantes foram convidados a participar do estudo, foi assegurada total privacidade e não identificação dos mesmos. Após serem esclarecidos acerca do propósito do estudo, os participantes (peritos e alunos) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma do sujeito e outra do pesquisador responsável. Foram tomadas todas as providências para que os sujeitos

não sofressem riscos diretos, prejuízos ou desconfortos; no entanto, o participante poderia interromper sua participação na pesquisa se algum desconforto pelo conteúdo ou tempo de participação ocorresse, devendo, portanto, comunicar ao pesquisador tais evidências.

Não houve qualquer tipo de pagamento e/ou ressarcimento aos sujeitos desta pesquisa, sendo a participação totalmente voluntária e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para as atividades acadêmicas.

A permissão para utilizar o Questionário de Conhecimentos de Práticas de Enfermagem Forense foi concedida pelos autores portugueses, que tomaram conhecimento das versões tanto emanadas na adaptação cultural como da versão final após avaliação semântica, aquiescendo com seu conteúdo para uso no presente estudo.

### 3.3 Processamento e Análise de Dados

Os dados de cada etapa deste projeto foram submetidos à dupla digitação em planilha do Microsoft Office Excel - 2007, validados e exportados para análise no Software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 15.0 (IBM).

Para as variáveis sexo, idade, curso e período de graduação utilizou-se estatística descritiva. Como medida de tendência central foi estabelecida a média e como medida de dispersão o desvio-padrão, além da frequência. Para as análises da impressão geral do instrumento utilizou-se a frequência.

Para a análise da consistência interna dos itens e das subescalas foi realizado o teste Kuder-Richardson-20 (KR20).

Para estudo da reprodutibilidade, foi utilizada a técnica do teste-reteste onde foi empregado o coeficiente *Kappa* para verificar a concordância entre as respostas atribuídas em cada momento. Ainda, para verificar a concordância das medidas obtidas entre as respostas, entre as escalas, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC); recomenda-se que os valores para esse coeficiente deve ser ultrapassar 0,70, no entanto existem outros autores que aceitam valores de 0,60 ou 0,50 (MCDOWELL; NEWEEL, 1996).

Para a avaliação de constructo convergente e divergente utilizou-se a análise multitraço-multimétodo, que traz as correlações entre os itens e o instrumento

(DEON et al, 2011a; FAYERS; MACHIN, 2000).

Os resultados desse trabalho estão apresentados seguindo as etapas do processo de Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense (QCPEF).

A coleta de dados referente ao processo de adaptação cultural do questionário assim como o processo de adaptação e validação semântica do QCPEF, ocorreram no período de março a junho do ano de 2016, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Já a coleta de dados para a validade das propriedades psicométricas ocorreu no período de agosto a dezembro do ano de 2016.

# 4.1 PRIMEIRA ETAPA: Processo de adaptação cultural do QCPEF

Nesta fase, em um primeiro momento, o instrumento proposto foi avaliado por dois juízes, que realizaram a análise do padrão idiomático e adaptação linguístico/cultural do questionário. A importância desta padronização se dá pelo fato de termos duas línguas oficiais para o mesmo idioma. Ambos avaliaram o questionário em sua versão original, individualmente, resultando em duas versões (A e B).

Considerações importantes e pertinentes, identificadas nesta etapa de adequação do questionário propiciaram o ajuste da grafia do idioma português do Brasil, conforme descrito a seguir:

- > No item 24, substituiu-se a palavra "vómito" por "vômito";
- ➤ No item 25, substitui-se a palavra "sémem" por "sêmen";
- No item 30 substituiu-se "pêlos" por "pelos";
- No item 39 substitui-se "equipa" por "equipe".
- Nos itens 41, 42, 44 substitui-se "registo" por "registro".
- No item 71 "aceite" foi substituída por "aceita".
- No item 74 a palavra "facto" foi substituída por "fato" e a palavra "registado" foi substituída por "registrado".

Outros ajustes foram observados relacionados a pontuação, como no item 40 e também a alteração de preposições como no item 48 onde se substituiu "presença do (a) acompanhante" por "presença de acompanhante"; ou ainda de

concordância verbal (itens 66 e 67).

Por fim, para maior compreensão, constaram sugestões como as que se seguem:

- No item 39 foi sugerido que se acrescentasse "em envolver" na respectiva citação;
- ➤ No item 73 o termo "... apenas envolve-lo" foi substituído por "... deve-se apenas envolvê-lo".

Cabe destacar que alguns itens das versões A e B, emanadas dos juízes, foram considerados idênticos e outros similares. Para escolha do item que melhor representasse o conhecimento em análise, dentre as duas versões, foram convidados cinco profissionais, enfermeiros, pós-graduandos e docentes, com experiência na área forense ou com a metodologia de elaboração e validação de instrumentos.

Os cinco pesquisadores foram convidados a ler atentamente as duas versões e a escolher, dentre elas, o texto do item que apresentava a melhor adequação e entendimento ou fazer ajustes, se necessário, para retratar maior compreensão do significado original.

Os resultados desta etapa apontaram que, dentre os 74 itens, 41 foram redigidos igualmente nas duas versões. Ainda, por unanimidade, a versão 2 foi escolhida para 12 itens (6, 22, 37, 46, 48, 51, 54, 55, 56, 58 73 e 74) e a versão 1 para quatro itens (45, 59, 60 e 68). Outros sete itens da versão 2 (3, 7, 35, 36, 40, 42 e 50) foram escolhidos por 80% dos peritos e 10 itens da versão 1 (13, 32, 44, 47, 49, 60, 66, 69, 71 e 72) foram preferidos por 80 % dos peritos.

Os juízes não emitiram sugestões de ajustes aos itens por eles selecionados. A partir desses resultados, foi constituída a versão C com os itens que obtiveram maior frequência de escolha.

Em seguida, um juiz independente, com formação na área de direito e que atua com pesquisas forenses, analisou a versão conciliada (C) e realizou o processo de comparação com a versão original, constituindo versão final (D). Para tanto, foram realizados os seguintes ajustes:

- O termo "recolha" foi substituído por "coleta";
- O termo "agente de autoridade" foi substituído por "perito";

- O termo "peritagem" foi substituído por "pericia";
- As palavras "designa", "contornos" e "denomina" foram substituídas pela palavra "caracteriza";
- O item "Conforme o código penal português..." foi substituído por "Conforme o código penal brasileiro...".
- Acrescentou-se junto ao termo "denúncia" o termo "notificação", sendo grafado no item da seguinte forma: "denúncia/notificação".

Por fim, o item "O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima; trata do seu espólio e colhe espécimes para análise, por vezes, antes da polícia estar envolvida", após a análise do juiz, foi reformulado para "O enfermeiro é, geralmente, o primeiro profissional a assistir a vítima, tratar de seus direitos e coletar vestígios para análise, por vezes antes da polícia estar envolvida".

A versão final (D) foi encaminhada aos autores do questionário original para a apreciação e aceite. Cabe destacar que a autora do instrumento concordou com a versão apresentada para Português do Brasil.

O processo de adaptação cultural do QCPEF para o uso na população brasileira foi realizado de forma adaptada, não perpassando pela etapa de tradução e retrotraduação, em vista que o instrumento foi originalmente criado em Portugal, na mesma língua.

Observa-se que não existe consenso diante da adoção da melhor metodologia para se realizar a adaptação cultural de um instrumento (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; PELLEGRINO, 2009; GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Na avaliação dos juízes diante da equivalência idiomática, conceituais e culturais, foi possível detectar que entre o QCPEF e sua versão brasileira os itens do instrumento apresentaram maior discordância no que se refere a estilística, que estuda as variações linguísticas e suas utilizações. Essa fase se torna fundamental, uma vez que proporciona a coerência da equivalência semântica com a realidade vivenciada pela população.

# 4.2 SEGUNDA ETAPA: Validação semântica do QCPEF

A partir da conclusão da versão D, passou-se à etapa da **validação semântica** do instrumento; esta etapa contou com 36 alunos de graduação em enfermagem, entre os quais 31 (86,1%) do sexo feminino e 5 (13,8%) do sexo masculino. Ainda, em relação à caracterização dos alunos, 25 (69,4%) eram do curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e 11 (30,5%) do curso de Bacharelado em Enfermagem.

# - Impressões gerais dos alunos sobre o instrumento

As análises referentes à impressão geral evidenciaram que 21 (58%) alunos referiram que o questionário era muito bom, 14 (39%) alunos relataram que o questionário era bom e apenas 1 (3%) aluno referiu ser regular/mais ou menos.

Em relação à avaliação se os itens eram compreensíveis, 30 (83%) alunos responderam que eram fáceis de entender e 6 (17%) alunos responderam que as vezes os itens eram difíceis de compreender. Em relação à dificuldade para utilizar o questionário categorias de respostas, se teve dificuldade em usá-las, lembrando que se trata de um questionário dicotômico (verdadeiro e falso), 26 (72%) alunos relataram que não tiveram dificuldade referente a esse critério e 10 (28%) alunos responderam que sentiram algumas dificuldades diante das respostas. Diante da pergunta se os itens eram relevantes para sua condição de saúde, 20 alunos (56%) responderam muito relevante, 11 alunos (31%) afirmaram que às vezes é relevante e 4 alunos (11%) informaram que não tem nenhuma relevância.

Tabela 2 - Impressões	s gerais sobre o	o instrumento	(n=36).	. Ribeirão Preto, 201	16.
-----------------------	------------------	---------------	---------	-----------------------	-----

Impressões	N°	%	Impressões	N°	%
Apreciação Geral			Utilização		
Muito bom	21	58,0%	Fácil	26	72,0%
Bom	14	39,0%	Alguma dificuldade	10	28,0%
Regular	1	3,0%	Difícil	-	-
Compreensão			Relevância		
Fácil	30	83,0%	Muito relevantes	20	56,0%
Difícil	6	17,0%	Às vezes relevante	11	31,0%
			Sem relevância	4	11,0%

No estudo original, Libório e Cunha (2016), mencionam que o questionário foi submetido à avaliação de um juiz e que os itens foram modificados segundo sugestão do avaliador, além de optarem pela constituição de itens positivos e negativos.

Segundo Tashima (2013), frases de caráter negativo podem dificultar a compreensão e levar o indivíduo ao erro; no entanto, para Gouveia et al. (2012), além de ser uma prática comum para evitar tendências, os questionários construídos com itens negativos e positivos trabalham na tentativa de serem obstáculos a nível cognitivo fazendo com que o indivíduo responda de forma não automática. Outro fator abordado por Gouveia et al. (2012) é referente à dificuldade dos indivíduos em processar itens construídos de maneira contrária, o que pode estar relacionado à falta de atenção, diferentes tipos de educação ou a fatores comportamentais.

Diante das perguntas dissertativas da avaliação do instrumento, foram apresentadas alterações, sugestões ou mudanças por alguns participantes.

Para o item: Você gostaria de mudar alguma coisa no questionário? Obteve-se as seguintes respostas:

- Torná-lo menos longo e repetitivo;
- Questionário longo e cansativo, apesar dos conceitos importantes;
- > Outro aspecto importante foi o de que um aluno sentiu dificuldades em

responder os itens 32, 47 e 51 relativos aos seguintes domínios Vestígios Forenses, Cuidados de Enfermagem Gerais, respectivamente.

- Separar os pontos positivos e negativos;
- Ordem das perguntas que propiciam a erros;

Para o item: Você gostaria de acrescentar alguma coisa no questionário? Obteve-se as respostas:

- Acrescentar sobre o mercado de trabalho na área de enfermagem forense;
- Acrescentar informações e exemplos sobre o que é a enfermagem forense;

Em relação à avaliação semântica e considerando as sugestões dos participantes em relação aos itens, apreende-se que o processo serviu para identificar as questões mais complexas para os alunos. Os itens números 32, 36, 47 e 51 relacionadas às subescalas Vestígios Forenses, Comunicação e Documentação em Ciências Forenses e Cuidados de Enfermagem Geral, respectivamente, abordam aspectos pertinentes a indícios, sinais, evidências, armazenamentos, conduções dos casos de violência e também a preservação de provas.

Foi ainda perguntado aos alunos: Teve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por quê?

Apenas o item número 36, relacionado ao domínio de Comunicação e Documentação em Ciências Forenses, foi considerado de difícil entendimento por um aluno. Os itens relacionados a este domínio abordam o modo como deve prosseguir, encaminhar e dar seguimento aos casos de violência. Na realidade brasileira, existe uma ficha de notificação compulsória, documento importante que analisa os registros de casos de violência a saúde; no entanto, observa-se que tanto os profissionais quanto os alunos sentem dificuldades em preencher este tipo de instrumento.

Segundo Garbin et al. (2015), a ficha de notificação engloba dados de identificação, das lesões, dados da ocorrência, assim como o desencadeamento e encaminhamento do caso além da unidade onde foi aberta a notificação. Neste sentido, observa-se a importância dessas informações para que a formação do aluno de enfermagem não apresente lacunas que possam dificultar a realização das intervenções de enfermagem, como por exemplo, documentação e comunicação, nos casos de violência.

A documentação e a comunicação visam a possibilitar e a viabilizar um sistema de registro com dados mais fidedignos, analisando se o suporte à vítima de violência está sendo efetivo ou não.

Ressalva-se que 5 (13,9%) alunos, devido ao pouco conhecimento diante da temática forense, verbalizaram curiosidade para compreender mais sobre o tema; e, ainda, 7 (19,4%) dos participantes acharam o questionário longo.

aprendizagem, em uma perspectiva crítico reflexiva. deve necessariamente ser adequada aos interesses do grande contingente da sociedade brasileira, na busca da transformação social. Os conteúdos forenses necessitam ser inseridos na realidade brasileira e também métodos de aprendizagem significativas permitindo coerência no aprendizado do indivíduo, uma vez que traz consigo conhecimento e experiências prévias que necessitam ser incorporadas no ensino aprendizagem. As habilidades técnicas ainda são concepções valorizadas no ensino; no entanto, precisam estar associadas à questões éticas, morais, atitudinais permitindo que o aluno correlacione a teoria com a prática (SAVIANI, 2003; BARBOSA, 2009; MARIN et al., 2013).

### - Validação semântica das subescalas

Os 36 alunos participantes desta etapa do estudo foram subdivididos em grupos sendo que cada seis alunos avaliaram uma subescala, conforme descrito no método. As informações quanto à relevância, dificuldades e clareza dos itens constam na Tabela 2.

O conteúdo abordado no instrumento foi considerado relevante pela maioria dos alunos, com escores variando de 61,1% na subescala Vestígios Forenses a 93,3% na subescala Comunicação e Documentação em Ciências Forenses. (Tabela 2).

Tabela 3 - Distribuição e percentual dos alunos participantes da fase de validação semântica específica, segundo itens do Formulário Específico DISABKIDS e subescalas do instrumento (n=254). Ribeirão Preto, 2016

Subescalas	Isso é relev a sua site	•	Você tem dif para entend questã	respostas claras consistente	s opções de postas estão claras e istentes com a questão?	
	Sim	Às	Não s	Sim	Sim	Não
	(%)	vezes (%)	(%)	(%)	(%)	<b>(</b> %)
Conceitos de Enfermagem Forense (Item 1 ao 10)	86,6	13,3	98,3	1,6	95,0	5,0
Situações Forenses (Item 11 ao 22)	73,6	26,3	94,4	5,5	98,6	1,3
Vestígios Forenses (Item 23 ao 34)	61,1	38,8	83,3	16,6	83,3	0,0
Comunicação Documentação em Ciên- cias Forenses (Item 35 ao 44)	93,3	6,6	93,3	6,6	98,3	1,6
Cuidados de Enfermagem Gerais (Item de 45 ao 54)	68,3	15,0	96,6	3,3	71,6	10,0
Preservação de Vestígios Forenses (Item 55 ao 74)	75,0	24,1	94,1	5,0	79,1	20,0

Quanto a avaliação dos alunos, no tópico que retrata facilidade/dificuldade para a compreensão dos itens, a maioria das subescalas foi considerada sem dificuldade, com percentuais acima de 90%, exceto para a subescala Vestígios Forenses (83,3%). (Tabela 3). Verificou-se no estudo original Libório, Cunha (2014) que a maioria dos alunos demonstrou ter conhecimentos sobre os vestígios passíveis de serem examinados na investigação de casos forenses.

Achados relativos às dificuldades vivenciadas pelos sujeitos, neste estudo, foram similares aos de participantes de outras investigações que trataram de validação de instrumentos, sobre outras temáticas (FUZISSAKI, 2012).

A dificuldade diante dos itens pode estar associada ao fato de que os alunos não tiveram contato prévio com a temática abordada no questionário. Nesta vertente, sabe-se que os cursos de enfermagem sofreram e ainda sofrem alterações significativas vistas às novas tendências da carreira, as quais têm preconizado incorporar de maneira interdisciplinar conceitos introdutórios teóricos e práticos de

Na avaliação de clareza dos itens, os participantes consideraram ainda o questionário com respostas claras e consistentes variando de 71,6% para a subescala de Cuidados Gerais a 98,6% para a subescala de Situações Forenses (Tabela 3).

As seguintes sugestões foram apresentadas pelos participantes:

- Esclarecer o que são "armas brancas";
- Especificar as "situações de abuso sexual";
- Substituir a palavra "salvaguarda".

Optou-se por acatar a última sugestão, adotando-se a palavra "proteção". Portanto o item ficou com a seguinte redação: "A coleta e preservação de vestígios contribuem para a proteção dos direitos da vítima".

As sugestões dos alunos para incluir explicações de determinadas situações não foram acatadas uma vez que se modificar um instrumento pode ocasionar o comprometimento da manutenção das propriedades psicométricas, assim como sua estrutura, modelo teórico e as relações entre os itens e as subescalas que foram estabelecidos na construção do questionário (FEGADOLI et al., 2010); ainda, não é recomendado inserir explicações ou exemplos nos itens do instrumento, conforme destaca o grupo DISABIKIDS<sup>®</sup>.

A versão **E** do instrumento, contendo a sugestão emanada na etapa de validação semântica pelos alunos, foi encaminhada aos autores; os mesmos concordaram com a versão final.

A validação semântica mostrou-se fundamental, visto que proporcionou um espaço crítico-reflexivo para que todos os alunos pudessem expor sugestões e dificuldades. Nessa perspectiva, os participantes se tornam agentes transformadores e passam a se considerar atuantes no processo de validação cultural do instrumento avaliado.

Frente aos dados descritos, considerou-se que a adaptação e validação semântica produziu um instrumento em condições de ser submetido a validação de suas propriedades, junto a estudantes de enfermagem.

### 4.3 TERCEIRA ETAPA: Análise Psicométrica do QCPEF

Participaram dessa fase do estudo 262 estudantes de enfermagem regularmente matriculados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP, em 2016, inscritos no curso Bacharelado em Enfermagem e do curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem. Não participaram desta etapa os 36 alunos que participaram da segunda etapa e também foram excluídos oito alunos que não responderam mais de 10 itens do questionário. Portanto foram considerados os dados de 254 alunos, o que corresponde a 52% dos alunos da instituição.

### Características dos participantes

Dentre os participantes nota-se o predomínio do sexo feminino (Tabela 3), assim como os pertencentes ao curso Bacharelado em Enfermagem e aos que cursam os anos intermediários. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição dos alunos segundo sexo e f (n=254). Ribeirão Preto, 2016.

Sexo	Frequência	%
Masculino	30	11,8
Feminino	224	88,1

Os participantes, maioritariamente alunos do sexo feminino, reforçam conceito de que os alunos de enfermagem são em sua maioria, mulheres. Tal fato confere quase involuntariamente, à enfermagem a compreensão de profissão feminina; e este estereótipo está relacionado aos aspectos históricos e à trajetória de lutas femininas para se inserirem ao mercado de trabalho (COELHO, 2005; MOREIRA, 1999).

Tabela 5 – Distribuição dos alunos segundo curso e ano letivo (n=254). Ribeirão Preto, 2016

Curso	Ama Lativa	Número de	participantes	To	otal
	Ano Letivo	N	%	N	%
Bacharelado em	1	37	22,20		
enfermagem	2	28	16,80		
	3	63	37,90	166	65,3
	4	38	22,80		
Licenciatura e	1	18	20,40		
Bacharelado em	2	0	0,00		
enfermagem	3	37	42,00	88	34,6
	4	25	28,40		
	5	8	9,00		
Total		254	100	254	100

Quanto à idade, ainda que a média seja de adulto jovem (x=22 anos), observa-se participantes com até 50 anos.

Tabela 6 – Valores mínimos, máximos, médio e desvio padrão das idades dos alunos segundo sexo (n=254), Ribeirão Preto, 2016

	n (%)	Min.	Max.	Х	Dp
Masculino	30 (11.8)	19	50	23	5,75
Feminino	224 (88.2)	17	38	22	2,784
Total	254 (100)	17	50	22	3,295

Entre os 254 alunos que participaram do estudo, 224 (88,2%) eram do sexo feminino, assim como também obtido em Portugal, no estudo de Ribeiro, (2016) o qual a amostra foi de 85,7% e no estudo de Libório e Cunha (2012) com 78,9% do sexo feminino. Os resultados reforçam que as mulheres são as que mais buscam o curso de enfermagem.

#### Confiabilidade

Para análise da **Consistência interna** da escala, utilizamos o teste KR-20, cujo calculo apresentou valor geral de 0,732 revelando uma consistência interna satisfatória, conforme menciona Hair, Anderson e Black (2005). Já na consistência interna das subescalas apreende-se que os valores variaram de 0,720 para vestígios forenses até 0,174 para Preservação de Vestígios.

Tabela 7 – Valores para a estatística Kuder-Richardson – KR-20, segundo cada subescala e total do instrumento QCPEF. Ribeirão Preto. 2016

	Min.	Max.	Score	Х	Dp	KR-20
	IVIIII.	IVIAX.	Esperado	^	ър	KK-20
Conceito de Enfermagem	3	10	[0-10]	7	1,6	0,393
Forense	Ü	10	[0 10]	•	1,0	0,000
Situações Forenses	2	12	[0-12]	10	2,0	0,662
Vestígios Forenses	4	12	[0-12]	11	1,8	0,720
Comunicação e	2	10	[0-10]	8	1,4	0,440
Documentação	2	10	[0-10]	O	1,4	0,440
Cuidados de Enfermagem	4	10	[0-10]	8	1,3	0,304
Forense	7	10	[0 10]	O	1,0	0,504
Preservação de Vestígios	7	19	[0-20]	13	1,9	0,174
Score Global de	36	71	[0-74]	58	6,1	0,732
Conhecimentos	30	7 1	[0-74]	50	0, 1	0,732

Segundo Silva e Silva (2009) existem poucos estudos que abordam a coleta e preservação de vestígios, e especificamente em relação as vítimas de agressões sexuais são praticamente inexistentes estudos que abordam tal temática, ou seja, existe uma lacuna nesse campo do conhecimento.

Segundo a Emergency Nurses Association (ENA) (2017), as questões forenses envolvem tanto o cuidado da vítima, do agressor e também a prática forense, uma vez que o enfermeiro necessita coletar e preservar vestígios. Os procedimentos são uma parte da investigação científica, análise, prevenção e tratamento relacionados ao trauma e / ou à morte.

No estudo original Libório e Cunha (2014) utilizou-se o alfa de Cronbach para realizar a análise de consistência interna. Para a análise global do instrumento o

alfa de Cronbach foi de 0.807, considerado bom, já os resultados foram razoáveis para três subescalas (Situações Forenses, Vestígios Forenses e Comunicação e Documentação), os valores oscilaram entre 0.600 e 0.816, no entanto para o restante das outras subescalas os índices foram baixos variando entre 0.533 a 0.573.

Segundo Tashima (2013), os resultados insatisfatórios da consistência interna podem ocorrer por dois motivos, por conta da negatividade das correlações item a item e devido ao conteúdo com o qual o instrumento foi elaborado. Cabe destacar contudo a complexidade deste tema em estudo.

A consistência interna insatisfatória pode indicar que os itens do questionário não medem o construto que está se propondo a medir, ou seja, para a elaboração dos itens de um questionário é necessário à revisão da literatura consistente, caracterizada como uma das fases mais difíceis e complicadas para serem determinadas, uma vez que relaciona as hipóteses com as teorias. O construto é uma ideia não formada que é utilizada para descrever um determinado fenômeno, como por exemplo, as práticas de enfermagem forense. As medidas objetivas de determinado comportamento são extraídas de instrumentos, escalas ou questionários que buscam compreender as atitudes do indivíduo diante de um construto (PASQUALI, 2010; DANTAS, 2007).

Foram realizadas novas analises na tentativa de visualizar se alguns itens fossem excluídos teria melhora dos scores do KR-20, no entanto ao analisar os resultados observou-se que não haveria diferença significativa que justificasse a retirada de algum item objetivando o aumento do KR-20.

Vale destacar que uma análise dos valores das subescalas se item for deletado poderá auxiliar na decisão do pesquisador sobre manter ou não um dado item na subescala. Streiner e Norman (1989) apontam que a retirada de alguns itens, assim como a realocação dos itens nas subescalas, pode ser pertinente.

Tabela 8 - Valores para a estatística do Kuder-Richardson – KR-20, segundo cada itens e subescalas com os itens excluídos. Ribeirão Preto. 2016

Kuder–Richardson 20								
Subescalas	Variável deletada	KR-20 com item deletado do bloco	KR-20 por bloco	KR-20 com item deletado do total	KR-20 total			
Conceito de Enfermagem forense	Pergunta_1 Pergunta_2 Pergunta_3 Pergunta_4 Pergunta_5 Pergunta_6 Pergunta_7 Pergunta_8 Pergunta_9 Pergunta_10	0,438 0,400 0,364 0,380 0,349 0,380 0,334 0,381 0,251 0,372	0,393	0,733 0,732 0,730 0,733 0,727 0,730 0,735 0,730 0,726 0,728				
Situações Forenses	Pergunta_11 Pergunta_12 Pergunta_13 Pergunta_14 Pergunta_15 Pergunta_16 Pergunta_17 Pergunta_18 Pergunta_19 Pergunta_20 Pergunta_21 Pergunta_21 Pergunta_22	0,647 0,632 0,620 0,615 0,665 0,682 0,638 0,643 0,650 0,639 0,619 0,641	0,662	0,729 0,728 0,728 0,726 0,730 0,731 0,728 0,728 0,728 0,726 0,726 0,729	0,732			
Vestígios Forenses	Pergunta_23 Pergunta_24 Pergunta_25 Pergunta_26 Pergunta_27 Pergunta_28 Pergunta_29 Pergunta_30 Pergunta_31 Pergunta_32 Pergunta_33 Pergunta_33 Pergunta_34	0,708 0,681 0,713 0,690 0,676 0,708 0,718 0,710 0,723 0,711 0,697 0,672	0,720	0,725 0,725 0,729 0,725 0,721 0,726 0,729 0,728 0,729 0,726 0,728 0,728	0,132			
Comunicação e Documentação em Ciências Forenses	Pergunta_35 Pergunta_36 Pergunta_37 Pergunta_38 Pergunta_39 Pergunta_40 Pergunta_41 Pergunta_42 Pergunta_43 Pergunta_43	0,342 0,448 0,431 0,384 0,323 0,441 0,431 0,441 0,497 0,376	0,440	0,726 0,737 0,729 0,725 0,720 0,727 0,730 0,733 0,732 0,725	continua			

		Kuder–Ric	chardson 20		
Subescalas	Variável deletada	KR-20 com item deletado do bloco	KR-20 por bloco	KR-20 com item deletado do total	KR-20 total
	Pergunta_45	0,395		0,733	_
	Pergunta_46	0,314		0,727	
	Pergunta_47	0,315		0,733	
Cuidados de	Pergunta_48	0,203 0,235		0,729	
Enfermagem	Pergunta_49 Pergunta_50	0,235 0,270	0,304	0,727 0,729	
Gerais	Pergunta_51	0,254	0,304	0,725	
Octuio	Pergunta_52	0,296		0,733	
	Pergunta_53	0,222		0,723	
	Pergunta_54	0,293		0,729	
	Pergunta_55	0,157		0,732	
	Pergunta_56	0,214		0,732	
	Pergunta_57	0,249		0,744	
	Pergunta_58	0,140		0,730	
	Pergunta_59	0,170		0,731	
	Pergunta_60	0,140		0,729	
	Pergunta_61	0,142		0,730	
	Pergunta_62	0,249		0,746	
	Pergunta_63	0,187		0,738	
Preservação	Pergunta_64	0,094	a	0,724	
de Vestígios	Pergunta_65	0,113	0,174	0,726	
Forenses	Pergunta_66	0,144		0,729	
	Pergunta_67	0,135		0,728	
	Pergunta_68	0,115		0,731	
	Pergunta_69	0,168		0,736	
	Pergunta_70	0,128		0,729	
	Pergunta_71	0,234		0,743	
	Pergunta_72	0,173		0,728	
	Pergunta_73	0,191		0,741	
	Pergunta_74	0,169		0,730	

conclusão.

Quanto à confiabilidade analisada pelo coeficiente de Kappa, apreende-se que 65 dos 74 itens da escala apresentaram concordância entre as respostas do teste e reteste, evidenciando que a escala se manteve estável, ou seja, a escala apresenta fidedignidade ao que se propõem medir. Destes, 17 com concordância suave, 32 moderada e 16 substancial ou grande, conforme classificação de Landis e Koch (1977).

Teste - Reteste de cada item por coeficiente de Kappa							
	Teste		Rete	este	Coeficiente	_	
Item	1	0	1	0	de Kappa	Р	
Pergunta_1	55 (79,7%)	14 (20,3%)	59 (85,5%)	10 (14,5%)	0,198	0,094	
Pergunta_2	54 (78,3%)	15 (21,7%)	52 (75,4%)	17 (24,6%)	0,187	0,119	
Pergunta_3	52 (75,4%)	17 (24,6%)	44 (63,8%)	25 (36,2%)	0,326	0,005	
Pergunta_4	68 (98,6%)	1 (1,4%)	64 (92,8%)	5 (7,2%)	-0,025	0,778	
Pergunta_5	30 (43,5%)	39 (26,5%)	37 (53,60)	32 (46,4)	0,454	-	
Pergunta_6	61 (88,4)%	8 (11,59)%	39 (56,52)%	30 (43,47)%	0,098	0,248	
Pergunta_7	36 (52,17)%	33 (47,82)%	44 (63,76)%	25 (36,23)%	0,237	0,043	
Pergunta_8	66 (95,65)%	3 (4,347)%	32 (46,37)%	7 (10,14)%	0,361	0,001	
Pergunta_9	38 (55,07)%	31 (44,92)%	32 (46,37)%	37 (53,62)%	0,655	-	
Pergunta_10	57 (82,6)%	12 (17,39)%	47 (68,11)%	22 (31,88)%	0,469	-	
Pergunta_11	63 (91,3)%	6 (8,695)%	57 (82,6)%	12 (17,39)%	0,623	-	
Pergunta_12	53 (76,81)%	16 (23,18)%	54 (78,26)%	15 (21,73)%	0,459	-	
Pergunta_13	52 (75,36)%	17 (24,63)%	48 (69,56)%	21 (30,43)%	0,494	-	
Pergunta_14	56 (81,15)%	13 (18,84)%	51 (73,91)% 18 (26,08)%		0,546	-	
Pergunta_15	50 (72,46)%	19 (27,53)%	48 (69,56)%	21 (30,43)%	0,578	-	
Pergunta_16	64 (92,75)%	5 (7,246)%	63 (91,3)%	6 (8,695)%	0,309	0,010	
Pergunta_17	62 (89,85)%	7 (10,14)%	59 (85,5)%	10 (14,49)%	0,532	-	
Pergunta_18	58 (84,05)%	11 (15,94)%	56 (81,15)%	13 (18,84)%	0,396	0,001	
Pergunta_19	52 (75,36)%	17 (24,63)%	50 (72,46)%	19 (27,53)%	0,249	0,038	
Pergunta_20	59 (85,5)%	10 (14,49)%	55 (79,71)%	14 (20,28)%	0,398	0,001	
Pergunta_21	56 (81,15)%	13 (18,84)%	55 (79,71)%	14 (20,28)%	0,310	0,010	
Pergunta_22	49 (71,01)%	20 (28,98)%	43 (62,31)%	26 (37,68)%	0,418	-	
Pergunta_23	66 (95,65)%	3 (4,347)%	59 (85,5)%	10 (14,49)%	0,258	0,009	
Pergunta_24	56 (81,15)%	13 (18,84)%	55 (79,71)%	14 (20,28)%	0,402	0,001	
Pergunta_25	68 (98,55)%	1 (1,449)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,202	0,005	
Pergunta_26	54 (78,26)%	15 (21,73)%	55 (79,71)%	14 (20,28)%	0,607	-	
Pergunta_27	57 (82,6)%	12 (17,39)%	57 (82,6)%	12 (17,39)%	0,496	-	
Pergunta_28	61 (88,4)%	8 (11,59)%	58 (84,05)%	11 (15,94)%	0,453	-	
Pergunta_29	65 (94,2)%	4 (5,797)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,458	-	
Pergunta_30	67 (97,1)%	2 (2,898)%	62 (89,85)%	7 (10,14)%	0,185	0,058	
Pergunta_31	62 (89,85)%	7 (10,14)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,477	-	

continua...

Teste - Reteste de cada item por coeficiente de Kappa								
	Tes	ste	Rete	este	Coeficiente			
Item	1	0	1	0	de Kappa	Р		
Pergunta_32	62 (89,85)%	7 (10,14)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,626	-		
Pergunta_33	55 (79,71)%	14 (20,28)%	58 (84,05)%	11 (15,94)%	0,464	-		
Pergunta_34	54 (78,26)%	15 (21,73)%	51 (73,91)%	18 (26,08)%	0,563	-		
Pergunta_35	51 (73,91)%	18 (26,08)%	44 (63,76)%	25 (36,23)%	0,566	-		
Pergunta_36	33 (47,82)%	36 (52,17)%	30 (43,47)%	39 (56,52)%	0,388	0,001		
Pergunta_37	68 (98,55)%	1 (1,449)%	63 (91,3)%	6 (8,695)%	-0,025	0,756		
Pergunta_38	59 (85,5)%	10 (14,49)%	56 (81,15)%	13 (18,84)%	0,532	-		
Pergunta_39	57 (82,6)%	12 (17,39)%	48 (69,56)%	21 (30,43)%	0,494	-		
Pergunta_40	61 (88,4)%	8 (11,59)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,434	-		
Pergunta_41	65 (94,2)%	4 (5,797)%	63 (91,3)%	6 (8,695)%	0,785	-		
Pergunta_42	65 (94,2)%	4 (5,797)%	62 (89,85)%	7 (10,14)%	0,313	0,007		
Pergunta_43	55 (79,71)%	14 (20,28)%	55 (79,71)%	14 (20,28)%	0,642	-		
Pergunta_44	56 (81,15)%	13 (18,84)%	54 (78,26)%	15 (21,73)%	0,463	-		
Pergunta_45	52 (75,36)%	17 (24,63)%	53 (76,81)%	16 (23,18)%	0,562	-		
Pergunta_46	35 (50,72)%	34 (49,27)%	31 (44,92)%	38 (55,07)%	0,711	-		
Pergunta_47	69 (100)%	0 (0)%	64 (92,75)%	5 (7,246)%	.000a	1,000		
Pergunta_48	36 (52,17)%	33 (47,82)%	32 (46,37)%	37 (53,62)%	0,595	-		
Pergunta_49	61 (88,4)%	8 (11,59)%	48 (69,56)%	21 (30,43)%	0,378	-		
Pergunta_50	67 (97,1)%	2 (2,898)%	60 (86,95)%	9 (13,04)%	0,332	-		
Pergunta_51	62 (89,85)%	7 (10,14)%	54 (78,26)%	15 (21,73)%	0,367	0,001		
Pergunta_52	45 (65,21)%	24 (34,78)%	41 (59,42)%	28 (40,57)%	0,570	-		
Pergunta_53	59 (85,5)%	10 (14,49)%	53 (76,81)%	16 (23,18)%	0,532	-		
Pergunta_54	58 (84,05)%	2 (2,898)%	60 (86,95)%	9 (13,04)%	0,577	-		
Pergunta_55	66 (95,65)%	3 (4,347)%	64 (92,75)%	5 (7,246)%	0,471	-		
Pergunta_56	38 (55,07)%	31 (44,92)%	32 (46,37)%	37 (53,62)%	0,712	-		
Pergunta_57	15 (21,73)%	54 (78,26)%	22 (31,88)%	47 (68,11)%	0,526	-		
Pergunta_58	56 (81,15)%	13 (18,84)%	59 (85,5)%	10 (14,49)%	0,532	-		
Pergunta_59	64 (92,75)%	5 (7,246)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,747	-		
Pergunta_60	27 (39,13)%	42 (60,86)%	28 (40,57)%	41 (59,42)%	0,607	-		
Pergunta_61	54 (78,26)%	15 (21,73)%	60 (86,95)%	9 (13,04)%	0,502	-		
Pergunta_62	40 (57,97)%	29 (42,02)%	34 (49,27)%	35 (50,72)%	0,711	-		
Pergunta_63	8 (11,59)%	61 (88,4)%	59 (85,5)%	10 (14,49)%	-0,219	-		
Pergunta_64	53 (76,81)%	16 (23,18)%	49 (71,01)%	20 (28,98)%	0,551	-		

continuação...

Teste - Reteste de cada item por coeficiente de Kappa								
	Tes	ste	Rete	este	Coeficiente			
Item	1	0	1	0	de Kappa	Р		
Pergunta_65	61 (88,4)%	8 (11,59)%	61 (88,4)%	8 (11,59)%	0,576	-		
Pergunta_66	68 (98,55)%	1 (1,449)%	64 (92,75)%	5 (7,246)%	-0,025	0,778		
Pergunta_67	68 (98,55)%	1 (1,449)%	64 (92,75)%	5 (7,246)%	0,317	-		
Pergunta_68	46 (66,66)%	23 (33,33)%	44 (63,76)%	25 (36,23)%	0,681	-		
Pergunta_69	26 (37,68)%	43 (62,31)%	27 (39,13)%	42 (60,86)%	0,724	-		
Pergunta_70	50 (72,46)%	19 (27,53)%	43 (62,31)%	26 (37,68)%	0,641	-		
Pergunta_71	44 (63,76)%	25 (36,23)%	44 (63,76)%	25 (36,23)%	0,624	-		
Pergunta_72	50 (72,46)%	19 (27,53)%	46 (66,66)%	23 (33,33)%	0,659	-		
Pergunta_73	35 (50,72)%	34 (49,27)%	40 (57,97)%	29 (42,02)%	0,622	-		
Pergunta_74	63 (91,3)%	6 (8,70)%	63 (91,3)%	6 (8,70)%	0,410	-		

conclusão.

A concordância das respostas do teste com as do reteste (estabilidade) nas subescalas, foi verificado pelo cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC).

Tabela 10 - Valores do Coeficiente de Correlação de Intraclasses entre os escores dos alunos no teste e reteste, Ribeirão Preto. 2016

	Teste - Reteste das subescalas po ICC					
Subescalas	ICC	IC 95%		Р		
Conceitos de Enfermagem Forense	.559°	0,296	0,725	0,000		
Situações Forenses	.630°	0,407	0,770	0,000		
Vestígios Forenses	.733°	0,570	0,835	0,000		
Comunicação e Documentação em Ciências Forenses	.786°	0,637	0,871	0,000		
Cuidados de Enfermagem Gerais	.577°	0,299	0,743	0,000		
Preservação de Vestígios Forenses	.760°	0,606	0,853	0,000		
Score Global de Conhecimento	.767°	0,587	0,863	0,000		

Os dados apontam que foi considerada moderada tal concordância para as subescalas Conceitos de Enfermagem Forense, assim como para Cuidados de Enfermagem Forense; no entanto, o ICC foi considerado bom ou substancial para Situações Forenses, Vestígios Forenses, Comunicação e Documentação em Enfermagem Forense e Preservação de Vestígios Forenses. O valor total global do ICC foi de 0,767 considerado também bom ou substancial. (Tabela 8). Valores mínimos de 0,70 são considerados satisfatórios (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Acima de 0,61 tais valores podem ser considerados bons ou substanciais (McDOWELL; NEWEEL, 1996).

#### Validade – multitraço multimétodo

Diante da análise MAP, apreende-se resultados insatisfatórios para a validade discriminante e convergente do instrumento, com baixa correlação dos itens em relação à sua respectiva dimensão, com exceção das subescalas Situações Forenses e Vestígios Forenses, . A Tabela 11 mostra os valores diante da análise MAP.

	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala
ITEM	1	2	3	4	5	6
P01	07*	.07	.04	.01	.02	.14
P02	.07*	.03	.12	.04	.07	.02
P03	.16*	.04	.06	.21	.09	.01
P04	.12*	03	03	.05	.08	04
P05	.19*	.10	.28	.13	.12	.01
P06	.12*	.02	.04	.17	.17	.09
P07	.22*	04	.05	.05	06	03
P08	.12*	.07	.08	.08	.14	.05
P09	.38*	.09	.15	.21	.15	03
P10	.14*	03	02	.28	.18	.21
P11	.10	.26*	.09	.13	.10	.03
P12	11	.36*	.19	.05	.20	.07
P13	.06	.41*	.11	05	.10	.06
P14	.04	.45*	.15	01	.14	.10
P15	.05	.19*	.07	.11	.12	.04
P16	.05	03*	.22	.11	.07	.03
P17	03	.34*	.15	.09	.07	.10
P18	.04	.30*	.14	.00	.16	.07
P19	.03	.26*	.19	.06	.10	.10
P20	.15	.33*	.18	.18	.18	.04
P21	.10	.43*	.19	.00	.18	.04
P22	.05	.31*	.20	.05	.07	02
P23	.12	.22	.30*	.27	.26	.17
P24	.15	.11	.48*	.12	.11	.12
P25	.05	.11	.26*	.13	.15	.09
P26	.21	.04	.43*	.23	.15	.03
P27	.20	.24	.51*	.17	.19	.14
P28	.11	.18	.30*	.17	.20	.20
P29	.06	.15	.20*	.12	.19	.03
P30	.05	.20	.31*	.23	.19	.12
P31	.04	.18	.19*	.07	.00	.11
P32	.15	.18	.29*	.21	.13	.06
P33	.08	.19	.38*	01	.11	.01
P34	.02	.26	.53*	.13	.22	.04
P35	.11	.04	.13	.34*	.15	.18
P36	.07	09	01	.12*	.00	04
P37	.17	.15	.23	.14*	.18	.12
P38	.22	04	.23	.25*	.29	.16
P39	.26	.10	.22	.40*	.37	.24
P40	.14	.20	.12	.10*	.14	.11
P41	.22	.11	.15	.14*	.12	.08
P42	.01	03	.00	.09*	.00	.08
P43	.07	.14	.12	02*	.03	.03
P44	.18	.05	.15	.27*	.31	.12
P45	.08	.12	.19	07	10*	.04
P46	.11	.20	.04	.33	.06*	.05
P47	.04	.07	01	04	02*	03
P48	.06	.06	.07	.09	.23*	.18
P49	.21	.02	01	.34	.23*	.22
P50	.04	.02	.16	.18	.23 .16*	.07
P50 P51	.04 .19	.09	.16	.16	.18*	.07
1 31	.18	.20	.18	.23	. 10	contin

continua...

	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala	Subescala
ITEM	1	2	3	4	5	6
P52	09	.02	.19	06	.09*	.14
P53	.15	.14	.17	.29	.23*	.22
P54	.18	.12	.10	.10	.08*	.11
P55	.03	03	.05	.05	.12	.08*
P56	.06	.09	.06	.10	.19	06*
P57	12	07	.07	28	22	18*
P58	.08	.04	.08	.08	.14	.12*
P59	.10	04	.07	.15	.07	.04*
P60	.11	.07	.06	.10	.24	.10*
P61	08	.21	.16	.00	.04	.11*
P62	04	15	05	15	16	15*
P63	03	12	05	10	09	02*
P64	.13	.03	.12	.32	.33	.21*
P65	.13	.12	.15	.20	.16	.19*
P66	.12	.16	.07	.15	.17	.21*
P67	.08	.16	.09	.29	.16	.20*
P68	03	.02	.01	.15	.19	.16*
P69	03	.02	08	.13	.02	.04*
P70	.04	.02	.05	.24	.25	.13*
P71	02	02	04	21	10	11*
P72	.14	.10	.03	.31	.21	.03*
P73	12	01	.04	14	12	01*
P74	.12	.19	.12	.06	.05	.04*

conclusão.

Legenda: Subescala 1- Conceitos de Enfermagem Forense; Subescala 2 Situações Forenses; Subescala 3 Vestígios Forenses; Subescala 4 Comunicação e Documentação em Ciências Forenses ;Subescala 5 Cuidados de Enfermagem Gerais Subescala 6 Preservação de Vestígios Forenses ----

Assim, discute-se a não concordância com a proposta teórica do instrumento nesta população; tal fato pode estar relacionado com a complexidade teórica do tema, o que também pode ser verificado pela quase inexistência de instrumentos para se medir tal fenômeno ou área de conhecimento.

Para Tashima (2013) e Pasquali (2010), um instrumento necessita de uma base solida em teorias científicas, pois segundo esses autores, diversos problemas referentes à construção das escalas são devido a deficiência no campo teórico desse determinado tema. É necessário que o construto seja bem definido para facilitar a operacionalização dos itens; neste sentido considera-se que, neste trabalho, os obstáculos e resultados obtidos possam ser decorrentes da inconsistência do conhecimento sobre o tema, da população estudada, bem como do tamanho amostral em relação ao número de itens do questionário.

Tais considerações apoiam-se ainda na tentativa havida, neste estudo, para se realizar analise fatorial exploratória, descartada frente ao não preenchimento das propriedades prévias exigidas para tal análise (adequação do tamanho amostral que no mínimo deveria ser de 370 participantes, ou seja 5 para cada item do instrumento, bem como a análise da correlação entre variáveis), conforme Hair, Anderson e Black (2009).

Este estudo, que teve como objetivo principal validar um instrumento para avaliar o conhecimento de enfermeiros e profissionais de enfermagem sobre práticas de enfermagem forense, a partir dos dados obtidos nas suas distintas etapas metodológicas, revelou que:

#### 1<sup>a</sup> Etapa:

-o processo de adaptação cultural, diante da análise dos juízes, possibilitou ajustes no instrumento visando à equivalência semântica e idiomática para a realidade brasileira, culminando em uma versão avaliada e autorizada elos autores originais.

#### 2<sup>a</sup> Etapa:

- a fase de validação semântica, com 36 estudantes, seguindo os procedimentos adaptados da metodologia do Grupo DISABKIDS®, permitiu a elaboração de um questionário com resultados satisfatórios.
- na avaliação da impressão geral do instrumento, este foi considerado como bom/muito bom por 97% dos participantes, de fácil compreensão por 83%, sem dificuldades de utilização por 72% e relevante por 56%.
- -nesta etapa foram sugeridas alterações predominantemente quanto ao número de itens e avaliação de possíveis repetições.
- -sugeriram ainda acrescentar informações sobre mercado de trabalho e citação de exemplos no instrumento, sugestões essas que não foram acatadas, mas demonstraram dificuldades com o domínio e manejo de tais informações.

#### 3<sup>a</sup> Etapa:

- -diante dos resultados encontrados na análise de propriedades psicométricas, considera-se que o instrumento QCPEF apresenta fidedignidade, confirmada pela na análise do KR-20 (escore global 0,732). Houve variação entre as subescalas sendo a de Preservação de Vestígios Forenses a que apresentou menor escore (0,174), passível de ser atribuído a complexidade do tema. O maior escore foi da subescala Vestigios Forenses (0,720).
- -quanto à reprodutibilidade, verificada pela estatística Kappa 65 itens apresentaram estabilidade no teste e reteste, com variações de modera a substancial para 48 destes itens (kappa > 0,40)
- -ao se avaliar as concordâncias entre as respostas do teste e reteste por meio do ICC

o escore global foi de 0,767, considerado bom ou substancial.

- na validade convergente e divergente, descritas pela Análise Multitraço-multimétodo obteve-se baixa correlação dos itens em relação a dimensão a qual pertencem, com exeção para as subescalas Situações Forenses e Vestigios Forenses. Sugere-se a pertinência de se realizar revisão do construto considerando a população participante e o tamanho amostral empregado.

Os resultados apontam para a continuidade dos estudos com o QCPEF, ampliando-se o número de participantes, para posterior analise fatorial exploratória e, se oportuno, redução de itens, o que poderá proporcionar reorganização da constelação das subescalas.

A continuidade dos estudos justifica-se ainda pela inexistência de similares instrumentos que avaliem o conhecimento sobre Enfermagem Forense.

O desenvolvimento deste estudo permitiu aprofundar o conhecimento a respeito da temática forense, assim como, reforçar a compreensão da necessidade de implementar essa área no currículo acadêmico de estudantes de enfermagem

O conhecimento de práticas de enfermagem forense, assim como a necessidade de formação nessa nova área do conhecimento, torna-se de extrema relevância para os alunos de graduação de enfermagem, assim como para os profissionais que já estão atuando na área.

Muitas vezes, tais profissionais não se sentem preparados ou até mesmo não possuem conhecimento sobre como conduzir um caso de violência.

A violência interpessoal, que traz como vítimas mais frequentes crianças, adolescentes, mulheres e idosos, está enraizada na sociedade brasileira. O Brasil é extenso e possui diversidades culturais, religiosas, sociais, econômicas, o que precisa ser levado em consideração quando propomos que a temática de enfermagem forense seja introduzida na graduação de enfermagem.

Introduzir esse tema na área da saúde e principalmente na enfermagem possibilitará que sejam desenvolvidas ações de planejamento e de empoderamento, estratégias formativas sobretudo sobre preservação de vestígios, ações de promoção e prevenção em saúde que auxiliem as vítimas mais vulneráveis: crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

A realização deste estudo possibilitou um contato mais próximos com os alunos de graduação em enfermagem o que foi fundamental para o êxito do processo de validação do instrumento de mensuração, que retrata um construto subjetivo.

Ainda, consolidou a percepção da necessidade de novos estudos de validação com estudantes com maior formação nesta área, o que poderá contribuir na utilização do instrumento, além de realizar a interlocução com os autores do instrumento objetivando a revisão dos itens, assim como propor um instrumento reduzido.

REFERÊNCIAS $^1$ 

 $<sup>^{\</sup>rm 1}\,\mathrm{De}$ acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABDOOL, N. N. T.; BRYSIEWICZ, P. A description of the Forensic Nursing role in emergency departments in Durban, South Africa. **Journal of Emergency Nursing**, v.35, n.1, p.16-21, 2009.

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.8, p. 84-135, 2002.

AGRESTI, A. Categorical Data Analysis. **Willey Interscience.** New York: John Wiley, 1990.

AGUIAR, R. S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.3, n.2, p.723-731 2013.

ALBUQUERQUE, E. M. Avaliação da técnica de amostragem "Respondent-driven Sampling" na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. 2009. 99f. (Dissertação.de Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro,2009.

ALLEN, B.C.; HOLLAND, P.; REYNOLDS. The effect of bullyingon bournout in nurses: the moderating role of psychological detachement. **Journal Advanced Nursing**, v.71, n.2, p.381-90, 2015.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION, (ANA). Workplace Violence. Georgia 2017.

AMARO M.C.P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M.L. A Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.17, n.3, p.171-180, 2008.

AVANCI, R. C.; FUREGATO, A. R.; SCATENA, M. C. M.; PEDRÃO, L. J. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.1-15, 2009.

BARBOSA, M. F. L. **INTEGRALIDADE: Sentido, construção e aplicação para os técnicos de enfermagem.** '01/11/2009 75 f. Profissionalizante em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: Lincoln de Freitas Filho.

BARRETO, M. M. S. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2006.

BARTMANN, M. Evolução histórica dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem no Contexto Sociopolítico-Econômico do Brasil. **Boletim Técnico do Senac**, v.23, n.2, páginas, 1997.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECHER, J.; VISOVSKY, C. Horizontal violence in nursing. **Medsurg Nursing**; **Pitman**, cidade, v.21, n.4, p 210-3, 232, 2012.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**: Resolução n. 3/2001. Brasília (DF); 2001(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União, Brasília,** Portaria MS/GM, n. 737, de 16 de maio de 2001: DF, n. 96, 2001(b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica.** Informe da Atenção Básica. n.16, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Série B. textos básicos de saúde. Brasília-DF. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes. Prevenção da Violência e Promoção da Cultura de Paz.** Brasília – DF; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília-DF, 2009.

BRASIL, Lei n°12.075, de 07 de agosto de 2009. Dispõe sobre crimes sexuais. Presidência da República Casa civil, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso: 22 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atuação do enfermeiro na atenção básica. **Informe da Atenção Básica,** n. 16, ano III, abril, 2002. Disponível em: <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo\_16.pdf">http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo\_16.pdf</a>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República Casa civil. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/L8069.htm. Acesso: 22 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**, v.48, n.30, p.3-14, 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. Sistema Único de Saúde. Disponível http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20261-saude-divulga-diretrizes-para-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual. Acesso: 22 de novembro de 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Brasília, DF. P.90. 2014.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Mapa da Violência 2015. **Mortes Matadas por Arma de Fogo**. Brasília, p.1-112. 2005.

BORDIGNON. M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da enfermagem : um olhar as consequências. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.69, n.5, 996-999, 2016.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, v. 22, n.53, p.423-432, 2012.

BOUHAIDAR, R.; RUTTY, J. E.; RUTTY, G. N. Forensic web watch - forensic nursing. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, v.11, p. 220-222, 2004.

BRASÍLIA, Câmara Legislativa do Distrito Federal. **Violência no Trabalho: Reflexões, Conceitos e Orientações**. Núcleo de Estudos e Ações sobre Violência no Trabalho. Brasília: CLDF, 2008, p.38.

BRESSINGTON, D.; STEWART, B.; BEER, D.; MACINNES, D. Levels of service user satisfaction in secure settings - a survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. **International Journal of Nursing Studies**, v.48; 11:1349-1356; 2011.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. Nursing Interventions Classifications. Sexta Edição. Elsevier, Mosby. 2016, p.439.

CAMPBELL, R; PATTERSON, D; LICHTY, L. The effectiveness of sexual Assault Nurse Examiner (Sane) Programs. A review of pchological, Medical, Legal and Commuty Outcomes. **Trauma Violence Abuse**, v.6; n.4, p.313-29, 2005.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; OLAYA, H.; BATISTA, F.; NICOLATO, P. Título do artigo. **Atlas da Violência.** Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609\_atlas\_da\_violencia\_2017.pdf. Acesso em: 22 de novembro de 2017.

CEZAR, E.S; MARZIALE, M.H.P. Violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar. **Caderno. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.217-221, 2006.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n.3. p.345-8, 2005.

COELHO, M.; CUNHA, M.; LIBÓRIO, R. Knowledge Questionnaire over Forensics Nursing Practices. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v.217, p.1089-1097, 2016.

COELHO, M. A. A. Impacto da formação em ciências forenses. 2013. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, 2013.

COFEN, 2011. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional

- Resolução Nº 389, de 18 de outubro de 2011, **Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais.** Conselho Federal de Enfermagem, Brasília DF Nº 202 20/10/11 Seção 1 p.146.
- COFEN, 2017. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional Resolução Nº 0556/2017, de 15 de fevereiro de 2012, **Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais.** Conselho Federal de Enfermagem, Brasília DF Nº 421, p.1-10.
- COHEN, J. A. Coefficient of Agreement for Nominal Scales. **Educational and Psychological Measurement**, v.20, n.1, p.37-46, 1960.
- CONSTANTINO, R. E. Forensic Nursing: A Milieu Toward Collaboration. **STTI Biennial Convention.** Disponível em: http://hdl.handle.net/10755/307855. Acesso em: 22 de novembro de 2017.
- CUCU, A.; DANIEL, I.; PADURARU, D.; GALAN, A. Forensic nursing emergency care. **Romanian Society of Legal Medicine**, v.22, p.133-136, 2014.
- CUNHA, C. M.; NETOB, P. A.; STACKFLETHC, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.14, n.47, p.75-83, 2016.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G.; Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, suppl., p.1.163-1.178, 2006.
- DANTAS. R. A. S. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. (Tese de livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista Psiquiatria**, v.25, supppl 1, p.9-21, 2003.
- DEON, K.C.; SANTOS, D. M. S. S.; BULLINGER, M.; SANTOS, C.B. Análise psicométrica inicial da versão brasileira do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module **Revista Saúde Pública,** v.45, n.6, p.1072-8, 2011.
- DEON, K. C.; SANTOS, D. M. S. S.; REIS, A. R.; FEGADOLLI, C.; BULLINGER, M.; SANTOS, C. B. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS®\* Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista Escola de Enfermagem-USP**; 45(2):450-7. 2011.
- DISABKIDS. Translation & Validation Procedure Guidelines and Documentation. **DISABKIDS Group**, 2004. Disponível em: www.disabikds.org. Acesso em: 24 jul 2015.
- DICKINSON, T; WRIGHT, K. M. Stressand burnout in forense mental health nursing: a literature review. **British Journal.Nursing**, v.17, n.2, p.82-87, 2008.

EDUARDO. A. H. A. Propriedades psicométricas da versão brasileira do questionário Quality of recovery-40 itens. (**Tese de Doutorado**). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

**Emergency Nurses Association**.. Disponível. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/forensicevidencecollection.pdf?sfvrsn=68f89618\_10. Acesso dia 22 de novembro 2017.

ESTEVES, R. B.; LASIUK, G. C.; CARDOSO, L.; Kent-Wilkinson, L. Toward the Establishment of a Forensic Nursing Specialty in Brazil: An Integrative Literature Review. **Journal of Forensic Nursing**, v 10, n.4, p.189-198, 2014.

FAYERS, P. M, MACHIN D. Quality of life assessment, analysis and interpretation. England. John Wiley & Sons Ltda, 2000.

FEGADOLLI, C. REIS, R. A. MARTINS, S. T. A. BULLINGER, M. SANTOS, C. B. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil.** Recife, v.10, n.1, p.95-105, 2010.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FLUTERT, F., MEIJEL, B. V., NIJMAN, H. Detached concern of Forensic Mental Health Nurses in Therapeutic Relationships with patients: the application of the Early Recognition Method related to detached concern. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.24, n.4, p.266-274, 2010.

FREEDBERG, P. Integrating forensic nursing into the undergraduate nursing curriculum: a solution for a disconnect. **Journal of Nursing Education**, v.47, n.5, p.201-8, 2008.

FUZISSAKI, M. A. Elaboração e validação de um instrumento para identificação da prática de enfermeiros relacionada ao manejo e à prevenção de radiodermatites. (**Dissertação de Mestrado**) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GARBIN, C.A. S.; DIAS, I.A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A.J.I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, 2015.

GOMES, A. Enfermagem Forense. **Editora Lidel.** Lisboa Portugal. v, 1. p, 1-330. 2014.

GOMES. L. B. BOSSARDI. C. N. CRUZ. R. M. CREPALDI. M. A. VIEIRA. M. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação do envolvimento paterno: revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**, v.13, n.1, p.19-27, 2014.

- GONCALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**. vol.18, n.1, pp.315-319. 2002.
- GONÇALO, R. Eficácia de uma Intervenção Estruturada de Enfermagem Forense realizada a Estudantes de Enfermagem. (**Dissertação de Mestrado**). Instituto politécnico de Leiria escola superior de saúde de Leiria, Portugal, 2016.
- GOUVEIA, V. V.; LIMA, T. J. S. L.; GOUVEIA, R. S. V.; FREIRES, L. A. BARBOSA, L. H. G. Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.375-384, 2012.
- GUEDES, R. N; SILVA, A. T.M. C; FONSECA, R. M. G.S. A Violência de Gênero e o Processo Saúde-Doença das Mulheres. **Revista Anna Nery de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.13, n.03, p.625-631, 2009.
- GUILLEMIN F, BOMBARDIER C, BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal Clinical Epidemiology**. v.46, n.12, p.1417-32, 1993.
- HAIR, J.; ANDERSON RE, T.R L.; BLACK, W.C. Análise multivariada de dados. **Porto Alegre: Bookman**. 2005.
- HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment, 2005, p.3-38.
- HERDMAN, H.; KAMITSURU, S.; NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017. Décima Edição. Willey Blackel. 2017, p.
- HIGA, R.; MONDACA, A.D.C.A.; REIS, M.J.; LOPES, H,B,M. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, v.42, n.2, p. 377-82, 2008.
- HIRIGOYEN, M. F. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 8ª ed. Rio de Janeiro. Bertrand. 2005.
- IAFN. Para obter informações sobre contato da prática forense de enfermagem global: **A Associação Internacional de Enfermeiros Forense**. Disponível em www.iafn.org, Acesso: 22 em de novembro 2017.
- JARVIS, C. Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 6 ed. 2012
- LANDIS, R. J.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical **Data. Biometrics**, v.33, n.1, p. 159-174, 1977.
- LIBÓRIO, R. P. G. C. Práticas de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes

- de enfermagem. (**Dissertação de mestrado**) Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, 2012.
- LISBOA, C.; KOLLER, S. H.; RIBAS, F. F.; BITENCOURT, K.; OLIVEIRA, L.; PORCIUNCULA, L.P.; DEMARCHI, R.B. Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 345-362, 2002.
- III CONGRESSO IBÉRICO DE MEDICINA LEGAL, 2007, Porto-Portugal. A importância do conhecimento dos profissionais de saúde na preservação de evidências médicos-legais: contributo dos gabinetes médicos legais. Porto-Portugal, Escola Superior de Saúde Dr. Lópes Dias, 2007.
- LYNCH, V. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. **Egyptian Journal of Forensic Sciences**, v.1, n.2, p. 69-76, 2011.
- LYNCH, V. A. Forensic Nursing. Enfermagem Forense. 1st ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby. St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2006.
- LYNCH, V. A.; DUVAL, J. B. Forensic Nursing Science, 2th ed. **Mosby Elsevier**. Missouri, 2010.
- MAGALHÃES. T.; RIBEIRO, C. A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. **Acta Medica Portuguesa.** v, 20. p, 439-445. 2007.
- MARIN. M. J. S.; TONHOM. S. F. R.; MICHELONE. A. P. C.; HIGA. E. F. R; BERNARDO. M. C. M.; TAVARES. C. M. M. Projeções e expectativas de ingressantes no curso de formação docente em educação profissional técnica na saúde. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.221-228, 2013.
- MARCHETTI, C. A., FANTASIA, H.C., MOLCHAN, L. Attitudes of adult/adolescent sexual assault nurse examiners and caring for younger patients. **Journal of Emergency Nursing**, **(online)**, v.40, n.1, p.39-45, 2012.
- MARTINS, G. A. Sobre a confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.
- MATO, E.; PİRES. D. Teorias administrativas e organızação do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.508-14, 2006.
- MAROCO, J.; MARQUES, T. G. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v.4, n.1, p.65-90, 2006.
- MCDOWELL I, NEWEEL C. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Oxford. University Press, 1996.
- MELLO. D. R. B. Violência e a inclusão deste tema nos currículos médicos: Breves reflexões. **Perspectiva Online**, v 4, n.16, p.234-242, 2010.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y.P.; Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.2, p.131-134, 2005.

MILLER, C. L., LEADINGHAM, C., MCKEAN, J. R., MCMANUS, C. Forensic nursing: an emerging competency for contemporary practice. **Teaching and Learning in Nursing**, v.5, n.3, p. 98-103, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violence for All. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 65-78, 1993.

MOREIRA. M. C. N. İmagens no Espelho de Vênus: Mulher, Enfermagem e Modernidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.1, 1999.

MONTEIRO, A. R. M. Saúde Mental Como Tema Transversal no Curriculo de Enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v.56, n.4, p.420-423, 2003.

MORAES, M. M. C. KUENZER, A. Z. Temas e Tramas na Pós-Graduação. **Educação Sociedade**. Campinas, v.26, n.93, p.1341-1362, 2005.

MOREIRA, S. N. T.; GALVÃO, L.L.L.F.; MELO, AZEVEDO. G. D. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, cidade, v.42, n.6, p.1053-9, 2008.

MOURA, L. B.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A.M.N.; PRATESE, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.6, p.944-953, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). **Violence Occupational Hazards in Hospitals**. Pub 155. 2013. Disponível em: https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training\_nurses.html. Acesso: 22 de novembro.

NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.201-214, 1991.

NUNES, D. S.; RANGEL, P. S. O.; NUNES, C. R. Síndrome de Bournout e sua relação com a enfermagem. **Multiplos @cessos**, v.1, n.03, p.25-33, 2016.

OLIVEIRA, M.; BATISTUTA, A.; BALARINI, A.B.F.B. MARQUES, L.A.S.; PASIAN, S.R. Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. **Psico-USF**, Itatiba, v.16, n.3, p.367-381, 2011.

OLIVEIRA. M.L.C.; GOMES, A.C.G.; AMARAL, C.P.M. SANTOS, L.B. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira. Geriatria. Gerontologia.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.555-566, 2012.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. N.; Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v 17, n. 4, p.22-34, 2008.

OLIVEIRA, C. C.; SANTINI, M. A. A.; MORITA, I.; Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Brasileira. Educação. Médica, Rio de Janeiro, v.35, n.3, p.412-420, 2011.

OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M; MOURA, A. A. V. M.; KOSSEL, K. V.; MORELLI, K.; BOTELHO, L. F. F.; STOIANOV, M.; Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.376-382. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359\_por.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). Relatório Mundial Sobre Violência a Prevenção da Violência 2014. **Traduzido por Núcleo de Estudos da Violência da** Universidade de São Paulo, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Violência y salud: resolución no XIX. Washington, 1994.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). **Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers**. 2015. Disponível em: https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf

PASQUALI L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IABAPP. 1999.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43 (Esp), p.992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.** Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PELLEGRINO. F. M. Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e auto eficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulantes. (**Tese de Doutorado**). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

PIRES, A. L.D.; MIYAZAKI, M. C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde **Arquivos de Ciência Saúde**, v.12, n.1, p.42-9, 2005.

- PILISUK, M.; ZAZZI. J. Toward a Psychosocial Theory of Military and Economic Violence in the Era of Globalization. **Journal of Social Issue**, v.62, n.1, p. 41-62. 2006.
- POWER C. Domestic violence: what care nurse do? **CPI,** September 2011. Disponível: <a href="https://www.crisisprevention.com/Blog/September-2011/Domestic-Violence-What-Can-Nurses-Do Acesso em: 22 de novembro de 2017.">https://www.crisisprevention.com/Blog/September-2011/Domestic-Violence-What-Can-Nurses-Do Acesso em: 22 de novembro de 2017.</a>
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Avaliação de Evidências para Práticas da Enfermagem. 7ª ed. **Artmed.** Porto Alegre. p, 670. 2011
- RIBEIRO, F. Motivação e aprendizagem em contexto escolar. PROFFORMA, **Porto Alegre**. n.3, p.1-5, 2001.
- RIBEIRO, G.P.O. Eficácia de uma Intervenção Estruturada de Enfermagem Forense realizada a Estudantes de Enfermagem. (**Dissertação de Mestrado**). Instituto politécnico de Leiria. Escola superior de saúde de Leiria. Leiria, Portugal, 2016.
- RIVIELLO, R.J. Manual of Forensic Emergency Medicine: A Guide for Clinicians. 1ª Edição. Sudbury. 2010
- ROBERTSON, P.; BARNAO, M.; WARD, T. Rehabilitation frameworks in forensic mental health. **Aggression and Violent Behavior**, v. 16, n.6, p.472-484, 2011.
- SA, L.; FLEMING, M. BULLYING. Burnout, and Mental Health amongst Portuguese Nurses. **Issues in Mental Health Nursing**, v.29, n.4, p.411-426, 2008.
- SANTOS, M.S.S.; DEON, K.; C; BULLINGER, M.; SANTOS, C. B. Validade do instrumento DISABKIDS® Módulo Fibrose Cística para crianças e adolescentes brasileiros. **Revista Latino-Americana. Enfermagem**, v.22, n.6, p.819-825. 2014.
- SANTOS. S. S. C. Currículos de Enfermagem do Brasil e as Diretrizes Novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.4, p.361-364, 2003.
- SAVIANI N. Saber escolar, currículo e didáctica: problemas de unidade conteúdo/método. 4 ed. Campinas, SP, 2003.
- SCHWANCK. R. H.; PAULETTI. G.; ZORZO. J. A. T.; GOMES. V. L. O. A percepção de formandos de enfermagem acerca da violência contra a criança. **Cogitare Enfermagem**, Botucatu, v.10, n.2, p. 41-46, 2005.
- SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇAJÚNIOR, I.; PINHO, A.A.; Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, v.36, n.4, p.:470-7, 2002.
- SHERIDAN-LEOS, N. Understanding Lateral Violence in Nursing Clinical Journal of Oncology Nursing. Pittsburgh, v.12, n.3, p.399-403, 2011.
- SILVA, K. B.; SILVA, R. C. Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer.

Cogitare Enfermagem, Botucatu, v.14, n.3, p.564-8, 2009.

SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. **Statistical Methods. Sixth Edition**. Iowa: The Iowa State University Press, 1972.

SOARES, L. E. Segurança pública: presente e futuro. In: Estudos Avançados, 2006.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N. M. C. GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Brasília, v 26, n. 3, p.649-659, 2017.

SQUINCA. F.; DINIZ. D.; BRAGA. K. Violência sexual contra a mulher: um desafio para o ensino e a pesquisa no Brasil. **Revista Bioética**, v.12, n.2, 2004.

STEADMAN, H. J.; COCOZZA, J. Psychiatry, Dangerousness and the Repetitively Violent Offender. **Journal of Criminal Law and Criminology**. v, 69. n, 2. 1978

STERMAC L. E; STIRPE T. S. Efficacy of a 2-year-old sexual assault nurse examiner program in a Canadian hospital. **Journal Emergency Nurse**. v 28 n 1. P,18-23. 2002.

STREINER, D.L; NORMAN, G.R. Health measurement scales. **A practical guide to their development and use.** 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford, 1989.

TAPIA. C. L. V.; ANTONIASSI, L. J.; AQUINO. J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v.1, n.1, p. 93-102, 2014.

TASHIMA, J. N. Tradução e adaptação da Escala de Potencial de Ajustamento Intercultural para a realidade brasileira. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.18, n.3, p. 479-490, 2013.

VELASCO, H; DÍAZ, R. A. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Coleccion Estrcturas Y Procesos. Serie Antropologia. Madrid: Trotta, 1997.

VIEIRA, A.S.; GARRET, J.M. Understanding interobserver agreement: the Kappa statistic. **Family Medicine-STFM**, v.3, n.5, p.360-3. 2005.

VILLELA, W.V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.471-475, 2007.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência. **Homicídios por arma de fogo no Brasil**. 2016. Disponível:

http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016\_armas\_web.pdf. Acesso: 22 de novembro de 2017.

ZALUAR, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo em Perspectiva**, v.13, n.3, 1999.

# ANEXO 1 - Folha de Impressão Geral\*

Identificação:	
Código: Data:	
1.O que você achou do nosso questionário	☐ muito bom
em geral?	
	□ bom
	□ regular / mais ou menos
2. As questões são compreensíveis?	☐ fáceis de entender
Se não, quais questões:	□ às vezes, difíceis
	□ não compreensíveis
3.E sobre as categorias de resposta?	□ nenhuma / sem dificuldade
Você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	□ algumas dificuldades
	□ muitas dificuldades
4.As questões são relevantes para a sua condição de saúde?	□ muito relevante
condição de sadde:	□ às vezes relevante
	□ sem / nenhuma relevância

Obrigada por sua colaboração!

Original de DISABIKDS® (DEON et al., 2011; SANTOS et al., 2014)

# ANEXO 2- Formulário de Validação Semântica\*

Subescala – Conceito de En	Subescala – Conceito de Enfermagem Forense							
Identificação:								
Código:	Data:							
Por favor, marque um espaço	o e preencha-o.							

Iter	n			Você t dificul para entend essa questá	dade der	respos	tas laras e tentes ordo)	Como você falaria/expressaria isso?	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas	Sim	Às	Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	se repetem (Verdadeiro / Falso)		vezes						
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Obrigada por sua ajuda!

<b>Subescala</b> – Situaç	ções Forenses	
Identificação:		
Código:		

Por favor, marque um espaço e preencha-o.

Item		Isso é relevante para a sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		falaria/expressaria	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas			Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	se repetem		vezes						
	(Verdadeiro / Falso)								
11	1 4100)								
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									

Obrigada por sua ajuda!

Subescala – Vestigios Forenses		
Identificação:		
Código:	Data:	_
Por favor, marque um espaço e p	reencha-o.	

Item		Isso é relevante para a sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		falaria/expressaria	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas			Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	se repetem		vezes						
	(Verdadeiro /								
23	Falso)								
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									

Obrigada por sua ajuda!

Subescala – Comunicação e Documenta	içao em Ciencias Forenses
Identificação:	
Código:	_Data:
Por favor, marque um espaço e preencha	à-O.

Item		Isso é relevante para a sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		falaria/expressaria	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas	Sim	Às	Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	se repetem (Verdadeiro /		vezes						
	Falso)								
35	1 4130)								
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									

Obrigada por sua ajuda!

Subescala – Cuidados de Enfermagem Gerais									
Identificação:									
Código:	Data:								
Por favor, marque um espaço	e preencha-o.								

Item		Isso é relevante para a sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		falaria/expressaria	Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas	Sim	Às	Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	se repetem (Verdadeiro /		vezes						
	Falso)								
45	1 4130)								
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54								_	

Obrigada por sua ajuda!

Data:	
e preencha-o.	

Item		Isso é relevante para a sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		estão claras e consistentes (de acordo) com a questão?		Como você falaria/expressaria isso?	suas palavras, o que essa questão significa para você?
N°	As respostas se repetem	Sim	Às vezes	Não	Sim	Sim	Não	Reformulação	Descrição
	(Verdadeiro / Falso)		Vezes						
55	,								
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70						-			
71 72									
73									
74									
74									

Obrigada por sua ajuda!

# Anexo 3- Aprovação do Estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa.



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfern

#### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Riboirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP - 133/2015

Ribeirão Preto, 3 de setembro de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 24 de agosto de 2015.

Protocolo CAAE: 47673615.4.0000.5393

Projeto: Adaptação Cultural e propriedades psicométricas do Questionário de

Conhecimento sobre Prática de Enfermagem Forenses (QCPEF)

Pesquisadores: Emilia Campos de Carvalho

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra. Profa. Dra. Emilia Campos de Carvalho Departamento de Enfermagem Geral e Especializada Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP