



PROCEDIMENTOS DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA
MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR NA INVESTIGAÇÃO
CRIMINAL DO HOMICÍDIO

NUNO BASTOS COELHO

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses

2017



PROCEDIMENTOS DAS EQUIPAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR NA INVESTIGAÇÃO CRIMINAL DO HOMICÍDIO

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina Legal
e Ciências Forenses submetida à Faculdade de Medicina de Coimbra

Autor: Nuno Afonso Rebocho Bastos Coelho

Orientador: Prof.º Doutor Francisco Corte-Real

Coorientador: Dr. Carlos Farinha

Coimbra, junho de 2017

NO GREATER HONOUR WILL EVER BE BESTOWED ON AN OFFICER, OR A MORE PROFOUND DUTY IMPOSED ON HIM, THAN WHEN HE IS ENTRUSTED WITH THE INVESTIGATION OF THE DEATH OF A HUMAN BEING. IT IS DUTY TO FIND THE FACTS, REGARDLESS OF COLOUR OR CREED, WITHOUT PREJUDICE, AND TO LET NO POWER ON EARTH DETER HIM FROM PRESENTING THESE FACTS TO THE COURT WITHOUT REGARD TO PERSONALITY

Anonymous

(frase retirada de um vitral da seção de homicídios da PJ - Lisboa)

AGRADECIMENTOS

Para se concretizar um trabalho através de pesquisa bibliográfica, trabalho de campo e cerca de 7500 quilómetros percorridos, são necessários contributos de várias pessoas. Umhas de cariz familiar, pessoal, profissional e outras de natureza académica. Sem elas o trabalho não seria com certeza exequível. Deste modo, gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas elas.

As primeiras palavras de agradecimento vão para o meu orientador, Professor Doutor Francisco Corte-Real, que me acompanhou ao longo deste percurso, pela sua disponibilidade, estímulo e pelas suas ideias que me guiaram na execução deste trabalho.

Ao meu coorientador Dr. Carlos Farinha, por facilitar todo o trabalho de campo, que foi fundamental para a concretização do estudo.

À Direção da Diretoria de Lisboa e Vale do Tejo da Polícia Judiciária, que autorizou a realização do trabalho, bem como o acesso aos dados necessários para a sua execução.

À 1.^a Seção da Diretoria de Lisboa e Vale do Tejo – Homicídios – 1.^a, 2.^a e 3.^a brigada, através da Exma. Sra.^a Coordenadora, Inspetores-chefes e inspetores(as), pela sua disponibilidade, colaboração nas entrevistas realizadas, pelo apoio no local de crime, bem como na transmissão das suas vivências profissionais, as quais foram extremamente importantes para o trabalho.

Ao Laboratório de Polícia Científica da Polícia Judiciária – Setor do Local do Crime – pelos vários contactos telefónicos realizados aquando da existência de uma suspeita de homicídio, permitindo que me deslocasse ao local de crime, e pudesse efetuar em tempo real, a observação dos procedimentos dos intervenientes, imprescindíveis à análise dos factos no âmbito deste trabalho.

Aos amigos da investigação criminal da Escola da Polícia Judiciária com quem trabalho diariamente, que, através dos seus relatos e com o seu saber, me foram ensinando o que é ser um inspetor da Polícia Judiciária e a investigação criminal.

À minha mãe e aos meus filhos, que estiveram ao meu lado, dando apoio e incentivo, fundamentalmente por acreditarem em mim e pelas horas que deixei de lhes dedicar.

Por fim, mas não menos importante: Rute, TUDO te devo. Obrigado!

SIGLAS

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVP - Cruz Vermelha Portuguesa

DGS - Direção Geral de Saúde

DLVT - Diretoria de Lisboa e Vale do Tejo

EPH - Emergência Médica Pré-Hospitalar

GNR - Guarda Nacional Republicana

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

LPC - Laboratório de Polícia Científica

OPC - Órgão de Polícia Criminal

PIC - Polícia de Investigação Criminal

PJ - Polícia Judiciária

PSP - Polícia de Segurança Pública

RASI - Relatório Anual de Segurança Interna

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

TAE - Tripulantes de Ambulância de Emergência

TAS - Tripulantes de Ambulância de Socorro

TAT - Tripulantes de Ambulância de Transporte

VMER - Veículo Médico de Emergência e Reanimação

RESUMO

A necessidade de (in)formação dos profissionais de saúde da emergência médica pré-hospitalar, que no exercício da sua profissão se veem frequentemente envolvidos com vítimas de crime violento, no caso em concreto de homicídio, foi a força motriz para que este projeto tomasse forma.

Por outro lado, vai ao encontro das necessidades da investigação criminal, que, em locais onde ocorre este tipo de crime, se confronta com a contaminação ou destruição dos vestígios, devido aos procedimentos efetuados pelas equipas de emergência médica pré-hospitalar na prestação de socorro às vítimas.

Na maioria dos casos onde existe suspeita de homicídio, este crime é detetado e comunicado à Polícia Judiciária¹ por terceiros, sendo muitas vezes a equipa de emergência médica o primeiro interveniente institucional a chegar ao local e a interagir com a vítima.

Poder-se-á aqui aplicar o “*princípio das trocas*”² de Locard, onde é evidenciada a ideia de que qualquer contacto entre duas superfícies implica inevitavelmente uma permuta de substâncias ou de efeitos, isto é, não só o criminoso deixa no local vestígios e transposta consigo vestígios do local e/ou da vítima, mas também são inevitáveis as interações que ocorrem com as equipas normalmente acionadas em crimes de homicídio, como é o caso da emergência médica pré-hospitalar e o local e/ou a vítima. O presente trabalho procura centrar-se na atuação do interveniente institucional - serviço de emergência médica - bem como a sua interdependência com a investigação do crime de homicídio.

Observando *in loco* essa atuação, procurar-se-á correlacionar os procedimentos de ambos, verificando os pontos de convergência/divergência em relação à preservação dos vestígios, e ainda, criar um conjunto de linhas orientadoras na abordagem ao local de crime para a equipa da emergência médica pré-hospitalar.

Desta forma, tem como objetivo encontrar o equilíbrio entre o exercício da sua missão, que constitui uma prioridade absoluta e incontornável - salvar vidas -, e a preservação de vestígios, essenciais à investigação criminal com vista à reconstituição do crime, à recolha de prova material, permitindo o apuramento da verdade.

Palavras-chave: Pré-Hospitalar; Vestígio; Homicídio; Investigação Criminal; Cadeia de Custódia.

¹ Crimes da competência reservada da Polícia Judiciária, cf. art.º 7.º, n.º 2, al. a) do Decreto-Lei n.º 49/2008 de 27 de agosto.

² (*Locard exchange principle, ou Locard's theory*) foi apresentado em 1925 pelo médico e jurista francês, Edmond Locard (1877-1966), (Judiciária,2009:63).

ABSTRACT

The uncompleted knowledge and training of health professionals on pre-hospital medical emergency, who are frequently involved with victims of violent crime, in particular of homicide, was the driving force to start this study project.

This study also meets the needs of criminal investigation staff, which in places where this type of crime occurs, has to deal with contamination issues or destruction of traces, due to the procedures accomplished by the teams of pre-hospital medical emergency on providing assistance to victims.

In most cases, where there is suspicion of homicide, this type of crime is detected and reported to *Polícia Judiciária*³ by third parties and, most times, it is the medical emergency team the first institutional actor to arrive to the scene and to interact with the victim.

We can apply here the Locard's *principle of exchange*⁴, where the idea that any contact between two surfaces implies an exchange of substances or effects, i.e., not only the criminal leaves traces in the local but he/she also transports traces from the local and/or from the victim. The interactions that occur among the teams usually powered for crimes of homicide are inevitable, as it is the case of the pre-hospital medical emergency and the local and/or the victim.

This essay seeks to focus on the performance of the institutional actor - medical emergency service – as well as on its interdependence with the investigation of homicide.

Watching this performance *in loco*, the objective is to establish a correlation between both procedures, checking the points of convergence and/or divergence, in relation to the preservation of traces and, yet, to create a set of guidelines for the approach to the crime scene by the pre-hospital medical emergency team.

So, another objective is to find out the balance between the exercise of its mission, which has an absolute and unavoidable priority – to save lives – and the preservation of traces, fundamental to criminal investigation, aiming at the crime reconstruction, gathering of material evidence, in order to validate the checking of truth.

Key-words: Pre-hospital; trace; homicide; criminal investigation; chain of custody.

³ Crimes of the reserved competence of *Polícia Judiciária*. *Decreto-Lei* n. 49/2008 of the 27th august.

⁴ (Locard exchange principle, or Locard's theory) presented in 1925 by the French doctor and lawyer, Edmond Locard (1877-1966), (*Judiciária*,2009:63).

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Presença da equipa de Emergência Médica Pré-Hospitalar
- GRÁFICO 2 - Primeiros intervenientes institucionais a chegar ao local do crime
- GRÁFICO 3 - Contacto para o Órgão de Polícia Criminal ao local do crime
- GRÁFICO 4 - Cheiro(s) característico(s) no local do crime
- GRÁFICO 5 - Janelas e/ou portas abertas e/ou arrombadas no local do crime
- GRÁFICO 6 - Presença de pessoas no local do crime
- GRÁFICO 7- Presença de automóveis no local de crime
- GRÁFICO 8 - Foto documentação no local do crime
- GRÁFICO 9 - Manipulação da vítima, alterando a sua posição
- GRÁFICO 10 - Manobras de reanimação à vítima
- GRÁFICO 11 - Interação com objetos no local do crime
- GRÁFICO 12 - Manipulação das peças de roupa da vítima – (Rasgar)
- GRÁFICO 13 - Manipulação das peças de roupa da vítima – (Retirar)
- GRÁFICO 14 - Presença da possível arma/instrumento do crime
- GRÁFICO 15 - Presença de invólucros de munições e/ou projéteis no local do crime
- GRÁFICO 16 - Administração de fármacos à vítima
- GRÁFICO 17 - Drenagem de fluidos à vítima
- GRÁFICO 18 - Presença da equipa da Emergência Médica Pré-Hospitalar após a verificação do óbito
- GRÁFICO 19 - Presença de material da equipa de Emergência Médica Pré-Hospitalar no local após se retirarem
- GRÁFICO 20 - Presença de material da equipa de Emergência Médica Pré-Hospitalar na vítima após se retirarem

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Homicídios voluntários consumados

QUADRO 2 - Inquéritos entrados na Diretoria de Lisboa e Vale do Tejo – 1.^a Secção,
no período de 2014/2016

QUADRO 3 - Meios utilizados para a prática de homicídio em 2016

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Organograma da Polícia Judiciária

FIGURA 2 - Classificação dos vestígios

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	CAPÍTULO I – Quadro Teórico	3
1.	INEM em Portugal – Breve Caracterização	3
1.1.	Modelos de Emergência Médica Pré-Hospitalar	6
1.1.1.	Subsistemas e Meios	7
1.2.	Sistema Integrado de Emergência Médica	9
2.	Policia Judiciária	
2.1.	Breve Contextualização Histórica	12
2.2.	Definição, Missão e Competências	13
2.3.	Estrutura Organizacional	14
3.	Vestígios	
3.1.	Definição	15
3.2.	Classificação	17
3.3.	Cadeia de Custódia da Prova	19
4.	Investigação Criminal	20
4.1.	O crime de Homicídio	21
4.2.	Crime de Homicídio em Portugal – Resolução e realidade numérica	23
4.3.	A Equipa de cena de crime	26
4.4.	O Local de crime	28
5.	Procedimentos da Emergência Médica Pré-Hospitalar	31
5.1.	Abordagem à Vítima	32
6.	Preservação dos vestígios pela equipa de EPH no Local de Crime	35
III.	CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA	41
1.	Fase empírica ou verificação	42
2.	Recolha de dados	42
3.	Tratamento estatístico	45
3.1.	Organização da informação	45
3.2.	Apresentação, análise e interpretação da informação	46

4. Análise e interpretação da Grelha de Observação	47
5. Análise interpretativa dos resultados	54
6. Conclusão.....	73
7. Sugestões	77
IV. BIBLIOGRAFIA	79
V. ANEXOS	
ANEXO I - Evolução Histórica da Emergência Médica em Portugal	
ANEXO II - Guião das entrevistas	
ANEXO III - Autorização para a realização das entrevistas	
ANEXO IV - Consentimento informado	
ANEXO V - Transcrição de uma entrevista	
ANEXO VI - Matriz das entrevistas	
ANEXO VII - Grelha de Observação	
ANEXO VIII - Registo de uma observação registada na Grelha	
ANEXO IX - Algoritmo de abordagem à vítima – TAE	
ANEXO X - Algoritmo de avaliação primária da vítima – TAE	
ANEXO XI - Algoritmo de avaliação secundária da vítima – TAE	
ANEXO XII - Algoritmo de abordagem à vítima – Médicos e Enfermeiros	
ANEXO XIII - Algoritmo de avaliação primária da vítima – Médicos e Enfermeiros	
ANEXO XIV - Algoritmo de avaliação secundária da vítima – Médicos e Enfermeiros	
ANEXO XV - <i>Guideline</i> de SAV	
ANEXO XVI - Ficha de observação médica VMER (frente)	
ANEXO XVII - Ficha de observação médica VMER (verso)	
ANEXO XVIII - Verificação de cenário com existência de cadáver	
ANEXO XIX - Telephonic Triage and Counseling System (TETRICOSY®)	
ANEXO XX - Zonas de Corte da Roupa com Tesouras em Trauma	
ANEXO XXI - Área Territorial e de ação da Secção de Homicídios da DLVT	
ANEXO XXII - <i>Flyer</i> de <i>WorkShop</i> sobre Crimes de Cenário	

INTRODUÇÃO

A Emergência Médica Pré-Hospitalar (EPH) tem como função principal a prestação do socorro às vítimas fora do âmbito hospitalar. Fazendo estas equipas parte ativa do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)⁵ é quase sempre, a primeira equipa institucional a chegar ao local de um crime. Por este motivo, devem estas estar sensibilizadas e aptas, para a preservação de vestígios que se encontram no local e na vítima.

A preservação dos vestígios é um meio para a EPH cooperar com a investigação criminal, com a Justiça e com a Sociedade no apuramento da verdade.

O objetivo deste estudo é perceber quais os procedimentos da equipa de EPH, que, no local de crime, poderão contribuir para a preservação dos vestígios, ou pelo contrário, quais os procedimentos que através das suas práticas de socorro, vão contaminar/destruir esses mesmos vestígios.

Para atingir o objetivo pretendido estruturou-se o trabalho em quatro partes. Na primeira parte apresentamos a fase conceptual; na segunda a metodologia; na terceira a apresentação e interpretação dos dados recolhidos; e por fim, na quarta parte a conclusão e sugestões.

Por conseguinte, na primeira parte deu-se a conhecer o Estado da Arte, fundamentando-a com recurso a pesquisa bibliográfica, consulta de sítios na *Internet* e *Intranet* da Polícia Judiciária (PJ), acerca dos procedimentos da EPH e da atuação da equipa de investigação da PJ no local de crime de homicídio.

Faz-se ainda, nesta primeira parte, uma breve caracterização do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM) e da PJ.

Na segunda parte do estudo, explanámos a metodologia utilizada, tipo de estudo e os instrumentos de recolha de dados utilizados.

Nesse sentido, utilizou-se em primeiro lugar a observação direta (*in loco*) no local de homicídio, após contacto via telefone efetuado pelo Sector do Local do Crime do Laboratório de Polícia Científica (LPC) da PJ, e através de uma grelha de observação exclusivamente criada para o efeito, foram registados os procedimentos realizados pelas equipas de EPH, na abordagem à vítima e ao local de crime.

⁵ Ver p. 9

Como segundo instrumento de recolha de dados, optámos pela realização de entrevistas semiestruturadas aos elementos da investigação da PJ, da área dos homicídios da Diretoria de Lisboa e Vale do Tejo (DLVT), na medida em que se entendeu essencial perceber as dificuldades sentidas pelos profissionais da investigação criminal que estão diariamente no “terreno”, no que se refere à alteração dos vestígios.

Na terceira parte, após leituras documentais, procedeu-se à análise de conteúdo, onde se registaram as informações obtidas através da aplicação da grelha de observação (27 observações) e das entrevistas realizadas a três inspetores-chefes e a doze inspetores, visando a correlação da informação obtida através da observação no local.

Por fim, apresentámos a conclusão, os constrangimentos sentidos, bem como se esboçaram sugestões para a elaboração de linhas orientadoras a serem desenvolvidas pelas equipas de EPH, no local de crime de homicídio para a preservação de vestígios.

CAPÍTULO I

1. QUADRO TEÓRICO

Para fundamentar adequadamente a nossa investigação, tal como o oleiro que molda o barro, dando-lhe forma, observando-o, também esta primeira fase do presente trabalho requereu que moldássemos a nossa ideia orientadora, que lhe déssemos forma, fundamentando-a com recurso a pesquisa bibliográfica, consulta de sítios na *Internet* e *Intranet*, pois tal como realça Fortin (1999), esta ideia poderá advir de um processo de observação, revisão bibliográfica, de um conceito, ou ainda de uma aspiração pessoal, remetida para a forma de preocupação de um fenómeno que se pretende estudar.

Objetiva-se então, que, este estudo se apresente bem definido de forma a justificar a pertinência do mesmo, quer a nível académico, quer a nível profissional.

Os temas principais abordados ao longo da primeira parte deste trabalho relacionam-se com a emergência médica em Portugal, no âmbito dos procedimentos praticados pelas equipas de EPH no local de crime de homicídio, na sua relação com a preservação do(s) vestígio(s), bem como, a sua importância para a investigação criminal da PJ.

Assume-se um quadro teórico, que embora proceda de conceitos e definições identificados, não estão todavia articulados entre si no que se refere às práticas do pré-hospitalar e a investigação criminal do homicídio.

1.1 Instituto Nacional de Emergência Médica - Breve Caracterização

O conhecimento progride e em particular o conhecimento que se tem sobre a ciência e a medicina. A evolução é bem visível ao longo das últimas décadas, possibilitando o desenvolvimento de novos equipamentos, a implementação de novas técnicas, a criação de novos fármacos, permitindo assim, uma maior rapidez e eficácia no socorro às vítimas.

Com o surgimento do número de emergência “115”, em 1965, iniciou-se⁶ em Portugal, o socorro pré-hospitalar, que tinha como objetivo final a prestação de socorro às vítimas de acidentes na via pública na cidade de Lisboa.

Após ativado o “115”, imediatamente era colocado em marcha uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP), que prestavam os

⁶ Ver anexo I: Evolução Histórica da Emergência Médica em Portugal.

primeiros socorros e efetuavam o transporte para o hospital mais próximo (Mateus, 2007). Nos anos seguintes, este serviço estendeu-se também ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro.

Em 1981, “nasceu” o INEM⁷, enquanto “*organismo coordenador das atividades de Emergência Médica a executar pelas diversas entidades do sistema*”⁸ (INEM,2015:7). Pela própria natureza do trabalho - salvar vidas - a missão do INEM assenta em valores como a competência, a credibilidade, a ética, a eficiência e a qualidade, não descurando o rigor e a seriedade no serviço prestado (INEM, 2015).

O INEM “*é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio (...)*”⁹ “*que “prossegue as atribuições do Ministro da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro”*”¹⁰, tendo a incumbência de “*definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando também a articulação com os serviços de urgência e/ou emergência nos estabelecimentos de saúde*”¹¹, a fim de prestar os cuidados de saúde essenciais aos sinistrados ou vítimas de doença súbita em Portugal continental.

Respeitante aos arquipélagos da Madeira e Açores:

✚ O Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) é a entidade com responsabilidade idêntica ao INEM na Região Autónoma dos Açores, tem como funções “*orientar, coordenar e fiscalizar, a nível da Região Autónoma dos Açores, as atividades de proteção civil e dos corpos de bombeiros, bem como assegurar o funcionamento de um sistema de transporte terrestre de emergência médica, de forma a garantir, aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde*”¹²;

✚ O Serviço Regional de Proteção Civil, IP – Região Autónoma da Madeira (SRPC,IP – RAM) é a entidade com responsabilidade idêntica ao INEM nesta região, tendo a responsabilidade na emergência pré-hospitalar.

⁷ Decreto-Lei 234/81 de 03 de agosto.

⁸ Referindo-se ao Sistema Integrado de Emergência Médica [nota do autor].

⁹ Art.º 1.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.

¹⁰ Art.º 1.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.

¹¹ Art.º 3.º, n.º 2 do Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.

¹² Art.º 2.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 24/2003 de 7 de agosto de 2003.

O INEM tem como principais funções¹³:

- Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência;
- Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- Formação em emergência médica;
- Planeamento civil e prevenção;
- Rede de telecomunicações de emergência;
- Coordenar no Ministério da Saúde as atividades conducentes à definição de políticas nos domínios da emergência médica e do transporte de urgência/emergência;
- Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência (112)¹⁴ e acionamento dos meios de emergência médica apropriados;
- Promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente;
- Promover a correta referenciação do doente urgente/emergente;
- Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;
- Colaborar com a Direção Geral de Saúde (DGS) na elaboração de normas de orientação clínica relativas à atividade de emergência médica;
- Definir, planear, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM, incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde;
- Colaborar na elaboração dos planos de emergência/catástrofe com as Administrações Regionais de Saúde, com a DGS e com a Autoridade Nacional de Proteção Civil, no âmbito das respetivas leis reguladoras;
- Orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe, sem prejuízo das atribuições de outras entidades;
- Desenvolver ações de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;

¹³ cf. art.º 3.º, n.º 2 e n.º 3, do Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro.

¹⁴ Em 1998, o número 115 foi substituído pelo número 112, por questões de uniformização da emergência médica na Europa [nota do autor].

- Definir os critérios e requisitos necessários ao exercício da atividade de transporte de doentes, incluindo os dos respetivos veículos, e proceder ao licenciamento desta atividade e dos veículos a ela afetos;
- Fiscalizar a atividade de transporte de doentes, sem prejuízo da competência sancionatória atribuída a outros organismos;
- Homologar os currícula dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;
- Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas e promover a cooperação com as comunidades lusófonas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, sob coordenação da DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação da atividade do Ministério da Saúde no domínio das relações internacionais;
- Contribuir, em articulação com a DGS, para a definição e atualização das políticas de planeamento civil de emergência na área da saúde.

1.2 Modelos de Emergência Médica Pré-Hospitalar

No sentido de compreendermos a atividade da emergência médica pré-hospitalar em Portugal e numa perspetiva global, é pertinente dar a conhecer as duas filosofias/modelos existentes, de cuidados pré-hospitalares em funcionamento conforme o INEM (2015:5) preconiza:

🚑 O Modelo Anglo-Saxónico - *Scoop and Run*;

🚑 O Modelo Franco-Germânico - *Stay and Play*.

O Modelo Franco-Germânico é o que está implementado no nosso país. A sua menção apresenta-se relevante para este trabalho, pois diferencia-se do outro modelo pela intervenção do médico e do enfermeiro (sempre que necessário) no local da ocorrência, sendo que a necessidade de (in)formar, também, estes profissionais na preservação dos vestígios no local de crime se reveste de importância decisiva para o sucesso da investigação criminal.

O modelo europeu (*Stay and Play*), apresenta-se como um “serviço de urgência sem paredes e com rodas” com a ideia de que os meios materiais e humanos existentes num hospital se deslocam ao local da ocorrência, como de uma metáfora se tratasse no provérbio - “*Se Maomé não vai à montanha, vai a montanha a Maomé*”, por

antagonismo à filosofia anglo-saxónica, em que, o que está instituído é a rapidez do transporte da vítima para uma unidade hospitalar, embora, e *“apesar de raras, as situações em que não é possível estabilizar a vítima com recursos existentes no local, (...) o transporte imediato para a unidade de saúde mais próxima ou se indicado, para um “rendez-vous”¹⁵, (...), poderá ser a atitude mais correta”* (INEM,2012:49).

Contrariamente, a filosofia de cuidados *Scoop and Run*, elege o transporte rápido para uma unidade de saúde, assente nos conhecimentos diferenciados dos técnicos de emergência médica.

Não obstante a bibliografia existente ser, na sua grande maioria, anglo-saxónica, adequa-se na maioria das situações à realidade do nosso país no que se refere ao socorro das vítimas e respetivo transporte.

Tal como em qualquer modelo, também estes, não são modelos estáticos, adequando-se e adaptando-se ao tipo de ocorrência, condições climatéricas, do terreno, número de vítimas entre outras situações que possam existir.

1.2.1 Subsistemas e Meios

No que se refere aos recursos existentes, sejam eles humanos ou materiais e que são acionados ao local de crime, importa abordar de forma sucinta, os meios atuais, conforme apresentados pelo INEM (2013):

Ambulâncias de Emergência Médica - Constituídas por dois Tripulantes de Ambulância de Emergência (TAE) (com competências para a prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar) equipadas com diversos equipamentos de avaliação, reanimação e estabilização clínica. Dão resposta a doentes em situação de emergência que necessitem de transporte para uma Unidade de Saúde adequada, atuando na sua estabilização.

Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) - Tripuladas por um enfermeiro (formação em SIV) e um TAE (formação em Suporte Básico de Vida (SBV)) munidas com equipamento de SIV, cuja primeira função é a estabilização pré-hospitalar do doente/vítima, bem como fazer o respetivo transporte numa situação de emergência.

Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - São veículos de intervenção pré-hospitalar tripulados por um médico e um enfermeiro (ambos com formação

¹⁵ Transbordo da vítima entre o local da ocorrência e a Unidade de Saúde, de um meio menos diferenciado para outro mais diferenciado, sendo este processo coordenado pelo CODU [nota do autor].

específica em emergência médica, como suporte avançado de vida (SAV) e SAV em Trauma) equipadas de equipamento de SAV. Atuam na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), tendo uma base hospitalar, isto é, estão localizadas num hospital. Como esta é uma viatura ligeira, simultaneamente será acionada uma ambulância para o transporte da vítima a uma unidade hospitalar caso seja necessário.

Motociclos de Emergência Médica - Tripulados por um TAE e munidos com material de SBV, Desfibrilhador Automático Externo (DAE)¹⁶ e também material de Trauma, têm como função a deslocação rápida do TAE em locais de características urbanas, onde o trânsito congestionado poderá ser um fator de demora da prestação do socorro à vítima.

Sistema de Helicópteros de Emergência Médica - Esta valência, foi criada com o objetivo de dotar o sistema de meios aéreos na emergência médica, sendo tripulados por uma equipa constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos.

Este sistema tem a finalidade de deslocar de forma célere uma equipa de EPH a vítimas consideradas graves até ao local da ocorrência, de forma a assistir e fazer o respetivo transporte até uma Unidade de Saúde adequada. Este meio de transporte também poderá ser utilizado nas transferências inter-hospitalares de doentes graves.

CODU - O núcleo da EPH caracteriza-se pela existência de uma rede de telecomunicações, permitindo à população após um telefonema, ter acesso ao socorro por técnicos especializados. Esta assistência muitas vezes marca a linha ténue entre a vida e a morte.

Sempre que se realiza no nosso país uma chamada telefónica para o Número Europeu de Emergência (112), esta, é atendida numa central da PSP. Somente as chamadas referentes às emergências médicas são encaminhadas para o CODU, fazendo-se a triagem pelo sistema *TETRICOSY*¹⁷ (Anexo XIX). Inicia-se desta forma a EPH¹⁸!

Este centro engloba a coordenação de toda a estrutura física e humana do SIEM, realizando o atendimento telefónico e a triagem das chamadas de emergência,

¹⁶ O DAE é um dispositivo computadorizado que é conectado por eléctrodos adesivos a uma vítima SEM SINAIS DE VIDA. Este dispositivo só recomenda a aplicação do choque se o ritmo cardíaco da vítima for passível de tratamento por choque. O termo automático, significa que o DAE informa o seu operador que o choque é necessário (ou não) FONTE: INEM (2012).

¹⁷ Acrónimo de: *TElephonic TRIage and COounseling System*

¹⁸ A Emergência pré-hospitalar refere-se a toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar, que proporciona uma resposta adequada a uma situação de emergência, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica, ao envio de uma equipa de emergência [nota do autor].

avaliando a sua gravidade para posteriormente acionar os meios necessários para o local. Este acionamento cumpre uma gestão sensata, permitindo que sejam enviados os meios humanos e logísticos necessários independentemente da entidade a que pertencem (INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha Portuguesa [CVP]), e adequado à situação clínica da(s) vítima(s) de acidente ou doença súbita.

É importante realçar que nem todas as chamadas direcionadas para o CODU acionam os recursos atrás descritos, pois por vezes existem casos considerados como não emergentes. Nestas situações, e se necessário, transferem-se as chamadas para outros intervenientes do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente a “Linha Saúde 24”, de forma a permitir o melhor aconselhamento do cidadão e a otimização dos recursos disponíveis.

Uma vasta equipa de Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência, bem como médicos que trabalham na coordenação da atividade clínica, são os responsáveis pelo atendimento telefónico no CODU.

1.3 Sistema Integrado de Emergência Médica

Com base nos recursos atrás mencionados, importa agora compreendermos de que formas são acionados os meios de socorro que se deslocam ao local de crime, dando a conhecer como se inicia todo o processo desde o momento que se realiza a chamada telefónica para o n.º 112, até à chegada da vítima ao hospital (caso isso aconteça). Chegados a este ponto, encontramos o SIEM.

SIEM define-se, tal como nos indica INEM (2013:3), o *“Conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente”*.

A organização do SIEM exige um conjunto de programas perfeitamente definidos que determinam a atuação de cada interveniente em cada fase, cabendo ao INEM o papel de coordenador.

Do SIEM faz parte integrante um conjunto de entidades (como a polícia de proximidade, - Guarda Nacional Republicana (GNR) e PSP - corporações de bombeiros, CVP), recursos humanos (médicos, enfermeiros, TAE, população em

geral, operadores das centrais de telecomunicações, informáticos, entre outros) e materiais (ambulâncias, carros-patrolha, entre outros).

A capacidade de resposta adequada, eficaz e em tempo oportuno dos sistemas de emergência médica às situações de emergência, é um pressuposto essencial para o funcionamento da cadeia de sobrevivência¹⁹.

Dessa capacidade de resposta fazem parte alguns pressupostos que passamos a enumerar (INEM, 2013):

Deteção ► Pedra basilar de todo o processo de socorro. Esta fase corresponde ao momento em que alguém (geralmente sem conhecimentos médicos) se apercebe da existência de uma situação em que é necessário a prestação de socorro, devido a doença súbita, acidente ou outra situação de emergência.

Alerta ► Fase de contacto através do n.º 112, ou para o quartel de bombeiros da área. A rapidez deste processo é fundamental para o acionamento dos meios necessários para o socorro.

As centrais de emergência são centros telefónicos criados ao nível de cada distrito, que fazem a triagem e encaminhamento das chamadas feitas através do n.º 112 e têm por função, receber e encaminhar para a entidade adequada todos os pedidos de socorro que envolvem as mais variadas situações:

- ✚ Segurança: geridas e/ou encaminhadas para as forças de segurança;
- ✚ Incêndios: encaminhadas para os bombeiros;
- ✚ Saúde: encaminhadas para o CODU.

Pré-socorro ► Realização de ações que têm como objetivo minimizar o risco de complicações até à chegada dos meios de socorro diferenciados. São medidas simples, geralmente ministradas pela população que está junto da(s) vítima(s), sugeridas pelo operador do CODU.

¹⁹ Segundo o *European Resuscitation Council* (2015), a Cadeia de Sobrevivência é constituída por quatro elos. O primeiro corresponde ao reconhecimento precoce e pedido de ajuda, o segundo elo representa-se pela ressuscitação cardiopulmonar precoce, através de manobras de SBV. O terceiro elo corresponde à desfibrilhação precoce, aplicável em situações de Paragem Cardiorrespiratória devida a alterações do ritmo cardíaco compatíveis com desfibrilhação (como a Fibrilhação Ventricular, a principal causa de PCR no adulto). Por fim, os cuidados pós-reanimação, relacionam-se com os procedimentos que visam a preservação e otimização das funções vitais do organismo. FONTE: <https://cprguidelines.eu/> consultado a 28 de fevereiro de 2017.

Socorro no local ► É o início dos cuidados de emergência realizados pelos tripulantes da(s) ambulância(s) no local, tendo como objetivo a estabilização da(s) vítima(s), com o objetivo de melhorar o seu estado ou evitar que este se agrave.

Transporte ► Nesta fase faz-se o transporte da vítima, realizando o acompanhamento da mesma do local da ocorrência até que esteja na Unidade de Saúde adequada, garantindo à vítima a continuação dos cuidados de emergência necessários. Pretende-se que a filosofia presente seja “o doente certo, no sítio certo”. Assim, o doente/vítima pode ser encaminhado(a) para a unidade de saúde (serviços de urgência hospitalares, salas de reanimação ou trauma, serviço de atendimento permanente, entre outros) que mais se adequa à sua situação clínica.

Tratamento na Unidade de Saúde ► Nesta fase dá-se o início do contexto hospitalar, cessando o pré-hospitalar. Mantém-se a continuidade na prestação de cuidados. Em alguns casos excecionais, pode ser necessária a intervenção inicial de um estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados imprescindíveis para a estabilização da vítima, com o objetivo de garantir um transporte mais seguro para um hospital mais diferenciado e/ou mais adequado à situação.

Todas estas fases decorrem de uma lógica sequencial, isto é, só se pode prosseguir para a etapa seguinte após a efetivação da anterior. Porém, revela-se pertinente referir que em algumas situações e/ou regiões do país, o primeiro interveniente a chegar ao local de socorro, são as corporações de bombeiros, atuando e orientando-se pelas mesmas linhas orientadoras do INEM que detém a coordenação²⁰ destes serviços, sendo o *“organismo coordenador das atividades de Emergência Médica a executar pelas diversas entidades do sistema”* (INEM,2015:7).

²⁰ Decreto-Lei 234/81 de 03 de agosto.

2. Polícia Judiciária

2.1 Breve Contextualização Histórica

Sendo à Polícia Judiciária que se atribui por excelência a investigação criminal do crime de homicídio, importa dar a conhecer a instituição, bem com a sua evolução histórica.

Foi durante o reinado de D. Luís, nos finais do século XIX, que existiu a necessidade de se proceder à institucionalização de um corpo policial especialmente direccionado para a investigação criminal. Para tal, foi criada na dependência da Justiça do Reino, um corpo de polícia civil com a missão de “*descobrir os crimes ou delitos e contravenções, coligir provas e entregar os criminosos aos tribunais*”.²¹

Depois das várias reestruturações policiais que foram ocorrendo nos anos seguintes, conferindo-se-lhe maior grau de diferenciação em relação a outras forças policiais, foi criada já durante o consulado de Sidónio Pais, após mais uma reestruturação deste órgão, a Polícia de Investigação Criminal (PIC) e a polícia preventiva na dependência do então Ministério do Interior.

Depois de alguns anos a funcionar junto do Governo Civil, com a autonomização da PIC e conseqüente integração no Ministério da Justiça e do Culto, em 1927, passou a estar sediada no Palácio do Torel em Lisboa, onde permaneceu até à substituição pela PJ em 1945.

A PJ, tal como hoje a conhecemos, surgiu²² a 20 de outubro de 1945, sendo definida como sua competência “*efetuar a investigação dos crimes e descobrir os seus agentes, procedendo à instrução preparatória dos respetivos processos e organizar a prevenção da criminalidade*” (PJ,1985:6).

O LPC, a biblioteca da PJ, o Museu Criminalístico e a Escola Prática de Ciências Criminais, foram criados em 1957²³. Um ano depois foi inaugurado o edifício da Rua Gomes Freire, em Lisboa, que se mantém em funções até à atualidade.

Com a chegada do 25 de Abril de 1974 e a extinção da Direcção-Geral de Segurança (ex PIDE²⁴), delegou-se neste Órgão de Polícia Criminal (OPC) a competência para a investigação, bem como instrução preparatória dos processos relativos a crimes contra

²¹ Segundo Albino Lapa, que procede à transcrição do art.º 14º do Decreto-Lei n.º 35042 de 20 de outubro de 1945 em: “*Subsídios para a História da Polícia Judiciária*”, in revista “*Investigação*”, Lisboa, 11/12, Março/Abril, 1954.

²² Decreto-Lei n.º 35042 de 20 de outubro 1945.

²³ Decreto-Lei n.º 41306 de 2 de Outubro de 1957.

²⁴ Polícia Internacional e de Defesa do Estado.

a segurança do estado, assegurando ainda, a gestão do Gabinete Nacional da INTERPOL²⁵.

No ano de 1982 foi publicada uma nova Lei orgânica²⁶, cujo objetivo principal foi a criação de condições para adaptar a instituição às novas exigências.

Chegados aos anos 90, com a publicação de nova Lei orgânica²⁷, passa a PJ a constituir-se como um corpo especial de polícia.

A nova reestruturação da PJ tem em conta a adaptação da instituição às novas formas de criminalidade, pois a sua gravidade, complexidade e intensidade criminal, sobretudo a criminalidade violenta (como é o caso do crime do homicídio), colocam em causa a própria existência da sociedade, desafiando este OPC, a definir novas estratégias em prol da segurança e liberdade dos cidadãos.

A acompanhar estes novos desafios, foi aprovado²⁸ o projeto de construção de novas e modernas instalações junto da antiga sede, inaugurada a 11 de março de 2014.

2.2 Definição, Missão e Competências

De acordo com informação contida na *intranet* da PJ, este OPC é organizado hierarquicamente na dependência do Ministério da Justiça, sendo “*um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa*”²⁹, cuja missão é a de coadjuvar as autoridades judiciais no âmbito da investigação criminal e desenvolver e promover as ações de prevenção, deteção e investigação da sua competência, ou aquelas que lhe sejam cometidas pelas autoridades judiciais.

A PJ, pela sua especial vocação, está particularmente qualificada para combater a criminalidade, sobretudo o crime organizado, nas suas formas mais complexas e violentas, ou seja, todos os tipos de crime que, dada a natureza, requerem uma gestão de sistemas de informação a nível nacional e internacional.

É justamente para reforçar a sua capacidade em termos de investigação criminal e ação preventiva, que a lei confere à PJ poderes especiais para centralizar a informação criminal a nível nacional, coordenar ações operacionais, e funcionar como

²⁵ Acrónimo de *International Criminal Police Organization*. É uma organização internacional que ajuda na cooperação de polícias de diferentes países. Trata-se de uma central de informações para que as polícias de todo o mundo possam trabalhar integradas no combate ao crime internacional, o tráfico de drogas e o contrabando. FONTE: Wikipedia. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Interpol>. Consultado a 5 de fevereiro de 2017.

²⁶ Decreto-Lei n.º 458/82, de 24 de novembro de 1982.

²⁷ Decreto-Lei n.º 295/A/90, de 21 de setembro de 1990.

²⁸ Resolução do conselho de Ministros n.º 118-A/2008, de 29 de julho.

²⁹ Lei n.º 37/2008 de 6 de agosto.

elo de ligação entre as autoridades portuguesas e as organizações internacionais de cooperação entre polícias criminais, tais como a EUROPOL³⁰ e INTERPOL.

Na delimitação daquilo que é a sua competência, deve assistir as autoridades judiciárias nas investigações criminais em curso, bem como desenvolver estratégias preventivas, de detenção e ação investigatória em crimes da sua jurisdição, ou outras competências que lhe sejam atribuídas pelas autoridades competentes, sob sua direção e na sua dependência funcional.

2.3 Estrutura Organizacional

Com forte aposta na especialização das diversas Unidades de Competência Nacional, procura deste modo promover uma maior operacionalidade das Unidades de Competência Territorial. A nova estrutura suporta:

- ✚ A Direção Nacional;
- ✚ As Unidades Nacionais de investigação criminal;
- ✚ As Unidades Territoriais de investigação criminal;
- ✚ As Unidades Regionais de investigação criminal;
- ✚ As Unidades Locais de investigação criminal;
- ✚ As Unidades de Apoio à investigação criminal;
- ✚ As Unidades de Suporte à investigação criminal.



FIGURA 1. ORGANOGRAMA DA PJ³¹

³⁰ Europol é a abreviatura utilizada para designar o Serviço Europeu de Polícia. A sede situa-se em Haia, nos Países Baixos. É um serviço Europeu de polícia, incumbido do tratamento e intercâmbio de informação criminal, tendo por missão contribuir significativamente para a aplicação das leis da União Europeia no âmbito do combate à criminalidade organizada, colocando a tónica nas organizações criminosas envolvidas. O seu objetivo consiste em melhorar a eficácia e a cooperação entre os Estados Membros no domínio da prevenção e do combate a formas graves de criminalidade organizada de dimensão internacional. FONTE: Wikipedia. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Europol> Consultado a 5 de fevereiro de 2017.

³¹ FONTE: (PJ, 2017).

3. Vestígios

3.1 Definição

Poder-se-ia iniciar a abordagem com a definição de vestígio e avançarmos a partir daí, contudo, revela-se pertinente perceber que reiteradamente, vestígio, evidência e indício são comumente utilizados, sem que exista qualquer diferenciação entre estes termos, como se de sinónimos se tratassem e a partir desta linha de pensamento podemos então, avançar para a definição de vestígio, sendo para isso necessário invocar as vozes dos autores e, nesse pressuposto, Filho (2009), refere que num contexto “criminalístico”, existe uma distinção marcante nas suas semânticas formais. Visando evitar acroases e para que se faça uma leitura mais acertada de cada termo, é importante desde logo esclarecer o significado de cada um deles, e nessa ordem Espíndula (2006), diz-nos que vestígio, é todo objeto ou material bruto, detetado e/ou recolhido no local de crime para ser analisado em laboratório.

Da ideia de Karl Zbiden (1957)³² resulta que vestígio é “ *toda a modificação física e psíquica provocada pela conduta humana de ação ou omissão, que permite tirar conclusões quanto ao acontecimento que a causou - o ato criminoso* ”.

Avançando para os EUA damos conta que o *National Forensic Science Technology Center*³³ (2013) define vestígio como sendo sinais, traços ou manchas deixados por um indivíduo, os quais permitem aos Técnicos de Criminalística e aos Investigadores Criminais, que, recorrendo a meios técnicos e metodologia científica específica, obterem provas referentes a um crime e ao seu autor.

Filho (2009:441), relata-nos que a “*evidência é o vestígio que, após avaliações de cunho objetivo, mostrou vinculação direta e inequívoca com o evento delituoso*” isto é, após terem sido feitas as análises ao vestígio, verifica-se a nível científico e técnico a sua relação com o crime. Segundo o mesmo autor (2009:442,3), “*podemos deduzir que a evidência é o vestígio que, mediante pormenorizados exames, análises e interpretações pertinentes, se enquadra inequívoca e objetivamente na circunscrição do facto delituoso. Ao mesmo tempo, infere-se que toda evidência é um indício, porém o contrário nem sempre é verdadeiro, pois o segundo incorpora, além do primeiro, outros elementos de ordem subjetiva*”.

Voltando a Espíndula (2006), o indício surge como a expressão utilizada na esfera jurídica, significando cada uma das informações (periciais ou não) relacionadas com o

³² Karl Zbiden in Criminalística. “*Investigação Criminal*”, Lisboa, 1957:69, Crimes contra as pessoas, citado por Bento Garcia Domingues (1963) em “*Investigação Criminal-Técnica e Tática nos crimes contra as pessoas*”. Ed. de autor. Lisboa. pp.56.

³³ www.nfstc.org

crime, ou como nos refere Mittermayer (1834:495,6) *“o indício é um facto em relação tão precisa com outro facto, que de um juiz chega ao outro por uma conclusão natural. É preciso então que haja dois factos, um verificado, e, outro não provado, mas que se trata de provar raciocinando do conhecido para o desconhecido”*, isto é, *“um facto que se encontra numa relação com carácter de constância (id quod plerumque accidit) com outro facto, pelo que verificado o primeiro, somos levados a concluir que o segundo também ocorreu, apesar de não o termos observado”* Pinto (2011:195).

Na atualidade móvel e evolutiva, o nosso conhecimento das ciências forenses³⁴, não só permite, como, *“consegue saber-se mais com menos quantidade/qualidade de vestígios”* (Viegas,2014a:142). Os procedimentos práticos são mais rigorosos no sentido de prevenir possíveis contaminações, ainda que, para quem investiga e está no local, seja fácil em determinado momento, no decorrer da sua intervenção, executar algum procedimento do qual resulta a alteração de um vestígio e estas ações têm percussões nomeadamente na destruição/contaminação de partículas tão ínfimas como cabelos, suor, sémen, gotas de sangue, entre outros (Shaler,2011).

Se no cenário da investigação pode acontecer contaminação dos vestígios com investigadores experientes, mais facilmente entendemos que a presença de outras pessoas no local que não estejam afetas à ciência forense³⁵, seja passível de contaminar o local de crime. Nesta ordem, não só se destroem vestígios, como também se adicionam outros que nada têm a ver com o evento criminal (Viegas,2014a).

A identificação e interpretação dos vestígios através de procedimentos diferenciados com recurso frequente a métodos científicos modernos, antecede qualquer ação, pois *“Uma vez encontrados e fixados os vestígios, impõe-se interpretá-los. Averiguar a sua proveniência e estabelecer as conclusões que o vestígio concreto permite tirar, na sua qualidade de indício, em relação ao ato que o deixou. Há vestígios que não suscitam quaisquer problemas e que o investigador ou o juiz podem interpretar sem mais verificações. Mas há outros vestígios que não podem ser interpretados por qualquer pessoa não especializada. É ao técnico³⁶ que compete interpretar estes vestígios e*

³⁴ A Ciência Forense é a ligação entre o criminoso e o crime (Ken Goddard, citado por Shaler, 2011:10).

³⁵ Como são o caso das equipas de EPH [nota do autor].

³⁶ De uma entidade ou organização que, no âmbito da Polícia Científica, tem capacidade técnica e/ou competência legal para realizar a análise pericial e a interpretação científica de sinais ou vestígios recolhidos no local de crime, em função da natureza e complexidade destes e daquelas (por ex: LPC, INMLCF, Laboratório nacional de Engenharia Civil, Instituto* Nacional de Aviação Civil, Instituto Ricardo Jorge e muitas outras instituições nacionais ou estrangeiras). Judiciária (2009:19). * O Decreto-Lei n.º 40/2015 de 16 de março. Diário da República n.º 52/2015, Série I. Ministério da Economia. Lisboa, aprovou a adaptação do Instituto Nacional de Aviação Civil, I.P., (INAC, I.P.), ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, passando agora a designar-se como Autoridade Nacional da Aviação Civil (ANAC) [nota do autor].

não qualquer diletante, pois há que proceder de acordo com métodos estritamente científicos. As ciências naturais prestam valiosos serviços à ciência de investigação moderna pelo desenvolvimento das ciências limítrofes” (Karl Zbiden,1957:89).

O reconhecimento da significativa importância que os vestígios têm para a investigação criminal, encontra eco nas palavras de Braz (2015:354) *“A pesquisa e recolha de vestígios no local de crime - a chamada prova³⁷ material - constitui, porventura uma das áreas de atuação da investigação criminal que maior evolução registou, a nível técnico-científico, nas últimas décadas”,* embora *“não significa recolher todos os possíveis vestígios existentes no mesmo (local), mas sim apenas os que possam ter real valor probatório ”* (Viegas,2014b:159).

3.2 Classificação

Da importância dos vestígios para a investigação criminal, ruma-se agora para a complexidade da sua classificação e desse modo podem ser classificados de diferentes formas: no que respeita à sua natureza, apresentação e valor, não esquecendo contudo que os locais de crime são únicos e singulares, pois não existem dois eventos criminosos materialmente iguais, embora sem exceção, *“todos eles têm em comum o facto de introduzirem alterações a uma ordem ou realidade pré-existente, constituindo essas modificações o objeto de intervenção da investigação criminal, através da instrumentação”* (Judiciária,2009:63).

Esta instrumentação apoia-se no já referido *princípio das trocas* de *Locard* e no *princípio da individualidade*³⁸. Estes dois princípios conduzem a investigação criminal à identificação, análise e interpretação dos vestígios que foram deixados pelo autor do crime, aos quais *Locard* chamou *“as testemunhas mudas do ato criminoso”* (Judiciária, 2009:63).

É necessário que o investigador tenha um raciocínio antecipado das especificidades inerentes ao crime cometido, para posteriormente definir o tipo de vestígios que provavelmente estarão no local e na vítima e conseqüente deteção. *“Por exemplo, num homicídio cometido com arma de fogo em que existam suspeitas de, em simultâneo, ter sido cometida uma violação, impõe-se, para além da procura de cápsulas deflagradas, a deteção de vestígios biológicos relativos ao segundo crime cometido (pelos, cabelos, esperma...)”* (Romão de Matos, 2002:39).

³⁷ Segundo o Código Civil Português, (art.º n.º 341) *“As provas têm por função a demonstração da realidade dos factos”*.

³⁸ Estabelece a inexistência de dois objetos absolutamente iguais (Judiciária,2009: 63).

Para uma melhor leitura apresentamos sumariamente, no quadro abaixo, as diferentes formas de classificação dos vestígios tal como ensina Braz (2015):

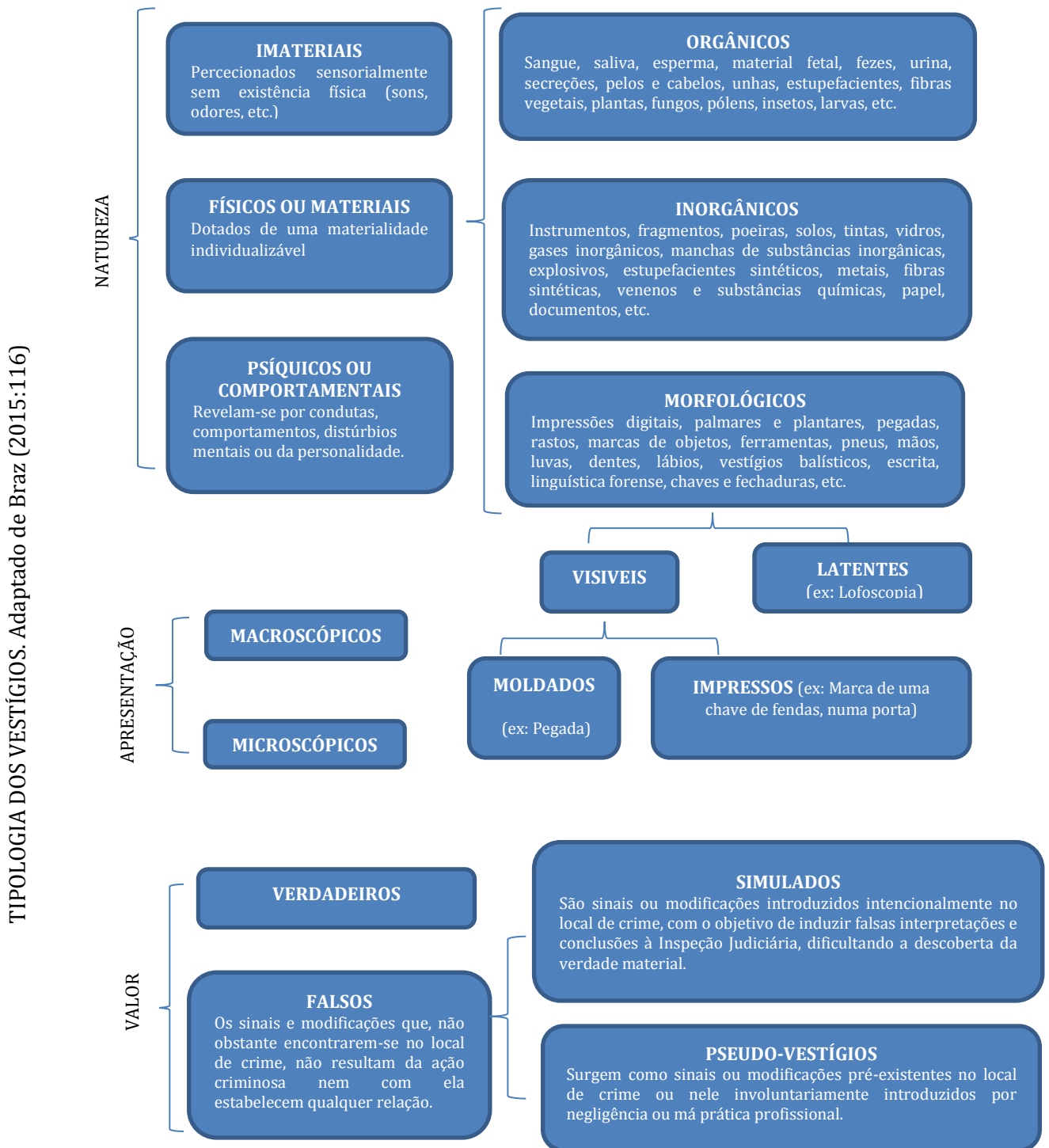


FIGURA 2. CLASSIFICAÇÃO DOS VESTÍGIOS

3.3 Cadeia de Custódia da Prova

Todos os crimes de homicídio requerem na sua investigação um grande esforço das autoridades competentes, particularmente da PJ.

No entanto, este esforço poder-se-á esfumar ou revelar-se inglório se não estiver contemplada a cadeia de custódia, na medida em que esta é a responsável pela integridade da prova, ao garantir a idoneidade e percurso dos vestígios, cuja finalidade é de preservar a sua transparência desde que são detetados, até que o processo esteja concluído, tal como sugere Braz (2015:347) “ (...) *para que estes vestígios possam ser, no plano jurídico-processual, valorados como prova (...), é necessário que, a todo o momento, eles possam ser invocados e reconstituídos*”, embora tenhamos que ser cautelosos pois a cadeia de custódia, “*é geralmente reconhecida como o elo fraco em investigações criminais*” (UNCODC/ONU:4).

O manual de procedimentos da PJ (2009:163) define a cadeia de custódia da prova como “ (...) *o processo usado na investigação criminal para manter e documentar a história cronológica de um vestígio, garantindo a sua integridade e a possibilidade de permanente escrutínio do potencial probatório que o mesmo contém*”, cuja interpretação incide um qualquer juízo da ciência (Dias, 2009).

A cadeia de custódia da prova é o elo entre a investigação criminal, a Polícia Técnica e a Polícia Científica (Judiciária, 2009).

Apesar de estes três elementos serem no seu conjunto, o equilíbrio, a condição de existência, e por mais que os avanços tecnológicos e científicos se revelem cooperativos com as ciências forenses no sentido de aperfeiçoar a capacidade de reunir vestígios para se fazer prova na solução de casos de homicídio, deve-se contudo salientar, que todos os procedimentos e operações desenvolvidas desde a identificação e recolha pela Polícia Técnica até à análise e interpretação pericial pela Polícia Científica, passando pela sua preservação, acondicionamento, armazenamento e transporte, devem ser pormenorizadamente enumerados de acordo com um protocolo normalizado (Judiciária, 2009).

Por conseguinte, se quisermos alargar e atribuir “responsabilidades” a quem diretamente contacta com os vestígios, apercebemo-nos que a cadeia de custódia da prova vai muito para além do âmbito forense e laboratorial, criando a viabilidade do explicado, indo ao encontro de todos os intervenientes neste processo.

Contando e recontando a sua história, até que num único ponto tudo fica reunido através dos vestígios, a cadeia de custódia, poderá assumir outra terminologia

nomeadamente para cadeia de integridade, na medida em que para averiguação da verdade, o juiz precisa, não só de saber a identidade de todos os elos da cadeia, mas também o respetivo comportamento (Chisum, W. & Turvey, B.,2011).

4. Investigação Criminal

Ao longo dos tempos o crime foi-se emaranhando nas sociedades, causando dor, angústia, medo, impondo a sua presença, e na necessidade de diminuir o mal causado, desenvolveram-se mecanismos que o fossem travando ou até mesmo aniquilando, através de normas sociais que precedem a normas legais.

Lado a lado o crime coabita com a investigação criminal, que é citada por Farinha (2016:278) no art.º 1.º da Lei nº49/2008, como o *“conjunto de diligências que, nos termos da lei processual penal, se destinam a averiguar a existência de um crime, determinar os seus agentes e descobrir e recolher as provas no âmbito do processo”*.

Conforme nos fomos habituando a ver nas séries televisivas das últimas décadas o investigador isolado, bem retratado pelo tenente Colombo, foi dando lugar a uma equipa multidisciplinar, como é o caso da série *“CSI”*³⁹, em que diversos saberes num somatório de especialidades convergem para a resolução de um crime, apoiados em métodos científicos como a física, química, medicina-legal, psiquiatria ou psicologia forense, cuja análise, objetiva a *“correlação e síntese dos elementos disponíveis e conhecidos”* (Farinha 2016:278), com vista à ordem e completo apuramento da verdade, sem colocar em causa o rigor e o valor dessas mesmas correlações.

Desta forma, é no conjunto dos resultados e pareceres técnico-científicos, da investigação criminal, compreendidos numa equipa multidisciplinar e na atenção meticulosa ao detalhe, que a verdade material dos factos mais se aproxima da veracidade real e assim uma investigação poderá ser concluída com sucesso, pois, uma equipa experiente sabe o que procura e parafraseando Bodziak, (citado por Shaler,2011:54) *“ O que não é procurado, não será encontrado”*.

Como anteriormente referido, é da competência da PJ a investigação dos crimes de homicídio, - *“Crimes de Sangue”*⁴⁰ - bem como efetuar as diligências necessárias para apurar a verdade material dos factos, ou seja, para a produção de prova do crime.

³⁹ *Crime Scene Investigation*

⁴⁰ Costa (2013:72).

Segundo Braz (2009) é ainda da competência da PJ, num crime de homicídio, levar a cabo a inspeção do local, tal como, preservar os vestígios e o local de crime, acrescentando ainda a responsabilidade de proteger e interditar a entrada de desconhecidos ao local, realizar buscas, ouvir testemunhas e, em certas situações, recolher e transportar os vestígios, bem como manusear/utilizar ferramentas de apoio à investigação, como é o caso do recurso a vídeo ou áudio.

Costa (2013:72) assinala⁴¹ que *“Até ao momento da chegada da PJ, compete a qualquer um dos outros OPC⁴² (GNR e PSP) proceder às ações preventivas fundamentais à preservação do local e dos vestígios, bem como documentar quaisquer declarações ou comentários feitos pelas vítimas, suspeitos ou testemunhas”* e segundo (NFSTC,2013:3) *“se a equipa de EPH chegar em primeiro lugar, deve-se obter o nome, unidade, número de telefone do chefe de equipa, bem como o nome e local da unidade hospitalar para onde a vítima foi transportada. Em alguns casos, as impressões digitais e as marcas do calçado do pessoal da emergência médica podem ser necessários para fins de eliminação de dúvidas. (...) Se a vítima falecer, obter a declaração do óbito”*.

Também a equipa de EPH tem um papel fundamental no contributo para a investigação criminal, através da preservação dos vestígios, pois, e apesar de (ainda) não se encontrar legislação publicada neste sentido, para as práticas e procedimentos da emergência médica no local de crime, bem como na vítima, não se pode deixar de alertar que as mesmas são passíveis de influenciar e colocar em risco a integridade física do local, assim como os vestígios nele existentes.

4.1 O crime de Homicídio

Desde sempre que filósofos, ensaístas, cientistas, se debruçam sobre a temática do crime, dando-nos conta de que, saído da noite dos tempos, o crime de homicídio é intrínseco ao ato humano e às suas ações. A “simplicidade” da sua definição carrega sentimentos de insegurança, medo e intranquilidade na população de uma sociedade. O homicídio é o crime por excelência. É o valor Vida e a sua eliminação que está em causa. Retirar a vida de uma pessoa viola⁴³ o artigo 3.º da Declaração Universal dos

⁴¹ Fundamentada no Art.º 171.º, n.º 4 do Código de Processo Penal.

⁴² Segundo a LOIC, 4 a) e 4b) do artigo 3º, Lei nº 49/2008.

⁴³ Embora sem eficácia jurídica (França,2014:745).

Direitos do Homem: *“Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”* (UNICEF,1948).

Por pares de princípios opostos se articula toda a existência: a vida e a morte; dualidade da condição humana que nos remete para França (2014), quando refere que no âmago de todos os valores está o mais indeclinável de todos eles: a Vida do Homem.

Sem vida, não existe a pessoa humana e *“mesmo diante da proletária tragédia de cada homem e de cada mulher, quase naufragados na luta desesperada pela sobrevivência do dia-a-dia, ninguém abre mão dos seus direitos de sobrevivência. Essa consciência é que faz a vida mais que um bem: um valor”* (França,2014:744).

O valor da vida humana revela-se como absoluto e inquestionável, de tal maneira que no *“ordenamento jurídico a proteção da vida adquire natureza de interesse público, vinculando-o à proteção da vida humana independentemente da vontade do seu titular”* (Silva, F.,2011:33).

A origem do conceito de crime dissipa-se, na diferença entre o mito e o discurso científico. Na cultura ocidental os primeiros registos surgem na Bíblia como nos refere Taborda citado por Almeida (1999:7) *“O crime vem dos tempos da origem do Homem, brotando mesmo de uma raiz bíblica”*, assim, nessa perspetiva se considerarmos os escritos sobre Caim e o seu irmão Abel, verificamos que este terá sido o primeiro homicídio e homicida da história.

O homicídio enquanto fenómeno é determinado por diferentes e variados fatores de ordem sócio/cultural, económica, ou ainda de natureza psicológica, sendo a ocasionalidade⁴⁴ um dos agentes que mais peso exerce sobre este tipo de crime.

No nosso dia-a-dia somos confrontados com notícias que nos dão conta de crimes cometidos por *“dá cá aquela palha”*, desde o vizinho que mata outro pela disputa de terras ou de águas; o irmão que mata outro por uma herança ou ainda uma luta entre marido e mulher que termina com a morte de um (ou ambos) cônjuge(s), como nos refere o Relatório Anual de Segurança Interna (RASI,2016:27), que o crime de homicídio *“continua a ocorrer de forma expressiva em contexto relacional (vizinho/conhecido; conjugal/análoga; parental/familiar, no total de 47%)”*.

Ao sermos confrontados com estas notícias, concluímos que na realidade qualquer um de nós é capaz de cometer um homicídio. Dentro da nossa redoma de vidro, é o medo, a desconfiança de nós próprios que nos assusta e nos impele para atos desenfreados e impensados.

⁴⁴ Soares (2011), num estudo retrospectivo de 152 homicídios ocorridos na área da Grande Lisboa no quinquénio 2000/2004, concluiu que a maioria destes crimes, surgiu na sequência de uma discussão ou agressão - 36,6 %, e na sequência de roubo - 14,6%.

Já no séc. XVIII no *Nouveau commentaire sur l’Ordonnance criminelle du mois d’août 1670*⁴⁵, Jousse (1763) explicava o conceito de crime, como sendo cometido pela paixão. O homem cede à tentação do furto ou da violência, movido por um ímpeto que lhe domina o espírito. Seguindo esta linha de pensamento Laingui (1983), citado por Cusson (2007:33) esclarece-nos quando afirma que “ *Todos os crimes têm origem na concupiscência ou na cólera. É da cólera que nascem (...), as agressões, os homicídios, as traições, (...) e todos os crimes que prejudicam o próximo; (...) e a todos os crimes que satisfazem os sentidos, a avareza ou a ambição* ”.

Reforçando as palavras de Laingui (1983) destaca-se então, que o crime acontece na ausência da virtude e surgem ímpetos como a cólera, o ódio, a inveja ou a cobiça sobrepondo-se à razão.

Se quisermos circunscrever este conceito, somente a uma conceção legalista, diremos que crime é “ *o comportamento descrito pelo legislador como punível com uma sanção jurídico-penal* ” (Monte, M. e Freitas, P., 2016:110), o qual no nosso ordenamento jurídico o crime de homicídio está inserido nos Crimes Contra a Vida no Código Penal Português, art.º 131 - “ *Quem matar outra pessoa é punido com pena de prisão de 8 a 16 anos*”.

Embora observemos que o conceito de crime difere de país para país tal como escreveu Pascal⁴⁶ “ *Verdade aquém dos Pirenéus, erro além*”⁴⁷, atos criminosos como o homicídio não provocam qualquer dúvida ao “comum dos mortais”, na medida em que é tido como um crime universal.

4.2 Crime de Homicídio em Portugal – Resolução e realidade numérica

Com a evolução da sociedade assistiu-se a uma otimização das metodologias de investigação criminal, bem como das tecnologias a ela associadas, que “ *tem levado ao desenvolvimento de procedimentos de investigação criminal mais céleres, objetivos e eficazes*” (Costa,2013:69), não sendo no entanto significativo para o sucesso na resolução deste tipo de crime, na medida em que também se assistiu a uma maior sofisticação dos eventos criminosos.

⁴⁵ Novo Comentário sobre a Ordenação Criminal do mês de agosto de 1670.

⁴⁶ Blaise Pascal (1623-1662) - físico, matemático, filósofo, moralista e teólogo francês.

⁴⁷ Cit. por Cusson (2007:16).

Indo ao encontro desta linha de pensamento, Ademar (2013:50)⁴⁸ afirma que “*ao longo destas pouco mais de duas décadas*⁴⁹, a tendência é claramente de redução da taxa de sucesso”, significando tal afirmação que existe um aumento da percentagem de processos de homicídio que terminam no arquivo sem resolução. Então, a que organismo ou a quem, se deve instituir responsabilidades no aumento dos processos sem resolução?

Numa primeira abordagem poder-se-á remeter ao OPC - Polícia Judiciária -, a “falha” na resolução destes homicídios, contudo este insucesso é transversal à sociedade de uma forma geral, pois se esta falha fosse apenas da responsabilidade deste OPC “*bastaria diagnosticar as disfuncionalidades do organismo policial para debelar o problema*” (Ademar, 2013:51).

Por outro lado, assistimos a um fenómeno social que contribui para o aumento de casos não solucionados, como a mobilidade populacional nas cidades (o vizinho de hoje, não é o mesmo de amanhã), tal como o anonimato que não permite que os controlos sociais de proximidade continuem a operar, pois deixou de existir na sociedade atual um grupo social onde todos se conhecem, como bem demonstrou Castan (1980) citado por Cusson (2007:45): “*passámos das comunidades aldeãs orgânicas, capazes de resolver os seus problemas e conflitos por si mesmas, a sociedades administradas verticalmente*”.

Retornando a Ademar (2015), verificamos que todos estes “sistemas de controlo social”⁵⁰ tinham um papel positivo no que diz respeito à resolução da criminalidade. Ao perdermos os sistemas de controlo social atrás referidos, a insegurança instala-se, pois existe perda de confiança dos cidadãos no próprio Estado, criando uma falsa imagem de “impotência” face ao crime cuja principal função deveria ser a de regulador da paz social.

Mas não se diz também que esta é a “*sociedade do conhecimento*”? Utilizemos então o mandamento Kantiano para o conhecimento e a ousadia de conhecer (*aude sapere*) para estudar, combater e condenar o criminoso e a criminalidade.

⁴⁸ Apoiado nos elementos do Sistema Integrado de Informação Criminal da Polícia Judiciária [nota fornecida por Ademar].

⁴⁹ O autor refere-se desde o início dos anos 90 até 2010 [nota fornecida por Ademar].

⁵⁰ Conjunto de meios implementados pelos membros de uma sociedade com o objetivo específico de conter ou reduzir o número e a gravidade de delitos (Cusson, 2007).

Olhando agora para o quadro seguinte, podemos verificar que segundo o Relatório Anual de Segurança Interna,⁵¹ o número de homicídios cometidos em Portugal tem vindo a diminuir, tendência registada desde o ano de 2012:

ANO	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES	N.º DE CRIMES
Homicídio voluntário consumado	76	102	103	121	149	117	143

QUADRO 1. HOMICÍDIOS VOLUNTÁRIOS CONSUMADOS ⁵². FONTE: O autor (2017)

Segundo dados da PJ, no relatório de 2016 da 1.ª seção da DLVT, existiram os seguintes inquéritos entrados nos últimos 3 anos:

	2014	2015	2016
TOTAL DE INQUÉRITOS	279	299	246
HOMICÍDIOS CONSUMADOS	43	42	24
HOMICÍDIOS TENTADOS	68	71	72

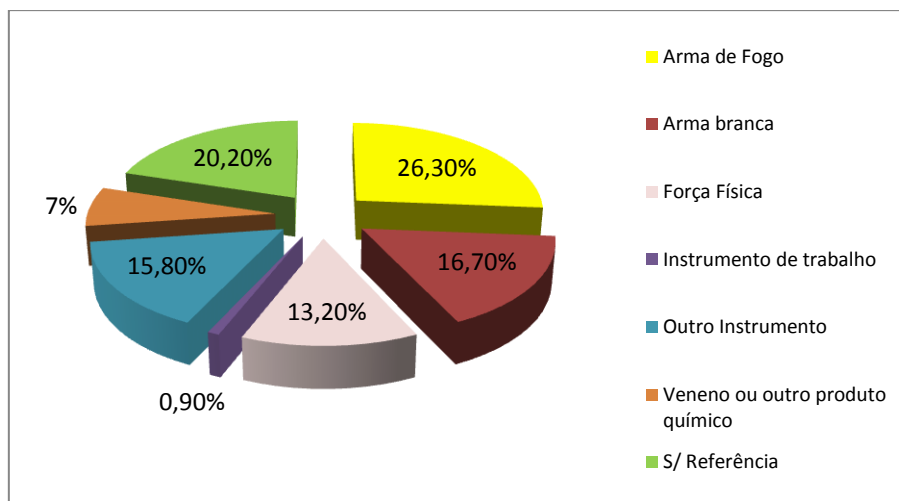
QUADRO 2. INQUÉRITOS ENTRADOS NA DLVT - 1.ª SECÇÃO, NO PERÍODO DE 2014/2016. FONTE: O autor (2017)

Analisando os dados do RASI (2016), percebe-se que na maioria dos homicídios cometidos no nosso país, dos vários instrumentos (passíveis de conter inúmeros vestígios) utilizados para a prática do crime, *“a arma de fogo e arma branca continuam a ser os meios mais utilizados para a prática do crime de homicídio”* RASI (2016:27), como é observável na figura seguinte:

⁵¹ RASI (2016).

⁵² Última atualização dos dados: 31-03-2017. A leitura dos dados das categorias residuais “outros crimes”, genérica ou específicas, deve ter em atenção as sucessivas alterações à tabela de crimes pelas quais se procedeu à desagregação destas categorias em categorias específicas de crimes. Em 1993, os valores contemplam dados da Polícia Judiciária (PJ), da Polícia de Segurança Pública (PSP), da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Inspeção de Jogos. A partir de 1994, são incluídos os dados da Inspeção-geral das Atividades Económicas (IGAE) e a partir de 1995 consideram-se também as Alfândegas (ALF) e as Direções Distritais de Finanças (DDF). Em 2005, passam a incluir-se os dados da Polícia Marítima (PM) e da Polícia Judiciária Militar (PJM). Em 2006 passam a incluir-se os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Os dados referentes a crimes de homicídio voluntário consumado registados pela Polícia Marítima de 2005 a 2008 foram alterados por esta polícia no decurso do ano de 2009. Os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira incluem, até 2012, os dados das anteriores Direção-Geral dos Impostos e Direção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo. Adaptado de

http://www.siej.dgpi.mj.pt/webeis/index.jsp?username=Publico&pgmWindowName=pgmWindow_636148912965937500



QUADRO 3. MEIOS UTILIZADOS PARA A PRÁTICA DE HOMICÍDIO EM 2016⁵³. FONTE: O autor (2017)

4.3 A Equipa de cena de crime

Contrariamente ao que nos habituámos a ver nas inúmeras séries de investigação criminal nas nossas televisões, investigar um crime pressupõe muito trabalho, pesquisa, sucesso e insucesso, sendo que para o sucesso da resolução de um crime de homicídio, é necessário que todos os intervenientes na cena do crime estejam sensibilizados para a importância do mesmo, pois como afirma Braz (2015:117) “A equipa (...) do ponto de vista da organização do trabalho da investigação criminal é a matriz incontornável do sucesso”.

Assim, a equipa da investigação criminal, num contexto multidisciplinar deve privilegiar, para além da especialização, a experiência profissional, cabendo a liderança “a um investigador criminal sénior, se não for viável a presença de um graduado” Ademar (2015:10), ou como ainda nos refere Judiciária (2009:21) “A equipa de Inspeção Judiciária é coordenada por uma Autoridade de Polícia Criminal designada pelo responsável da estrutura orgânico-funcional em que aquela de encontra inserida (Direção de Unidade, Serviço de Piquete, Serviço de Prevenção). A Autoridade de Polícia Criminal pode, no interesse do serviço, fazer-se substituir por um funcionário de investigação criminal, que para o efeito designará”.

Se a investigação criminal é responsável pela condução do processo, à Polícia Técnica⁵⁴ e Polícia Científica⁵⁵, compete-lhes atuarem em conformidade utilizando as

⁵³ As situações “S/Ref.a”, correspondem a utilização de instrumentos concorrentes e/ou a casos em que se encontra em curso a investigação estando por esclarecer o objeto utilizado (RASI,2016:24).

⁵⁴ Compete à Polícia Técnica proceder a exames diretos ao local e à sua fixação através de meios sinaléticos, gráficos, fotográficos e videográficos, localizar, recolher, preservar e transportar vestígios e outros materiais com interesse criminalístico, realizar perícias lofoscópicas, e desenvolver os procedimentos típicos de identificação judiciária (Braz,2009:211).

técnicas e metodologias mais adequadas para o cumprimento das suas tarefas, trabalhando em maior e melhor cooperação para a “*produção probatória*” (Braz 2015:121).

Segundo o Manual de Procedimentos da PJ (2009), esta equipa apresenta um carácter flexível e de dimensão variável, em constante adaptação às diferentes exigências durante a investigação criminal e nesse sentido, diz-nos que “*estes elementos devem ser geridos e rentabilizados de forma coerente, podendo mesmo a qualquer instante ser alterada, particularmente no decorrer da sua ação, em função das necessidades identificadas*” (PJ,2009:29).

De salientar, situações em que ocorra a morte da vítima, como é o caso do homicídio, a intervenção de um perito médico da Medicina Legal deve integrar a equipa de cena de crime – presença imposta por Lei⁵⁶. A Lei reconhece deste modo a importância da presença de um profissional cujo saber médico se revela essencial para a explicitação do quadro.

Contudo a carência de recursos humanos, levam a que nem sempre seja possível cumprir a norma legal, pelo que segundo Ademar (2015), esta realidade é mais frequente do que o desejável e quando assim acontece, cabe ao investigador criminal mais habilitado proceder ao exame do hábito externo^{57 58}, não esquecendo porém que, e segundo Fisher (2004) “*Não é esperado que o investigador tenha a mesma experiência nesta área que um patologista forense, mas ele tem de ter conhecimento deste assunto para fazer os passos iniciais da investigação*”. Ainda segundo o mesmo autor (2004) “*Um erro estimado da causa da morte⁵⁹ pode levar a investigação numa direção errada e até pôr em causa a solução do crime. Por exemplo, se um investigador inexperiente se engana num ferimento dum projétil por um ferimento de arma branca a investigação inteira pode ser desviada*”.

Por este motivo, parece-nos ser o momento de ampliar o conceito desta equipa a todos quantos têm que trabalhar dentro das suas competências no local de crime,

⁵⁵ Compete ao pessoal de polícia científica proceder à análise pericial e à interpretação científica dos sinais e vestígios relacionados com um crime. (...) deve ter competência e capacidade para recolher, no local de crime, todos os vestígios que nele encontrem, preservando-os e remetendo-os, quer ao laboratório de polícia científica, quer aos institutos de medicina legal ou outras organizações, legal e materialmente competentes para a realização das respetivas perícias (Braz 2009:211,2).

⁵⁶ Lei 45/2004, de 19 de agosto.

⁵⁷ Identificação das lesões existentes no cadáver, traços fisionómicos, cicatrizes, tatuagens, sinais particulares, etc. (Braz, 2015:185).

⁵⁸ “O exame ao hábito externo (...), fornece à investigação elementos sobre o tipo concreto de “instrumento” utilizado na agressão em causa: tipo de arma (...), material utilizado para execução da asfixia, (...), etc.” (Romão de Matos, 2002:35).

⁵⁹ A causa da morte é a doença ou ferimento responsável pelo início da cadeia de eventos que resultam na morte. Esta causa pode ser imediata em relação a um evento traumático ou mais prolongada no caso de uma doença (Harris, C.,2014:341).

como é o caso da polícia de proximidade e da equipa de EPH como primeiros intervenientes a chegar ao local, papel que assumem quase sempre (Ademar, 2015).

4.4 O Local de crime

Citando Fisher (2004), “*encontrar a vítima*⁶⁰ é o ponto inicial e principal no foco da investigação do crime de homicídio”, pelo que o tempo é sem dúvida, um fator de grande destaque na análise efetuada ao cenário de crime, como nos bem elucida Locard⁶¹ quando afirma “*o tempo que passa é a verdade que foge*”.

Sendo frequentemente o local de crime o ponto de partida para a inspeção judiciária⁶², é sem dúvida um local muito sensível e passível de sofrer interferências exteriores pela sua fragilidade e complexidade que comprometem a integridade desse mesmo local, pelo que as respostas às questões fundamentais (que devem estar sempre presentes durante a inspeção judiciária) do objetivo da investigação criminal, segundo Braz (2009:33) – “*Quem fez o Quê? Onde? Quando? Como? Porquê?*” - só podem ser respondidas após um exame cuidadoso⁶³ e inteligente ao local de crime por parte de uma equipa multidisciplinar.

É no local de crime que todos os “participantes” desse mesmo crime estão presentes, ou seja: vítimas, autores, instrumentos utilizados, interagem no mesmo espaço físico e temporal, pelo que segundo Braz (2013:201), este local “*se resume ao primeiro momento conhecido, imediatamente após a execução do crime e por isso potencialmente suscetível de conter um conjunto de sinais e vestígios, cuja interpretação necessita de uma abordagem específica*”, sendo esta ideia reforçada por Ademar (2015), ao referir, que este espaço deve ser sentido como um código que pode e deve vir a transformar-se num meio de comunicação entre o investigador e o criminoso e desta maneira podemos afirmar que o local do evento criminoso é “*um espaço(s) delimitado(s), direta ou indiretamente relacionado(s) com a prática de um crime, que é (são) objeto da Inspeção Judiciária*” (Judiciária,2009:17).

⁶⁰ E a sua identificação. “Tal necessidade deve-se a imperativos de índole diversa, nomeadamente razões de ordem social e requisitos da lei civil e penal” (Romão de Matos, 1999:6).

⁶¹ Citado por Barra da Costa (2008:59).

⁶² Também denominada de Inspeção ao Local do Crime [nota do autor].

⁶³ Segundo Calado e Simas (2002:5), os investigadores devem efetuar uma aproximação “*objetiva, pensada e completa do local de crime*”.

Embora a inspeção judiciária se desenvolva em duas fases⁶⁴ distintas, na verdade e na prática elas são um *continuum* de atividade e ambas são indissociáveis.

O local de crime para além das suas particularidades temporais, apresenta ainda características espaciais, conforme nos ensina Braz (2015:110), sendo eles:

- ✚ Local imediato (onde o crime foi praticado ou local do crime propriamente dito);
- ✚ Local circundante (local ou espaço circundante, vizinho, de apoio, de acesso ou de fuga, contínuo ou descontínuo ao local imediato);
- ✚ Local relacionado ou conexo (espaços distintos mas relacionados com o mesmo crime ou atividade criminosa. Local onde foram guardados produtos, instrumentos do crime, etc.).

Conforme já referenciado, quando acontece um crime de homicídio, este é detetado e comunicado à PJ por terceiros, sendo muitas vezes a equipa de emergência médica o primeiro interveniente institucional a chegar ao local e a interagir com a vítima. Assim, para além destes intervenientes quem mais pode estar no local?

Se os colocarmos por ordem cronológica, teremos por via de regra, segundo Braz (2015):

- ✚ Intervenientes não institucionais, como é o caso da própria vítima, bem como a(s) pessoa(s) que descobriu (descobriram) a(s) vítima(s) ou detetou (detetaram) o crime (familiares, vizinhos, transeuntes ocasionais, locatários, entre outros), que aciona(m) o 112 para socorro da vítima e intervenção policial;
- ✚ Intervenientes institucionais, que são os serviços de emergência e de socorro acionados como são o caso dos bombeiros, INEM, Proteção Civil, Autoridade de Saúde, entre outros;
- ✚ Intervenientes policiais, como a GNR, PSP, Polícia Marítima ou algumas vezes a Polícia Municipal.

Como temos vindo a evidenciar ao longo deste trabalho, é no local de crime que acontece o que Locard definiu, no seu *princípio das trocas*, “*entre o autor e o local há sempre troca de elementos*”, sofrendo também interferência de todos os intervenientes que nele atuam, onde se incluem de igual forma as equipas de emergência médica do pré-hospitalar.

⁶⁴ A primeira fase tem por objetivo pesquisar e localizar vestígios com interesse criminalístico. A segunda fase tem por objetivo recolher, preservar, acondicionar, armazenar e transportar os vestígios localizados na primeira (Judiciária,2009:37).

Neste contexto impõe-se o entendimento de que é uma luta contra o tempo, onde todos os minutos contam, como refere Costa (2013), onde as primeiras horas - “*Golden hour*” (Richards et al, 2008) - da investigação após a ocorrência de um crime são fundamentais para o desenvolvimento de toda a investigação criminal.

O tempo do crime está cronologicamente situado num espaço principal onde a probabilidade de identificar vestígios relacionados com o crime é maior. Por conseguinte e para que nada se perca, Viegas (2014a) diz-nos que o Setor do Local do Crime do LPC, ao chegar ao local, faz a verificação de possíveis vestígios que se podem perder e se, necessário “*recolhe-os de imediato*”⁶⁵ .

Se atentarmos nas palavras de Heraclito⁶⁶ “*ninguém se banha duas vezes na mesma água do rio*”, acabamos por concluir que é no primeiro momento que reside a possibilidade de sucesso na investigação do crime, que invariavelmente se diluirá por toda e qualquer alteração sofrida durante a prestação de socorro e a inspeção judiciária, onde se inserem todos os intervenientes que interagem com o local de crime, nomeadamente as equipas da EPH, momento esse que não se repetirá, nem permitirá a hipótese de o recriar ou reinspeccionar.

⁶⁵ Ob. cit., p. 161.

⁶⁶ Filósofo pré-socrático considerado o " Pai da dialética ". (535 a.C. - 475 a.C.). FONTE: Wikipédia. Consultado a 12 de abril de 2017 de: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Her%C3%A1clito>

5. Procedimentos da Emergência Médica Pré-Hospitalar

Embora já referido que o local de crime “*seja todo o espaço físico, delimitado ou delimitável, onde tenha tido lugar uma ação ou omissão criminosa, suscetível de interagir com o meio*” (Braz, 2015:110), comum para a equipa de EPH e para o OPC, na realidade a abordagem à vítima/cadáver exposta ao meio, difere de entidade para entidade, pois se para o médico da EPH nada resta fazer, senão verificar o óbito em caso de morte⁶⁷, para o OPC é um corpo, portador e rodeado de vestígios, que podem ir para além de ferimentos⁶⁸, vestígios de pólvora provocada por uma arma de fogo, vestuário rasgado por uma qualquer lâmina de arma branca, vestígios hemáticos, cabelos do agressor, fragmentos de vidro dos faróis em caso de atropelamento e fuga, marcas ou pedaços do objeto usado como arma perpetradora do crime, entre outros, pois, “*No local do crime ficam, necessariamente vestígios (...)*” (Locard,1931 apud Gomes, 2014:106), que irão ser fundamentais para a investigação criminal.

Já verificámos que, na fase de *Alerta*, o CODU recebe a chamada telefónica e a sua principal função é dar instruções claras e diretas ao cidadão que está com a vítima ou à própria vítima, com o objetivo de minimizar o risco de complicações (fase do pré-socorro), até à chegada dos meios de socorro diferenciados.

Seguramente, após cometido um crime, em clima de *stress* e/ou de pânico, “*as pessoas ou os seus acompanhantes não entendem as instruções que lhe são dadas, e inadvertidamente alteram o cenário do evento criminoso*” (Gomes, 2014:106).

A prioridade é a prestação do socorro à vítima, favorecendo a contaminação do local, constituindo, esta, “*uma das principais ameaças à integridade de determinados vestígios de natureza biológica que são, frequentemente, objeto de recolha e tratamento no local do crime*” (Braz,2009:224).

Conclui-se então, que nesta primeira abordagem, perde-se material muito importante para a investigação, pelo facto de não se ter em conta o seu potencial valor probatório (Sharma,B., 2003; Wiler, J., 2007).

⁶⁷ A classificação de morte é conhecida como as circunstâncias da morte. Existem cinco categorias de morte, (Harris, 2014):

- **Natural:** morte resultante de uma doença do organismo e que não se relaciona com efeitos secundários de um ferimento ou de fatores anormais do meio ambiente;
- **Acidente:** morte devida a ferimentos não intencionais ou inesperados. Inclui a morte resultante de complicações razoavelmente atribuídas ao acidente;
- **Suicídio:** morte resultante de ferimento autoinfligindo, com a intenção de provocar a morte;
- **Homicídio:** morte devido a um ferimento deliberadamente infligido pela ação de um terceiro. Homicídio é um termo neutro que não implica uma culpa ou responsabilidade;
- **Indeterminada:** morte que devido a vestígios insuficientes ou incapacidade para os determinar, não pode ser classificada com razoabilidade.

⁶⁸ “(...) lesões que, apresentando solução de continuidade na pele, atingem contudo, zonas mais profundas. A sua análise permite ao perito médico, presumir a natureza do instrumento que as produziu” (Romão de Matos, 1999:19).

5.1 Abordagem à Vítima

Existem diferentes algoritmos (Anexos IX a XV) a serem respeitados pela equipa de EPH na primeira abordagem à vítima, de forma a assegurar que possíveis falhas possam ser controladas ou até mesmo eliminadas e por isso são executadas de forma padronizada, não esquecendo todavia, que se adapta ao nível de formação dos operacionais da emergência médica pré-hospitalar do INEM ou de uma qualquer corporação de bombeiros locais e dos diferentes meios, tal como às diferentes características e contextos do cenário encontrado.

Deste modo e após as informações transmitidas pelo CODU, a primeira ação a acontecer é a sua preparação que é realizada “a caminho do local de ocorrência”, (INEM,2012:49) as quais possibilitam seguir as *guidelines* de atuação perante os diferentes cenários possíveis. Esta preparação agiliza a resposta no socorro tornando-a mais eficaz, ao mesmo tempo que certifica a segurança da equipa durante a prestação de socorro, indo ao encontro do que padroniza o manual do INEM de TAS/TAT⁶⁹ (2012:50) “*Em ambiente pré-hospitalar ao aproximar-se da vítima é fundamental efetuar uma rápida avaliação do local da ocorrência para determinar a segurança*”, sendo esta a segunda etapa.

De seguida, a avaliação da vítima pode fornecer dados essenciais que só estarão disponíveis para a equipa de EPH que estiver no local.

A partir da avaliação da vítima e do local, sendo este um processo dinâmico, revela-se fundamental depreender sobre a necessidade de recurso a medidas de proteção universal⁷⁰ tais como: identificar potenciais riscos para as pessoas presentes no local da ocorrência e da equipa de socorro e determinar o número de vítimas que necessitam de socorro.

Após verificar e eliminar o risco, a equipa de EPH deve “*avançar para prestar cuidados à(s) vítima(s)*”, (INEM,2012:50) sendo esta a sua prioridade absoluta e incontestável (NHSHP,2007)⁷¹, não esquecendo contudo que após estar assegurada a segurança é importante continuar atento, pois, “*a violência pode retomar a qualquer momento. Podem entrar no local diversas pessoas, algumas delas com atitudes e ações*

⁶⁹ TAS - Tripulante de Ambulância de Socorro. TAT - Tripulante de Ambulância de Transporte.

⁷⁰ As precauções universais, atualmente denominadas precauções básicas, são medidas de prevenção que devem ser utilizadas na assistência a todos os pacientes, na manipulação de sangue, secreções e excreções, e contato com mucosas e pele não-integra. Essas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual, com a finalidade de reduzir a exposição do profissional a sangue ou fluidos corpóreos, e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes, contaminados por material orgânico. Têm por objetivo evitar a transmissão de infeções (conhecidas ou não) do paciente para o profissional de saúde. Consultado 16 de janeiro de 2017, de <http://enfermagemonline.webnode.com.pt/epi/>

⁷¹ NHSHP crime scene guidelines. (2007.) New Haven Sponsor Hospital Program. Consultado a 10 de janeiro de 2017, de www.sponsorhospital.org.

agressivas. A equipa médica pode ser confundida com a polícia, e mesmo com a presença da polícia no local a equipa médica pode ser agredida” (Gomes, 2014:106).

É nesta prestação do socorro que especialistas observam que a maioria da contaminação num local de crime está diretamente relacionado com o pessoal que está presente (Baldwin HB & May CP, 2000), sendo por isso importante estarem no local somente os elementos necessários para a prática do socorro.

Tal como noutras situações com que nos deparamos no nosso dia-a-dia, excepcionalmente pode-se verificar algum desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. Nestes casos a prática adequada passará pela informação ao CODU, para que este coloque em curso as medidas adicionais consideradas necessárias para aquele contexto.

Segundo INEM (2012:50), *“num primeiro momento é possível recolher vários dados importantes sobre o estado da vítima sem que para tal seja necessário tocar na vítima”*. Seguindo esta linha orientadora evitar-se-á a contaminação/destruição dos vestígios na vítima.

A mnemónica ABCDE⁷² (em inglês) é o algoritmo utilizado para a avaliação primária das vítimas em contexto pré-hospitalar (ANEXO IX e XII), sendo realizada na vertical, isto é, obedece a um processo sequencial das várias etapas sugeridas pela sua ordem de prioridade.

Perante a identificação de situações que colocam em risco a vida da vítima, estas, devem ser resolvidas de imediato, antes da passagem para a etapa seguinte, ou seja, para a avaliação secundária.

Na avaliação secundária (ANEXO X e XIII) depois de estabilizada a vítima, procede-se a nova avaliação, reavaliando-se os parâmetros vitais. Ao longo desta etapa recolhe-se o máximo de informação possível referente à vítima e à ocorrência através da aplicação da mnemónica CHAMU⁷³.

É ainda na avaliação secundária que se realiza um exame físico estruturado de todos os segmentos corporais, iniciando-se este exame, na cabeça e pescoço, seguindo pelo tórax, abdómen, bacia e períneo, membros e, terminando no dorso e superfícies

⁷² AIRWAY: Permeabilização da via aérea (controlo da coluna cervical em casos de trauma); BREATHING: Ventilação e oxigenação; CIRCULATION: Assegurar a circulação com controlo de hemorragia; DISABILITY: Disfunção neurológica; EXPOSE/ENVIRONMENT: Exposição com controlo de temperatura (INEM, Manual TAS/TAT. 2012:51).

⁷³ CHAMU –[C]ircunstâncias do acidente, [H]istória médica anterior (antecedentes pessoais), [A]lergias, [M]edicção habitual e [Ú]ltima refeição. Esta mnemónica é uma adaptação para a língua portuguesa do inglês. O original (em inglês) é AMPLE: Allergy, Medication, Past Medical, Last meal, Environment. Adaptado do American College of Surgeons on Trauma: Initial Assessment and Management. In Advanced Trauma Life Support Program for Doctors, 7th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons (2004:11-29).

corporais posteriores (ANEXO X e XIII). De salientar que todo este processo de avaliação e o início do transporte, não deverá exceder os 7 a 10 minutos de duração, se estivermos perante uma vítima em estado crítico (INEM,2012).

INEM (2012), indica que para se realizar a exposição da vítima cujo objetivo seja identificar lesões de trauma se deve cortar a roupa em zonas pré-estabelecidas (ANEXO XIX).

Após estas duas avaliações iniciais chega-se por fim à última etapa da abordagem pré-hospitalar: o transporte para uma Unidade de Saúde. No entanto, nem sempre este acontece, pois pode-se ter verificado o óbito no local.

6. Preservação dos vestígios pela equipa de EPH no Local de crime

Quando as equipas de EPH chegam a um local de crime, automaticamente são acionados mecanismos mentais que conduzem a ações mecânicas destes elementos, tais como mexer na vítima para avaliação dos sinais vitais, cortar a roupa para a observação de feridas (caso existam) ou para estancar possíveis hemorragias, mudar a vítima de posição caso esta se encontre num espaço confinado, entre outros, que visam a salvaguarda da vida, prioridade absoluta e inquestionável.

Estas ações, embora obedeçam a mecanismos padronizados na prestação do socorro à vítima como já referimos anteriormente, acabam por colocar em risco a preservação dos vestígios, na medida em que quando o OPC competente inicia a sua investigação criminal, já uma série de acontecimentos decorreram e onde muitas pessoas previamente estiveram no local, o que coloca em destaque a seguinte questão: Como podem então atuar as equipas de EPH de modo a assegurarem a preservação do(s) vestígio(s) sem prejuízo do pleno exercício da sua missão?

Precedendo a abordagem à vítima, a equipa deve ter em atenção o meio envolvente, procurando registar a *“localização da vítima, presença de sangue, evitando pisar o mesmo, saber qual a posição em que a vítima foi encontrada e quais os itens que, além da roupa, estão na vítima”* (Gomes,2014:107).

Em continuidade é preciso verificar o seu estado clínico, de modo a atuarem em conformidade com as linhas orientadoras definidas para situações dessa natureza. Se a vítima já estiver cadáver *“a primeira ação a tomar é a verificação do óbito (...) preservando o local”* (INEM,2012:90).

Esta verificação pode ser feita através de sinais evidentes de morte *“ (putrefação⁷⁴, desfragmentação ou sinais de rigidez cadavérica⁷⁵), ou através de análise e verificação médica. Caso não seja possível confirmar o óbito, devem ser iniciadas manobras de reanimação de imediato”* (INEM,2012:90).

⁷⁴ É um sinal tardio de morte, por alterações na composição dos tecidos corporais. A principal fonte da decomposição é a putrefação que é provocada por bactérias. Após a morte, as bactérias que fazem parte da flora do trato intestinal invadem todo o corpo do cadáver. O primeiro sinal observado é geralmente no quadrante abdominal inferior, sob a forma de uma descoloração esverdeada que se instala habitualmente no período de 24 a 48 horas. A velocidade da decomposição dos tecidos é determinada, entre outros fatores pela temperatura ambiente. Temperaturas elevadas aceleram o processo da decomposição (Harris, 2014).

⁷⁵ No prazo de aproximadamente duas horas após a morte, a contração muscular *post-mortem* leva à rigidez do corpo. É o resultado da diminuição de um nucleótido responsável pelo armazenamento da energia nas ligações químicas, chamado adenosina trifosfato (ATP) que afeta a actina e a miosina e vai impedir que as fibras dos músculos relaxem. Ocorre primariamente nos músculos mais pequenos do maxilar, progredindo para a face, extremidades superiores e, por último, para os músculos das extremidades inferiores. Por norma demora entre 6 a 12 horas até que se desenvolva por completo o *rigor mortis*. Após 36 horas o *rigor mortis* desaparece. Estas fases são variáveis em função de uma atividade vigorosa, que esgota ao ATP, ou através de um aumento da temperatura ambiente, que acelera o processo, ou com um tempo frio que o retarda (DiMaio & Dana, 1988 citado por Harris, 2014).

Se a vítima se encontrar viva, inicia-se de imediato a prestação dos socorros adequados, cujo objetivo principal é a manutenção da vida.

Ainda que tenham que trabalhar de uma forma imediata e rápida numa situação em que a vítima corre grave risco de vida (ex: Paragem Cardiorrespiratória), e para que não se destruam os vestígios, estes profissionais devem seguir as instruções da polícia de proximidade (se estiver no local) e que poderá *“Ajudar, guiar e instruir o pessoal médico durante o cuidado e a remoção de pessoas feridas, diminuindo o risco de contaminação e perda de vestígios”* (NFSTC⁷⁶,2013:3).

Em relação a estes elementos de segurança (PSP, GNR) caso sejam os primeiros interventores do local de crime, devem, após controlar quaisquer situações perigosas ter a responsabilidade de assegurar que a assistência médica seja prestada à vítima, enquanto minimiza a contaminação do local (NFSTC,2013). Neste contexto e segundo a mesma fonte, o primeiro elemento policial deve:

- ✚ Avaliar a vítima das necessidades médicas e providenciar imediatamente assistência médica;
- ✚ Orientar os elementos da equipa de EPH para a vítima, para desta forma minimizar a alteração ou contaminação do local;
- ✚ Comunicar às equipas de EPH os potenciais vestígios que estão no local e na vítima, e orientá-los no sentido de minimizar o contacto com eles. Assegurar a preservação da roupa (abordaremos este tema mais adiante) e documentar os movimentos e ações desenvolvidas pela equipa da EPH;
- ✚ Instruir os elementos da EPH a não "limpar" o local de crime e evitar a remoção ou alteração de itens originários do cenário que encontraram;
- ✚ Se a vítima ou suspeito é transportado para uma unidade hospitalar, deve-se enviar um elemento policial com a vítima ou suspeito, para documentar quaisquer comentários feitos, e preservar os vestígios. Se não houver elementos disponíveis para acompanhar a vítima ou o suspeito, deverá ficar no local e “orientar” os elementos das equipas de EPH para a preservação de vestígios e documentar quaisquer comentários feitos pela vítima ou suspeito.

Embora, não sendo da sua área de atuação, se as equipas EPH forem as primeiras a chegar, podem procurar desde logo, isolar o local e registar a existência tal como indica o Manual da Polícia Judiciária (2009:25) para o primeiro interveniente policial:

⁷⁶ National Forensic Science Technology Center - (NFSTC) é uma empresa sediada em Largo, Flórida - E.U.A., dedicada a apoiar as comunidades forenses, justiça e militares através de formação para analistas e elementos da área forense, realização de testes e avaliação de tecnologia, avaliações de necessidades e estudos de eficiência, e avaliações de qualidade de laboratórios forenses. <https://www.nfstc.org/> Consultado a 25 de maio de 2017.

- ✚ *Portas – abertas ou fechadas? De que lado estava a chave?*
- ✚ *Janelas – abertas ou fechadas? Estavam trancadas?*
- ✚ *Luzes? - Ligadas ou desligadas? Quais estavam ligadas?*
- ✚ *Cortinas e estores – abertos ou fechados?*
- ✚ *Cheiros – cigarros, fumo, gás, pólvora, perfume, etc?*

Devem também seguir as linhas orientadoras recomendadas para as equipas de EPH nos diversos tipos de situação, tendo o cuidado de *“tocar apenas no que for necessário, mover apenas o que for para mover, restringir a entrada de pessoas no local, se possível usar uma única entrada e saída, (...), não fumar, comer ou beber no local”* (Gomes, 2014:108), nem utilizar o telemóvel da vítima ou as casas de banho do local.

O uso de luvas por parte da equipa de emergência médica nos procedimentos a efetuar, não só impede a contaminação individual por material biológico que possa existir, bem como, evita que as suas impressões digitais fiquem no local. Sempre que possível, as luvas devem ser trocadas quando a vítima e os vestígios são manuseados pelos profissionais de saúde, evitando assim a contaminação cruzada (Peter J.et al., 2010:190-199).

É necessário que a equipa de EPH tenha conhecimento da importância que pode ter para a investigação criminal, por exemplo, as mãos da vítima. Podem existir, mesmo não sendo visíveis a olho nu, vestígios importantes como cabelos, pelos, material subungueal, sangue, pele ou outro material biológico pertencente ao autor e que estejam por isso relacionados com o caso (Santos,2008).

Pelo que foi atrás descrito e numa abordagem forense é necessário envolver/proteger as mãos com sacos de papel e “selar” com fita adesiva ou elásticos para que não exista a perda de vestígios (Judiciária,2009).

Se for necessário avaliar a saturação periférica de oxigénio através de um oxímetro, é necessário que os dedos das mãos estejam visíveis e acessíveis. Podem-se perder vestígios com o uso deste aparelho. Evidentemente que o valor Vida se sobrepõe à preservação de vestígios e as necessidades médicas e de segurança da vítima são sempre a prioridade absoluta.

O processo de recolha de vestígios não deve interferir com as medidas de socorro, mas, neste caso em concreto, podemos contornar este problema minimizando a possível destruição de vestígios, se por exemplo soubermos que a vítima é dextra,

utilizaremos o oxímetro para se fazer a avaliação na mão esquerda, minorando-se assim as perdas, mais relevantes na mão direita (Batista da Costa, 2010).

Caso tenha existido disparos com uma arma de fogo, poderão haver resíduos resultantes da deflagração. Caso se faça uma simples lavagem com soro fisiológico ou a desinfecção com um qualquer antisséptico nas mãos da vítima ou suspeito e não sendo fundamental fazer naquele momento (por não colocar em risco a vida da vítima), poder-se-á destruir estes vestígios, tão importantes para a investigação (Ademar,2015).

Nestas situações, deve-se evitar puncionar as veias no dorso das mãos para a administração de terapia endovenosa, usando de preferência, conforme *guidelines* de trauma “*acessos de grosso calibre, em locais centrais*” (Gomes, 2014:108,9), pois irão ser realizadas nas mãos a “*recolha de resíduos de disparos (...) com kits de recolha de resíduos (...) com a finalidade de detetar as partículas metálicas derivadas da deflagração do primário existente na cápsula fulminante de uma munição, efetuando-se a análise por microscopia eletrónica*” (Judiciária,2009:150).

As peças de roupa, que muitas vezes são rasgadas “*para a aplicação das pás do desfibrilhador*” (INEM,2012:90) na vítima, também podem facultar informação útil e única, por servirem de prova (B.R. Sharma,2003), pelo facto de, não só por poder conter material biológico do autor, possíveis resíduos de disparos, entre outros.

Deste modo, quando existe atuação dos profissionais de saúde da EPH, o manuseio exige que se tenha a maior cautela para que a perda, a existir, seja a menor possível, sendo primordial que ao se fazer o corte para a observação e tratamento da ferida/hemorragia, se faça o mais longe possível (por ex. ao longo das costuras) dos orifícios, rasgões ou manchas, provocados na sequência do projétil, de uma lâmina de arma branca, ou outro qualquer objeto agressor.

Outro aspeto relevante em relação à roupa é que por vezes nas manobras de reanimação, mesmo não sendo rasgadas, são retiradas e “*colocadas no chão*” (Gomes, 2014:109), ficando estas, sujeitas a várias “agressões”, nomeadamente serem pisadas pelos elementos da EPH em ação ou então, manchadas por várias soluções utilizadas, até serem colocadas num saco de plástico.

As boas práticas recomendam que as roupas da vítima não devem ser atiradas para o chão quando se efetua o socorro ou se procede à transferência da vítima para a maca da ambulância, mas sim, em lençol branco e colocadas numa área onde não possam ser pisadas ou manchadas, até que possam ser guardadas numa caixa de cartão ou sacos de papel, para evitar contaminação cruzada. Cada peça de roupa deve ser

colocada por separado em sacos de papel. Quando as roupas estão húmidas, para não haver crescimento de fungos existindo a possibilidade da destruição do ADN, estas devem ser colocadas em sacos de papel (nunca em plástico) e o OPC deve ser avisado o mais rápido possível da sua existência e do seu estado, para que sejam encaminhadas para o laboratório de referência e aí serem colocadas a secar.

O calçado pode ser uma evidência igualmente valiosa, por isso deve ser tratado de igual forma como as roupas (Peter, J. et al,2010).

Se for necessário fazer um qualquer tratamento e que tal seja imprescindível, a lesão⁷⁷ deve ser fotografada antes da desinfeção e colocação do apósito. Deverá ser guardado a primeira compressa que se utilizou na lesão, pois tal poderá servir como prova (Peter, J. et al,2010).

A EPH finaliza a sua intervenção quando o médico (geralmente da VMER) verifica o óbito⁷⁸.

Entretanto, podem ter decisiva importância os vestígios (impressões digitais, suor, eventualmente sangue, entre outros) que estejam por exemplo, numa bucha de um projétil de arma de fogo ou numa arma branca usada para perpetrar o crime e se encontrem no chão ou num outro qualquer lugar nas imediações.

Se no final da prestação de socorro, qualquer um destes objetos não tiverem sido tocados ou mexidos, este terá sido um dos melhores serviços que a equipa de EPH poderia ter prestado à investigação criminal e à justiça (Ademar,2015).

Contrariamente à polícia de proximidade, o pessoal da emergência médica está destituído do poder necessário para cumprir algumas tarefas, tais como: registar a identidade das pessoas presentes no local. Sendo certo que não pode obrigar quem quer que seja a identificar-se para poder vir a ser inquirido como testemunha, pode registar fisionomicamente a pessoa em causa e indicá-la ao primeiro agente de autoridade que surgir no local para que ele o faça. Pode igualmente registar as matrículas de viaturas que surjam, parem ou abrandem e cuja presença suscite dúvidas; algum caso de contaminação de que seja responsável ou que tenha

⁷⁷ “A verificação de lesões que apresentem características de disparos efetuados a longa distância* anula, desde logo a hipótese de suicídio” (Romão de Matos, 2002:17). * Ver p.66

⁷⁸ De acordo com o artigo n.º 4 da Lei n.º 141/99 de 28 de agosto, a verificação da morte compete ao médico a quem, no momento, está acometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça. Segundo o parecer n.º 105/2011 da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, esta Lei [n.º 141/99], ao prever que a verificação possa também ser feita pelo médico que em primeiro lugar compareça no local, admite a hipótese de o médico assistente poder não o fazer. Isto acontece, por exemplo, nos casos em que o médico do INEM é chamado em primeiro lugar ao local e verifica o óbito. No entanto, a certificação do mesmo continua a ser da responsabilidade do médico assistente. É, portanto, dever de zelo do médico assistente disponibilizar-se, se solicitado, para emitir certificado de óbito verificado por outro colega e se este (por não conhecer o caso) não o emitiu. Assinalará a causa da morte se tiver fundadas razões para o fazer e, caso contrário, deverá assinalar ser o óbito de causa desconhecida.

presenciado, passando igualmente esta informação ao representante do OPC que ali comparecer (Ademar,2015).

O que se pede aos elementos da equipa de EPH é que se devem “*mostrar cooperantes com as autoridades de polícia que estejam a investigar o sucedido*” (INEM,2012:90) sem, naturalmente deixarem de ter como foco de intervenção, a vítima e que mantenham apurada a visão periférica no local de crime.

Esta noção global do espaço será preciosa para que alguns vestígios que estejam nas imediações, como marcas de rodados, de calçado, pontas de cigarro ou outros vestígios, não sejam destruídos irremediavelmente.

Depois do que atrás foi exposto, é importante fazer a seguinte referência: todas as embalagens vazias e material usado na assistência à vítima devem ser levados do local ou se tal não for possível, “*deve ser identificado como pertença da equipa de EPH*” (INEM,2012:90). Tanto quanto possível, a equipa deve abandonar o local deixando-o nas condições em que o encontrou.

Na verdade, é desejável que nenhum procedimento forense iniba ou atrase a prestação de socorro, no entanto deve existir alguma sensibilidade ou conhecimento das equipas de EPH no que concerne à preservação dos vestígios pois pode prevenir a destruição desnecessária de provas.

CAPÍTULO II

FASE METODOLÓGICA

Na primeira parte do estudo, com o objetivo de recolher informações, recorreu-se essencialmente à pesquisa documental e bibliográfica, leituras efetuadas em artigos publicados em revistas científicas, consulta de informação via *internet* e *intranet* da PJ, no sentido de ordenar e definir conceitos da emergência médica pré-hospitalar e da investigação criminal do homicídio por parte da PJ, visando a fundamentação do conhecimento.

Durante a segunda parte é intenção explicar as opções metodológicas adotadas, bem como as estratégias utilizadas para a recolha de toda a informação necessária no decorrer do trabalho.

Iremos ainda proceder à análise, interpretação e correlação da informação, apontando os procedimentos da equipa de EPH que no local de homicídio poderão contribuir para a preservação dos vestígios ou, pelo contrário, através das suas práticas de socorro, contaminar/destruir esses mesmos vestígios, colocando em causa a investigação do crime.

Ao propormo-nos obter respostas, utilizando para tal, conhecimentos científicos, vai-se ao encontro do que diz Gil (2008), quando refere que em qualquer pesquisa o principal objetivo passa obrigatoriamente pela procura de respostas mediante o emprego de procedimentos científicos, pois são estes métodos que vão permitir a obtenção de conhecimentos.

Deste modo, o principal interesse do nosso estudo não é generalizar, mas antes, particularizar e compreender o fenómeno na sua complexidade e singularidade, enraizando conhecimento de forma metódica, sublinhando ainda, que é a partir da investigação científica que se cria novos saberes de forma ordenada e organizada, condição determinante para o desempenho de uma profissão, pois irá tornar os seus profissionais melhor informados e especializados no pleno exercício das suas funções, como nos ensina Fortin (1999).

É pertinente ainda, referir que o nosso campo de interesse relaciona-se com preocupações profissionais, no sentido de sensibilizar e gerar conhecimento às equipas de EPH no local de crime de homicídio para a importância da preservação dos vestígios, sem prejuízo do pleno exercício da sua missão, - prestação de socorro e manutenção da vida - sem deixar de realçar, o que defende Braz (2015) sobre o valor que estes intervenientes têm para a inspeção judiciária, na medida em que o seu comportamento pode garantir o sucesso da investigação criminal.

1. FASE EMPÍRICA OU VERIFICAÇÃO

Ao darmos início a esta investigação, uma preocupação emergiu, na medida em que tínhamos por objetivo verificar os procedimentos da EPH no local de homicídio e a sua relação com a investigação criminal na preservação dos vestígios, pelo que chegados a esta fase do estudo, se impõe a verificação empírica dos resultados observados.

Por conseguinte, importa interpretar os factos observados no sentido de se proceder a uma reflexão ou, ainda, de sugerir novos olhares para uma investigação futura.

Esta fase define-se como a recolha de informação de forma sistemática no local de crime de homicídio, com recurso à referida grelha de observação, bem como, às entrevistas realizadas, cuja finalidade se refere à produção de resultados que possam ser analisados e interpretados, com vista à explicação dos mesmos (Fortin, 1999).

2. RECOLHA DE DADOS

Na abordagem de um estudo de carácter exploratório e descritivo é possível recorrer a diferentes instrumentos de recolha de informação e dados, dos quais se destacam o trabalho de campo com observação direta, grelhas de observação e entrevistas semiestruturadas, tendo-se utilizado para a realização deste estudo dois instrumentos de recolha de informação.

Utilizou-se em primeiro lugar a observação direta (*in loco*), no local de suspeita de homicídio, após termos sido contactados via telefone pelo Sector do Local do Crime do LPC. Através de uma grelha de observação (ANEXO VII), registámos os procedimentos efetuados pelas equipas de EPH, na abordagem à vítima e ao local de crime.

O empenho e objetividade do investigador são fatores determinantes para a estruturação de um meio de recolha de dados, pois desde o seu início que se revela como uma tarefa difícil de executar (Moreira, 2007).

Através da observação, o investigador regista tudo de forma rigorosa, consciente, reflexiva e conforme nos indica Afonso (2005:91) “*a observação é uma técnica de recolha de dados, particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos*”.

A partir dos indicadores presentes no Manual de Procedimentos da PJ (2009), seguimos uma linha orientadora, julgada por nós pertinente e que nos elucidaram sobre as condutas a serem executadas pelos primeiros intervenientes institucionais de socorro à(s) vítima(s) na perspetiva da preservação de vestígios.

Houve necessidade de elaborar a referida grelha de observação de raiz, pois após pesquisa bibliográfica, bem como pesquisa *online*, constatámos a inexistência de um instrumento desta natureza já elaborado e testado.

De forma a facilitar a sua análise e leitura, dividiu-se a grelha de observação em três partes:

- ✚ Entrada no local das equipas de EPH;
- ✚ No local;
- ✚ Saída do local.

Para se assegurar a proteção da identidade das vítimas e da investigação dos crimes observados, não se registaram dados pessoais, nem locais (apenas foi identificado o distrito), assegurando o anonimato.

As observações dos locais do crime decorreram no período de 1 de novembro de 2016 até final de abril de 2017. Foram realizadas 27 observações.

A área geográfica da DLVT – onde se insere o departamento de Crimes Contra as Pessoas - tem na 1.ª seção, 3 brigadas, desenvolvendo a sua ação em onze círculos judiciais e trinta comarcas, (ANEXO XXI).

Como segundo instrumento de recolha de dados, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas aos elementos da investigação da PJ da área dos homicídios da DLVT. A escolha pelas entrevistas semiestruturadas deveu-se ao facto de que os pontos de vista dos indivíduos neste tipo de entrevista são mais facilmente expressos, contrariamente a uma entrevista estruturada ou até mesmo num questionário, conforme nos dá conta Flink (2012).

Na mesma linha de pensamento, o mesmo autor fala-nos ainda do objetivo destas entrevistas, que será o de revelar o conhecimento já existente acerca de determinado tema e através de respostas torná-lo acessível à interpretação.

Deste modo transforma-se numa técnica preciosa na recolha de informação, sendo igualmente muito perigosa, se o saber teórico do investigador não estiver em harmonia e atento aos pormenores, deixando que fujam por entre os dedos elementos essenciais à respetiva análise (Quivy, et al, 2003).

Assim, o investigador ao formular as perguntas de uma entrevista (perguntas orientadoras), não se deve preocupar com a ordem das mesmas, não negligenciando, contudo a imperatividade das respostas por parte dos entrevistados.

Durante a entrevista, o entrevistador deixa o entrevistado falar sobre o tema de forma livre, sem deixar contudo de o reencaminhar para os objetivos por si delimitados,

sempre que tal se justifique, aplicando as perguntas orientadoras de forma mais natural possível (Quivy, et, al., 2003).

Nas questões abertas ou de resposta livre, constata-se que estas, permitem realçar o ponto de vista dos entrevistados e possibilita uma ideia mais próxima da realidade experienciada pelo próprio, sendo permitido aos participantes colocarem questões e expressarem livremente o seu pensamento sobre o tema (Fortin, et al., 2009).

Nesse sentido elaborámos um guião das entrevistas (ANEXO II), para servir como fio condutor, onde constam os pontos a abordar.

As entrevistas decorreram no período de 1 a 31 de março de 2017, tendo sido realizadas 15 no total. Foram efetuadas em local adequado de forma a proporcionar privacidade (geralmente dentro dos seus gabinetes), com a duração média de 15 minutos e respeitando-se a disponibilidade dos intervenientes.

As entrevistas foram individuais, tendo como linha orientadora o referido guião, gravadas em suporte áudio, tendo sido solicitado o consentimento (ANEXOIII) dos participantes.

Com a finalidade de testar a aplicabilidade e funcionalidade do guião, antes de se prosseguir, foi efetuada uma entrevista experimental a um inspetor que tinha trabalhado numa brigada de homicídios. Para além da sua disponibilidade, a escolha recaiu sobre este inspetor por desempenhar as mesmas funções dos intervenientes, que posteriormente iriam ser entrevistados.

A não inclusão no estudo desta primeira entrevista deveu-se ao facto de a mesma ter servido somente de pré-teste, não só para o guião da entrevista, mas também para familiarizar o entrevistador/investigador com o método de recolha de dados.

3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após leituras documentais, procedeu-se à análise de conteúdo, sendo registadas as informações obtidas através da aplicação da grelha de observação (27 observações) e das entrevistas realizadas aos 15 elementos das brigadas de homicídios da PJ da DLVT, visando a correlação da informação obtida.

Para procedermos à análise estatística dos dados, começámos por colocar em suporte de papel a tabela dos resultados obtidos pela observação no local, avançando para a descrição e interpretação dos mesmos, de modo que o cálculo estatístico não se obteve através de nenhum programa informático específico para o efeito, apresentando-se graficamente através do Microsoft Office Excel 2010.

Num estudo de carácter qualitativo, ao se efetuar a primeira recolha de dados, simultaneamente acontece a sua análise pois como nos indicam P. Henry e S.Moscivici, citados por Bardin (2009:34) “*tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo*”.

3.1 ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Em relação às entrevistas, o primeiro passo para a análise e interpretação de dados gravados deu-se com recurso a meios tecnológicos (aplicação de gravador de voz dum telemóvel), é a transcrição, que, de acordo com Flink (2012) se pode dividir em três características fundamentais:

- ✚ Transcrever afirmações, entradas, pausas, finais das frases, etc.;
- ✚ Segunda comparação do que foi transcrito com a gravação efetuada;
- ✚ Anonimato dos dados.

Deste modo, procedemos às transcrições das entrevistas, seguindo a orientação de Flink (2012), ou seja, as entrevistas foram integralmente transcritas, respeitando o discurso dos entrevistados, fazendo uso das suas próprias palavras e expressões, procurando seguir uma “*timeline*” quando se efetuaram as transcrições.

No sentido de facilitar a manipulação da informação e manter o anonimato, a cada uma das entrevistas foi atribuído um número, de 1 a 15, antecedido da letra “E” de [E]ntrevista, da mesma maneira que foi atribuído a letra “R” às [R]espostas seguidas do número 1 a 15. Ilustrando o que foi dito, E7-R14, traduz-se em Entrevista 7, Resposta 14, e como exemplo apresentamos a transcrição de uma das entrevistas no ANEXO V.

Durante o processo de leitura houve a necessidade de isolar e recolher frases e expressões que mais se coadunavam com o objeto de estudo, assentando esta necessidade na recolha de dados, que decorreu em simultâneo através do trabalho de campo *in loco* e posterior análise da grelha de observação (ANEXO VII) utilizada para correlacionar as entrevistas efetuadas. Ainda durante esta fase, procedeu-se à codificação dos dados, agrupando-os em unidades temáticas, porque “ A categorização tem como objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (Bardin, 1979:119).

3.2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Após recolha e verificação, é chegada a hora de se proceder à apresentação, análise e interpretação da informação obtida através da observação nos locais de homicídio, bem como, das entrevistas realizadas recorrendo a gráficos e texto corrido no sentido de facilitar a leitura dos resultados.

Com a apresentação dos resultados, é nossa intenção estabelecer uma ligação lógica entre a investigação criminal (através das entrevistas realizadas) e os procedimentos das equipas de EPH (através da grelha de observação), na preservação dos vestígios no local e na vítima de crime de homicídio, encontrando-se esta preocupação sempre presente no processo de análise.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Das 27 observações compreendidas entre as datas já assinaladas, e após tratamento estatístico de dados e elaboração dos respetivos gráficos recorreu-se à análise dos mesmos, utilizando-se a seguinte divisão:

- ✚ Gráficos de 1 a 8 => entrada no local de crime das equipas de EPH, **antes** de abordar a vítima;
- ✚ Gráficos de 9 a 18 => intervenção da equipa de EPH **no local** de crime;
- ✚ Gráficos 19 e 20 => **saída** do local da equipa de EPH.

Entrada no local de crime das equipas de EPH, **antes** de abordar a vítima

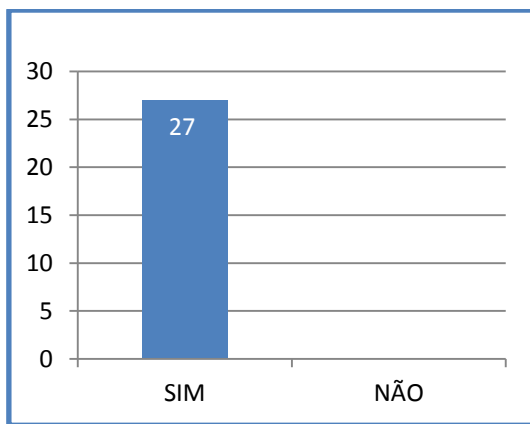


GRÁFICO 1- PRESENÇA DA EQUIPA DE EPH

Em relação à presença no local de crime da EPH, verifica-se que esteve presente na totalidade das 27 intervenções observadas (100%). Este primeiro registo é decisivo para a continuação da observação no local, pois caso as equipas da EPH não estivessem presentes, não se avançaria com a observação.

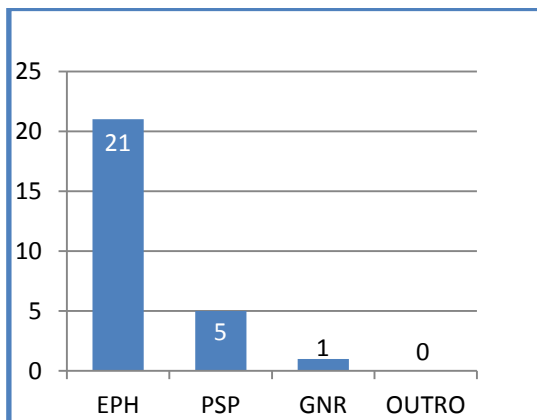
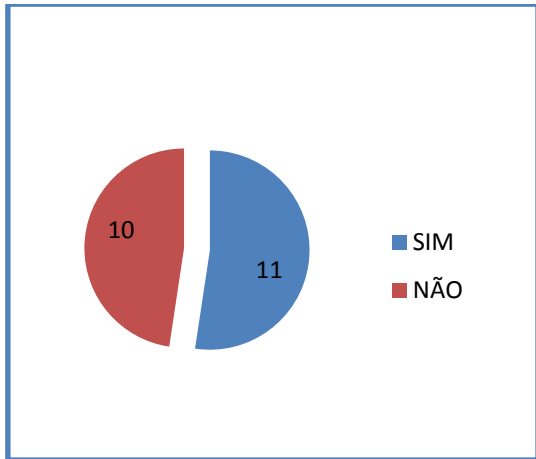


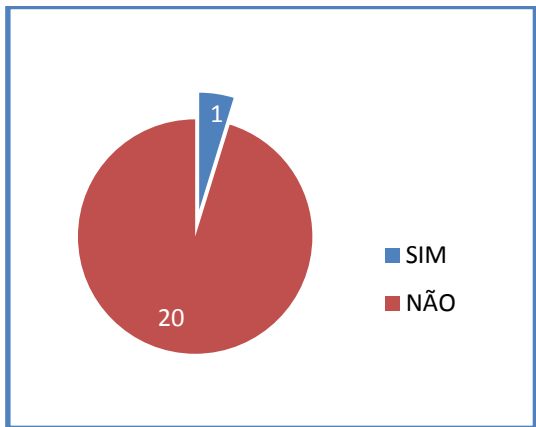
GRÁFICO 2 - PRIMEIROS INTERVENIENTES INSTITUCIONAIS A CHEGAR AO LOCAL DO CRIME

No segundo gráfico concluímos que em 21 observações (77,77%), a EPH foi a primeira equipa institucional a chegar ao local de crime, mesmo antes das autoridades policiais locais (PSP [5] ou GNR [1]).



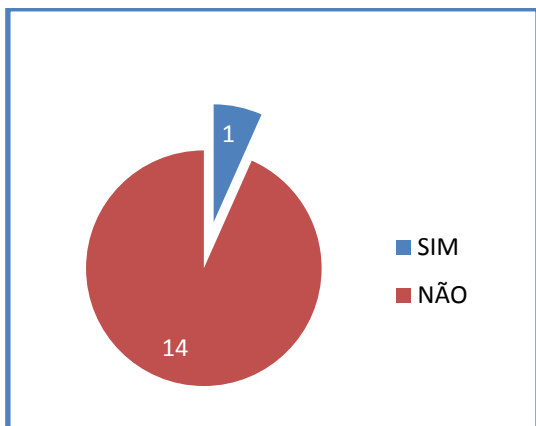
Das 21 intervenções em que a EPH foi a primeira equipa institucional a chegar ao local de crime, em 11 situações (52,38%), foi esta equipa que contactou as autoridades policiais ao local.

GRÁFICO 3 - CONTACTO PARA O OPC AO LOCAL DO CRIME



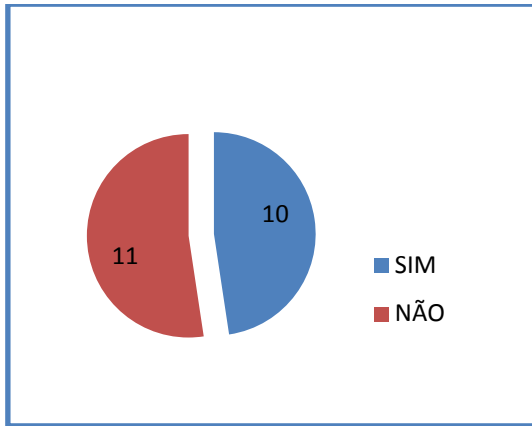
Constata-se pelo gráfico n.º4 que apenas foi relatado um caso (4,76%), de cheiros “identificáveis” à polícia de proximidade. Foi referido o cheiro a gás numa habitação.

GRÁFICO 4 - CHEIRO(S) CARACTERÍSTICO(S) NO LOCAL DO CRIME



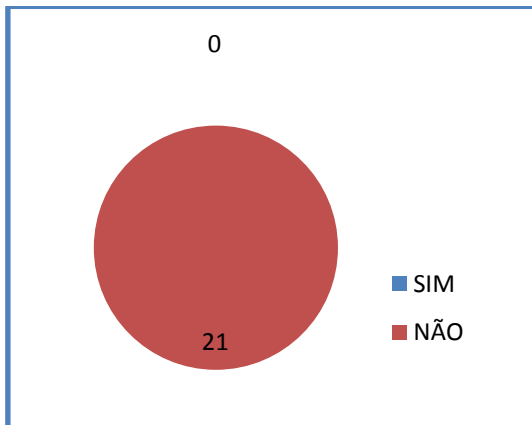
Das situações que ocorreram em locais de habitação/comércio (15), foi apenas relatado 1 caso (6,66%) pela equipa da EPH à polícia de proximidade sobre este assunto. O caso foi de um arrombamento de uma porta por parte dos bombeiros e PSP para entrarem numa habitação. Em situações de via pública não foi aplicado este item.

GRÁFICO 5 - JANELAS E/OU PORTAS ABERTAS E/OU ARROMBADAS NO LOCAL DO CRIME



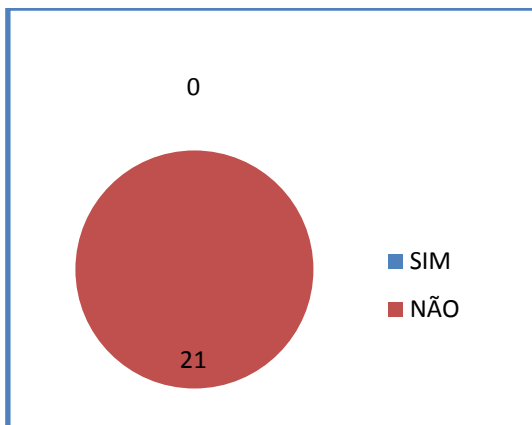
Em 21 casos de intervenção cuja chegada foi anterior aos OPC, em 10 casos (47,61%) declararam à polícia de proximidade a existência de pessoas no local para além da vítima.

GRÁFICO 6 - PRESENÇA DE PESSOAS NO LOCAL DO CRIME



Não houve em qualquer caso o relato da EPH à polícia de proximidade da presença de automóveis “suspeitos” no local.

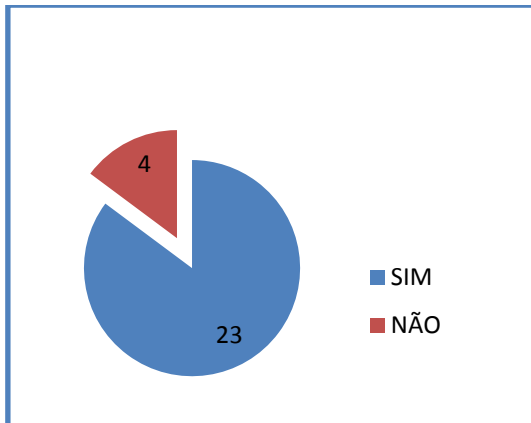
GRÁFICO 7 - PRESENÇA DE AUTOMÓVEIS NO LOCAL DE CRIME



Relativamente à foto documentação do local e/ou da vítima antes de entrarem no local de crime, constatou-se que tal nunca foi realizado (0%) pela equipa de EPH.

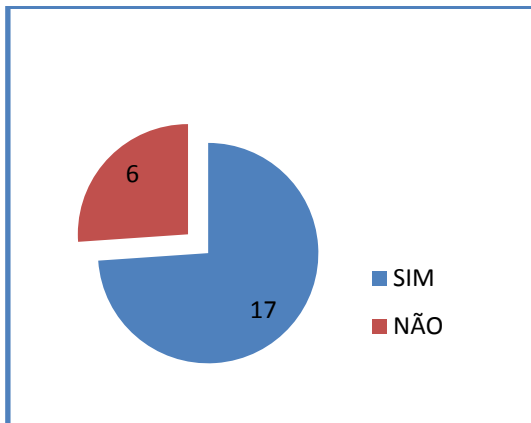
GRÁFICO 8 - FOTO DOCUMENTAÇÃO NO LOCAL DO CRIME

Intervenção da equipa de EPH no local de crime



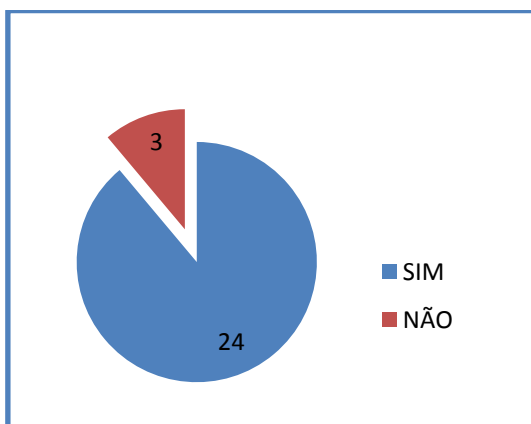
Verificou-se que em 23 intervenções (85,18%) a vítima foi mexida pela equipa de EPH, sendo alterada a sua posição. Os restantes 4 casos (14,82%), foram situações de morte evidente - putrefação de cadáver (1); carbonização (1) e sinal de rigidez cadavérica completa (2).

GRÁFICO 9 - MEXERAM NA VÍTIMA ALTERANDO A SUA POSIÇÃO



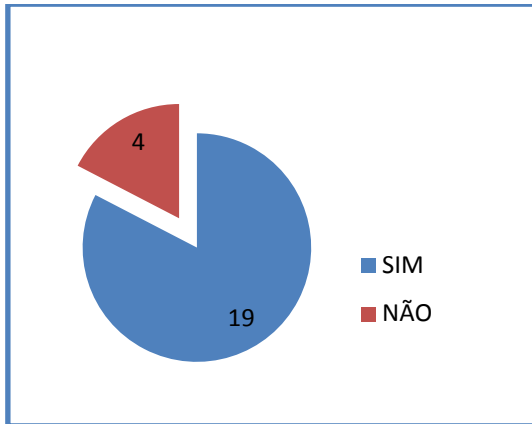
Verificou-se que em 17 intervenções (73,91%) da EPH, foram efetuadas manobras de reanimação à vítima. Em 6 situações (26,09%), fez-se a verificação do óbito por parte do médico, sem existirem manobras de reanimação.

GRÁFICO 10 - MANOBRAS DE REANIMAÇÃO À VÍTIMA



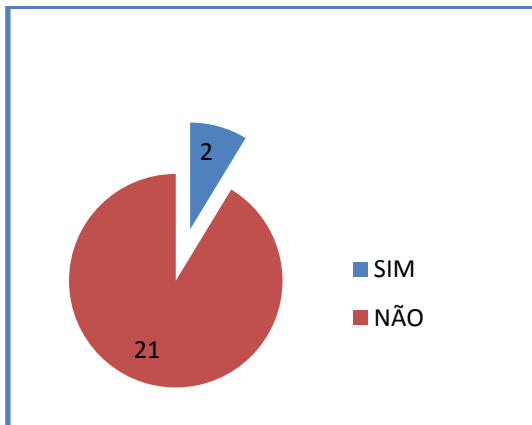
Constata-se que em 24 intervenções (88,88%) da equipa de EPH, foi tocado algum (um ou mais) objeto(s) no local de crime.

GRÁFICO 11 - INTERAÇÃO COM OBJETOS NO LOCAL DO CRIME



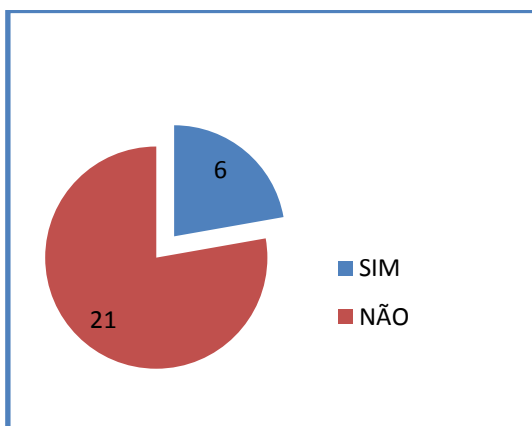
Verificou-se que nas 23 vítimas onde existiu intervenção da EPH, em 19 situações (82,60%), rasgou-se uma peça (ou mais) de roupa. Foram rasgadas: camisolas (6), camisas (7), t-shirt (11), soutien (3) e calças (4). De realçar, que, por vezes na mesma vítima, foi cortada/rasgada, mais que uma peça de roupa.

GRÁFICO 12 – MANIPULAÇÃO DAS PEÇAS DE ROUPA- I



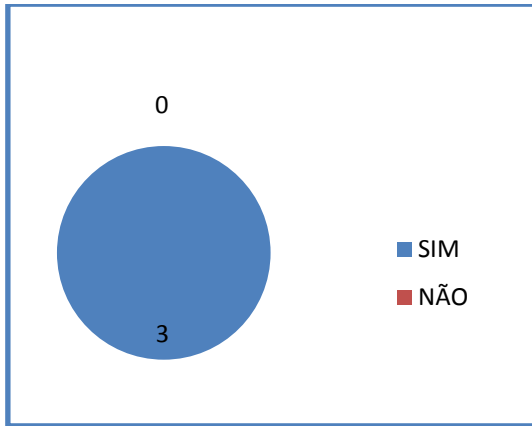
Constatou-se que foram retiradas duas (8,69%) peças de roupa - casacos - às vítimas pela equipa de EPH, sem serem cortadas.

Gráfico 13 – MANIPULAÇÃO DAS PEÇAS DE ROUPA – II



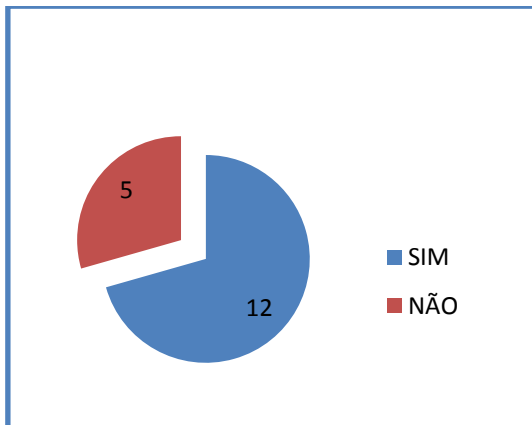
Verificou-se em 6 situações (22,22%), a existência da pretensa arma/instrumento do crime no local - (corda, lâmina de barbear, arma de fogo, arma branca). De salientar que, várias situações (algumas ainda em investigação) “passaram” de suspeita de homicídio, para morte natural. Nestes casos não existe arma/instrumento do crime.

Gráfico 14 - PRESENÇA DA POSSÍVEL ARMA/INSTRUMENTO DO CRIME NO LOCAL



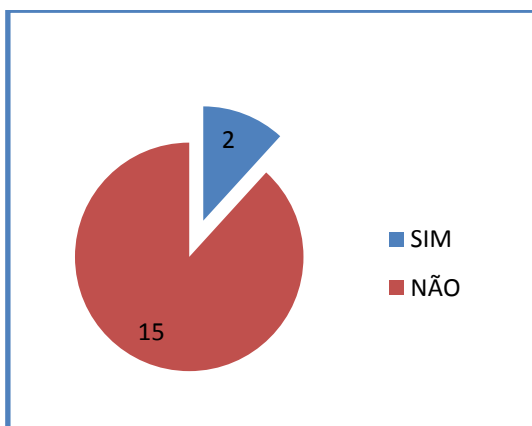
Constatou-se que nos três casos onde existiram armas de fogo, estavam presentes em todas (100%) as situações, os invólucros de munições e/ou projécteis, não tendo sido estes, manipulados pelas EPH.

GRÁFICO 15 - PRESENÇA DE INVÓLUCROS DE MUNIÇÕES E/OU PROJÉCTEIS NO LOCAL DO CRIME



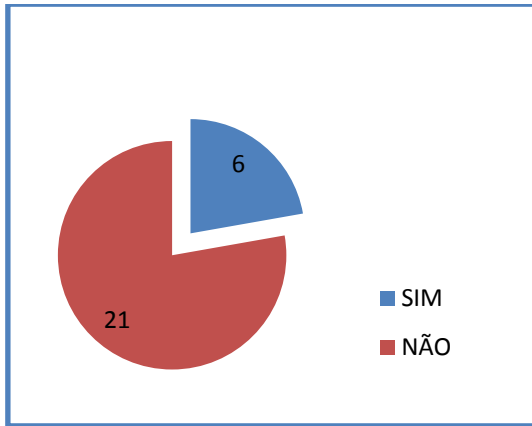
Das 17 situações onde existiram manobras de reanimação à vítima, em 12 casos (70.58%) administraram-se fármacos endovenosos.

GRÁFICO 16 - ADMNISTRAÇÃO DE FÁRMACOS À VÍTIMA



Constata-se que foram realizadas duas (11,76%) drenagens de fluidos na vítima de crime pela equipa de EPH e que ambas não foram preservadas. As técnicas invasivas foram de intubações naso-gástricas.

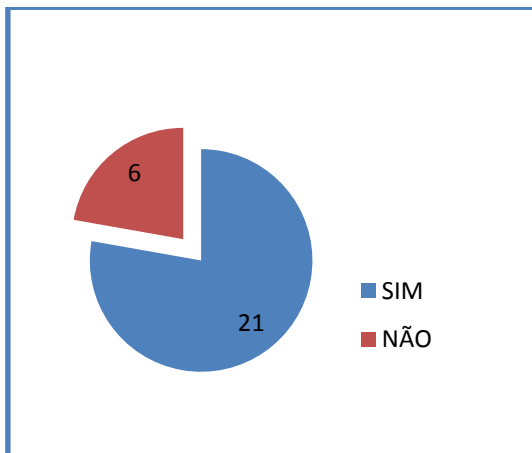
GRÁFICO 17 - DRENAGEM DE FLUIDOS À VÍTIMA



Foram observadas em 21 situações (77,77%), que a equipa da EPH não permaneceu junto da vítima após a verificação do óbito pelo médico.

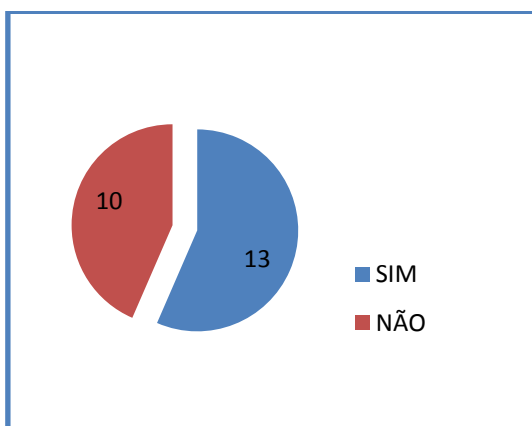
GRÁFICO 18 - PRESENÇA DA EQUIPA DA EPH APÓS A VERIFICAÇÃO DO ÓBITO

Saída do local da equipa de EPH



Verificou-se em 21 casos (77,77%), a presença de material da EPH no local do crime, maioritariamente: luvas, compressas, pacotes vazios (luvas / compressas / seringas), lençóis, embalagem de soro vazio, após abandonarem o local.

GRÁFICO 19 - PRESENÇA DE MATERIAL DA EQUIPA DE EPH NO LOCAL APÓS SE RETIRAREM



Verificaram-se 13 casos (56,52%), de material utilizado na prestação de socorro na vítima, após abandonarem o local.

Em 8 casos estavam elétrodos para monitorização cardíaca, em 6 ligaduras/pensos, e num caso as pás do DAE. De realçar, que, por vezes na mesma vítima, estava presente mais que um material utilizado pela equipa de EPH.

GRÁFICO 20 - PRESENÇA DE MATERIAL DA EPH NA VÍTIMA APÓS SE RETIRAREM

5. ANÁLISE INTERPRETATIVA DOS RESULTADOS

Depois da recolha, tratamento estatístico dos dados e análise dos gráficos, impõe-se a realização da análise interpretativa dos resultados.

Em relação ao primeiro gráfico analisado, onde é relatado a presença da equipa de EPH no local de suspeita de homicídio, observou-se que estas estiveram presentes na totalidade (100%) das intervenções observadas. Nessa perspetiva, Gomes (2014:106) diz-nos que *“as equipas de emergência médica são (...) chamadas para dar assistência a diversas situações que englobam os padrões de morte violenta”*, como é o caso do crime de homicídio.

Corroborando estes resultados e analisando as entrevistas aos inspetores da PJ, transcrevemos o seguinte: *“Quando chegamos ao local (...) esteve presente a emergência médica (...)”* (E1-R1).

“Dos anos de experiencia que tenho, leva-me a concluir que a emergência médica chega sempre ... (breve pausa)... ou quase sempre, (...) ao local (...)” (E2-R1).

“Quando chegamos ao local (...) já não estão lá as equipas da EPH, que geralmente são as primeiras a chegar” (E11-R1).

“Quando chegamos ao local (...) já não se encontram as equipas da EPH, (...)” (E14-R1).

Verifica-se então, que a equipa de EPH é sempre acionada numa situação de crime violento, corroborando Ruddy (2006) quando afirma que os profissionais de saúde dos serviços de urgência (e do pré-hospitalar) estão presentes de forma continuada em episódios de crime violento e realizam a avaliação de vítimas de trauma.

Neste sentido é desejável que os profissionais de saúde tenham conhecimentos forenses no sentido de prestarem cuidados às vítimas envolvidas em atos criminosos, tendo em vista a preservação dos vestígios (sem prejuízo da sua missão – salvaguarda da vida), de interesse para as forças policiais e judiciais (Miller et al., 2010), pois a ausência desses conhecimentos na prestação de cuidados no pré-hospitalar irá prejudicar a posterior perícia médico-legal, principalmente no que concerne aos estudos de criminalística (Sharma,2003:267-273).

Indo ao encontro deste pensamento, foi-nos referido pelos entrevistados: *“(...) ser elaborada à equipa de EPH formas de atuação para minimizar os danos no local e na vítima na contaminação e destruição de vestígios* (E1-R7).

“Sabe o que era importante? Os profissionais da emergência médica soubessem o que nós precisamos investigar na vítima e no local. Assim não destruíam tanto (...) Era útil a formação” (E5-R7).

“A nossa escola (Escola de Policia Judiciária) fazer formação nesta área para a emergência médica” (E11-R7).

No que se refere à equipa de EPH ser o primeiro interveniente institucional a chegar ao local de crime verificou-se que em 21 casos (77,77%), ocorreu esta situação. A este respeito, foi-nos transmitido pelos elementos da PJ:

“ (...) a emergência médica chega sempre (breve pausa) ou quase sempre, em primeiro lugar ao local” (E2-R1).

“Quando chegamos ao local - normalmente somos acionados pelo OPC local que nos informa da ocorrência do crime - está lá o 1.º OPC e já não estão lá as equipas da EPH, que geralmente são os primeiros a chegar” (E11-R1).

“Quando chegamos ao local (...) já não se encontram as equipas da EPH, que geralmente são as primeiras a chegar.” (E14-R1).

“ (...) eles [EPH] são os primeiros a chegar, podem ter informação importante para nós” (E12-R2).

Convém referir pelas entrevistas elaboradas a estes investigadores, que, embora as equipas de EPH sejam quase sempre as primeiras a chegar ao local, não permanecem no local até à chegada da PJ: “Não, (...) quem está lá é a PSP ou a GNR” (E7-R1).

“Por norma já abandonaram o local” (E8-R1).

“Não! Quando chegamos ao local (...) já não se encontram as equipas da EPH” (E14-R1).

“Diria que em 90% não está [EPH] presente. Quando está presente, foi porque a comunicação da PSP foi muito rápida, o que nos permitiu chegar ao local e a vítima ainda estar a ser assistida, mas isso são situações minoritárias” (E15-R1).

Segundo a UNDOC⁷⁹ (2010:4) “Os first responders⁸⁰, (...) desempenham um papel fundamental em todo o processo de exame do local de crime. As suas

⁷⁹ United Nations Office on Drugs and Crime - Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) implementam medidas que refletem as três convenções internacionais de controlo de drogas e as convenções contra o crime organizado transnacional e contra a corrupção. O trabalho do UNODC está baseado em três grandes áreas: saúde, justiça e segurança pública. (...) No campo de segurança pública, o UNODC trabalha para ampliar a capacidade dos países em oferecer uma resposta à criminalidade. Para isso, busca reforçar a ação internacional contra a produção de drogas, o tráfico e a criminalidade associada às drogas, por meio de iniciativas como projetos de desenvolvimento alternativo, monitoramento de cultivos ilícitos e programas contra a corrupção e a lavagem de dinheiro. Promovendo o intercâmbio de boas práticas e soluções, o UNODC busca concertar a ação conjunta dos países no enfrentamento ao crime organizado internacional, buscando reforçar o Estado de Direito e promover a estabilidade dos sistemas de justiça criminal.
FONTE: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/sobre-unodc/index.html> consultado a 31 de Março de 2017.

⁸⁰ O termo *first responders* refere-se às primeiras pessoas (usualmente profissionais de segurança pública) que vão ao local de crime, podendo ser considerados, de acordo com o ordenamento jurídico, os grupos de emergência médica – Bombeiros, elementos do INEM, polícias de proximidade, proteção civil, etc. FONTE: Adaptado pelo autor de *United Nations Office on Drugs and Crime*. (2010). *Conscientização sobre o local de crime e as evidências materiais em especial para pessoal não forense*. Nações Unidas. Nova Iorque.

responsabilidades iniciais correspondem a preservar a integridade do local e da evidência. Ademais, eles são responsáveis pelo primeiro registo do local de crime, das evidências e de todas as atividades ocorridas no local”.

Porém, não é da competência destes profissionais a recolha dos vestígios de um local de crime, conforme é relatado por um elemento da investigação da PJ: *“Neste ponto acho que não. Penso que eles (EPH) não sabem o que é a cadeia de prova e como recolher vestígios, e isso seria complicado e prejudicial para a investigação ”* (E13-R6). O desejável seria: *“Proteger sim, recolher não”* (E12-R6), ou *“que “balizem” o local de crime de forma a proteger cabalmente os vestígios”* (E14-R6).

Por vezes fechar uma porta, colocar a ambulância em posição estratégica pode ser o suficiente.

Estando sempre presentes nas situações de suspeita de homicídio (gráfico 1) e sendo maioritariamente a primeira equipa a chegar ao local (gráfico 2), é fundamental que todos os profissionais da equipa de EPH tenham conhecimentos deste tema (identificação e preservação de vestígios forenses relevantes), pois, como nos descreve a UNDOC (2010:5), *“há situações que exigem que os first responders (que normalmente não atuam na atividade pericial forense) realizem alguns procedimentos básicos de reconhecimento antes da chegada dos peritos forenses responsáveis pelo exame de local de crime”*, indo ao encontro de Lynch (2010), que nos refere que a intervenção forense tem início no local de crime, pois se um vestígio não for encontrado e preservado, pouco pode ser feito no laboratório forense para remediar essa falha.

Finalmente, deve-se reconhecer que, a rigor, locais inalterados são raros ou nunca foram encontrados. A própria descoberta, condições climáticas ou a prestação de socorro às vítimas, podem modificar grande parte do local de crime (UNDOC,2010).

No que concerne ao contacto das autoridades policiais ao local de crime, verificou-se que em 11 situações (52,38%) foram as equipas da emergência médica a contactar as autoridades. Judiciária (2009:27) diz-nos que *“(…) [a] comunicação é normalmente feita pelo 1.º interveniente no local de crime”*, o que demonstra a importância da sensibilização das equipas de EPH sobre a necessidade (e obrigatoriedade) no local de crime das autoridades policiais, o mais rapidamente possível, como preconiza Gomes (2014:119) *“Se (...) foi cometido um crime, deve-se contactar de imediato a autoridade”*, reforçado com o que nos transmite UNDOC (2010:10) *“A preservação do local inicia-se logo que possível após o incidente ser descoberto e denunciado às autoridades competentes”*, pois o tempo (data/hora do crime), segundo Braz (2015)

estabelece o fio condutor da investigação na sua fase inicial. Corroborando este facto, diz-nos Romão de Matos (2002:31) *“A determinação da hora aproximada a que um facto criminoso ocorreu revela-se de primordial importância, particularmente no que respeita à possibilidade de imputação concreta do facto criminoso. Permite (...) restringir (...) o número de suspeitos e aferir veracidade ou falsidade de alibis (...) apresentados”*.

É na rapidez de atuação das equipas de investigação no local que *“as primeiras horas da investigação após a ocorrência de um crime são decisivas para a descoberta da verdade (...), o tempo assume-se como um fator de grande relevância na investigação criminal”* (Costa,2013:74).

Neste contexto podemos enunciar Locard, citado por Barra da Costa (2008:59), que nos diz: *“o tempo que passa é a verdade que foge”*.

Em relação à análise sobre a existência de algum cheiro característico como tabaco, gás, perfume ou outros, apenas existiu um caso (4,67%) narrado. Nesse caso, foi referido o cheiro a gás numa habitação.

Sendo que a equipa da EPH chega ao local antes dos elementos da PJ, como se verificou através da análise do gráfico 2, é importante o relato das situações que só este primeiro interventor irá observar, pois *“a maioria dos sinais e vestígios deixados no local de crime, são extremamente instáveis e frágeis”* (Braz,2015:109).

Gomes (2014:137) reforça afirmando que *“A vítima (ou o local) pode apresentar algum odor particular, tal como, acelerante químico ou fumo, que se perdem com o passar do tempo”*.

Poderá ser relevante para a investigação criminal esta informação. O seu registo ou a transmissão verbal para o OPC no local, não irá interferir com as práticas protocoladas para a EPH, pois segundo o INEM (2012:50) *“num primeiro momento é possível recolher vários dados importantes sobre o estado da vítima sem que para tal seja necessário tocar na vítima”*.

Nesta perspetiva, e quando realizadas as entrevistas, os investigadores criminais da PJ referiram a importância de perguntar aos elementos da EPH acerca dos procedimentos efetuados no local do crime *“Claro que sim! Com muita frequência. Por vezes existe necessidade de chamar ao local a equipa de EPH que esteve no local para esclarecer vestígios que estão no local e não conseguimos perceber, até porque eles veem, cheiram ou sentem coisas (sons) que quando nós chegamos já não estão lá (...).”* (E6-R2).

“Se tivermos dúvidas costumamos falar e identificar a equipa da EPH e por vezes até lhe tomamos declarações sobre o que fizeram ou viram no local do crime (...)” (E2-R2).

“Sim, (pausa) mas sempre do ponto de vista da investigação criminal, obviamente. Se por exemplo a vítima apresentava sinais ou ferimentos, como estava vestida, se disse alguma coisa, se existia algum cheiro característico, sempre na perspetiva de recolher informação que pudesse ajudar a investigação criminal. Muitas vezes vamos buscar a ficha do INEM para percebermos algo que não esteja clarificado, ou contactar os elementos da EPH que estiveram no local. (...) Por vezes temos de aclarar determinados aspetos que estão escritos na ficha e era suposto que não fosse rigorosamente assim (...) a investigação veio a levantar algumas dúvidas do que estava escrito e tínhamos que esclarecer as dúvidas com alguns membros da equipa” (E5-R2).

Judiciária (2009:25) refere que se deve realizar o registo para o primeiro interveniente policial, podendo, contudo ser levado a cabo pelas equipas de EPH, sobre:

- *Cheiros – cigarros, fumo, gás, pólvora, perfume, etc.?*

Em relação a relatos da equipa da EPH para a investigação criminal sobre a observação de janelas ou portas abertas e/ou arrombadas, foi registado apenas um caso (6,66%), das situações que ocorreram em habitações. Foi comunicado o arrombamento de uma porta, realizada pela PSP/Bombeiros para entrarem numa habitação.

De destacar que em 44,4% dos locais (12) onde foi feita a observação, eram situações em via pública, sendo as restantes 55,6% (15 casos), em locais de habitação/comércio.

A importância desta informação para a investigação criminal, pode ser compreendida na seguinte entrevista realizada “Tivemos uma situação de um suspeito de homicídio em (...). Quando fomos ao local, era uma moradia isolada. Ao fazermos a inspeção judiciária reparámos que na sala onde estava a vítima, a janela e a portada estavam abertas. Pela nossa leitura poderia ser um ponto de entrada e/ou saída de autor. Após terminada a inspeção ao local, percebemos que tal não seria possível e fomos falar com a equipa de EPH que esteve no local. Disseram-nos que eles tinham aberto a janela pelo cheiro nauseabundo que se encontrava na casa e a portada tinha sido aberta pois existia pouca iluminação artificial em casa e como realizaram manobras de reanimação, precisaram de luz natural para fazê-lo. (...). Não são raras estas situações” (E9-R4).

Judiciária (2009:25) também reforça a importância do registo para o primeiro interveniente policial, podendo, contudo ser levado a cabo pelas equipas de EPH, caso existam:

- *Portas – abertas ou fechadas? De que lado estava a chave?*
- *Janelas – abertas ou fechadas? Estavam trancadas?*

Em relação à análise do gráfico n.º 6, das observações efetuadas, em 47,61% (10 casos) referem que estavam no local outras pessoas além da(s) vítima(s), podendo estas por vezes serem testemunhas do evento criminoso.

Pelo facto da EPH ser, na maioria das vezes, a primeira a chegar, poderá transmitir essa informação ao primeiro OPC, fazendo este a identificação dessas pessoas, como nos relata Braz (2009:221) *“Existe um conjunto de procedimentos preliminares que devem ser realizadas pela primeira entidade policial (...) que chega ao local do crime para (...) proteger elementos de prova (...) procedendo à identificação de suspeitos e/ou testemunhas”*. Ainda o mesmo autor (2015:140) revela-nos que *“Relativamente às pessoas, devem ser identificados os primeiros intervenientes e todas as pessoas que direta ou indiretamente possam estar relacionados com o crime (...)”*.

Qualquer pessoa não essencial que entre no local antes do estabelecimento do cordão de segurança e isolamento, deve ser retirada (e essa informação é registada) e quaisquer pessoas não essenciais são impedidas de entrar no local de crime durante toda a inspeção judiciária (UNDOC,2010:10).

Posteriormente o OPC competente para os casos de homicídio - PJ - *“monta um dispositivo de intervenção e contacta com a polícia que desenvolveu os procedimentos preliminares (caso estes tenham tido lugar), e dela recebe o relatório da ocorrência”* (Braz,2009:222).

Sendo uma equipa de intervenção no âmbito da prestação de socorro, a EPH não tem habilitação legal para intervir numa perspetiva da investigação criminal, isto é, não tem competências para identificar quem quer que seja. Contudo, pode registar fisionomicamente quem está presente no local e indicá-la ao primeiro agente da polícia de proximidade (GNR, PSP) para que ele o faça, tal como deve referenciar alguma situação de contaminação da qual seja responsável ou que tenha assistido, ao elemento do OPC que ali se apresente (Ademar, 2015).

Os elementos de investigação da PJ dão muito destaque a este tópico, como nos é relatado *“(...) em relação às pessoas que estavam no local, era importante que nós pudessemos falar com elas. O problema é que quando lá chegamos já não estão. A EPH poder-nos-ia dizer a sua fisionomia ou se conhecem essas pessoas”* (E15-R2).

“É muito importante percebermos o que aconteceu, através de testemunhos de quem presenciou o crime” (E8-R2).

Em análise ao gráfico n.º 7 verifica-se que nenhuma equipa de EPH relatou a presença de qualquer automóvel que tenha provocado alguma suspeição a estes elementos no local da sua intervenção. Acredita-se que a ausência de respostas positivas se deva à “visão em túnel” dos intervenientes, no que se refere à prioridade da prestação do socorro à vítima, não estando estes, sensibilizados para a “visão periférica” do local, pois conforme já referido ao longo deste trabalho, a sua missão, é, segundo INEM (2012:50) *“Limitar o tempo no local ao mínimo necessário para estabilizar a vítima, iniciar a correção das situações que carecem de intervenção e preparar o seu transporte em segurança”*, sendo contudo importante que houvesse um registo e posterior transmissão de informação para além dos procedimentos médicos, isto é, informações relativas ao que é observado à chegada destas equipas para a prestação de socorro.

Indo ao encontro desta ideia, diz-nos Ademar (2015:14) *“Pode [EPH] igualmente registar as matrículas de viaturas cuja presença suscite dúvidas”*. Muitas vezes a chegada da equipa de EPH pode coincidir com a saída do autor do local de crime.

“Uma sugestão a dar para as equipas de EPH? (pausa) ... Por exemplo registassem o que envolve o local e a vítima antes de lhe prestarem socorro. Terem um bloco e uma caneta ou então na ficha deles registassem estas coisas. (...) numa situação de atropelamento, registar a marca, modelo, cor, matrícula e danos visíveis de um carro que está a sair à pressa do local. Para nós era importante. Muitas vezes poderiam ser os olhos de como estava o local antes de se começar a trabalhar: EPH, polícia de proximidade e por fim nós na inspeção judiciária” (E12-R7).

Pretendeu-se avaliar a utilização da EPH da foto documentação no local do crime, mas na totalidade dos casos não se verificou qualquer exemplo desta prática.

Gomes (2014:138) elucida-nos quando afirma *“a foto documentação é um meio eficaz de preservar a aparência das lesões. As lesões vão sofrendo alterações conforme vai passando o tempo, pelo que é necessário alguma celeridade na sua avaliação e registo”*. A importância da foto documentação é bem visível até porque *“é desde logo fundamental registar com elevada precisão e minúcia o momento (tempo) e o local (espaço) em que o vestígio foi encontrado, recorrendo se possível, a meios de registo (...) vídeo/fotográfico”* Braz (2009:224), reforçado por UNDOC (2010:12) quando refere

”a documentação inicia-se com a chegada da primeira pessoa no local de crime. Pela utilização de meios adequados (...) fotografias, vídeos (...) o local é registado como fora encontrado pela primeira vez”.

Também os investigadores criminais da PJ são da mesma opinião em relação à importância da foto documentação por parte da equipa de EPH quando chega ao local em primeiro lugar *“Em relação à foto documentação acho muito útil. Por exemplo em zona anfíbia com a subida da maré é necessário tirar o cadáver, e seria muito útil. Ficávamos com uma fotografia de como estava o cadáver e o local”* (E4-R6)

“Claro. Se está em causa a eventual perda de um vestígio como num caso de situações climatéricas adversas, deveriam saber o que fazer, como registar e entregar à autoridade policial. Poderiam fazer a foto documentação antes da recolha do vestígio, para que a cadeia de prova fique assegurada” (E6-R6).

De realçar a necessidade de manter a utilização da foto documentação numa esfera unicamente profissional, conforme relatado numa entrevista *“É importante que se tenha a noção de que uma fotografia é algo... (pausa)...“privado”, logo não serve para ser colocado em redes sociais ou mostrar a colegas e/ou amigos”* (E9-R6).

“(...) se as fotografias forem para nos mostrar, não há problema e até nos ajuda na investigação. Agora se é para colocar no “Facebook”, deverá ser punido criminalmente por isso. Se não forem úteis aquelas fotos devem ser logo apagadas do telemóvel” (E11-R6).

Partindo do pressuposto que que não existem máquinas fotográficas nas ambulâncias, poderemos aceitar de bom grado que ocorra à maioria dos elementos da EPH a possibilidade de fotografar com o seu telemóvel, no sentido de se prestar um serviço mais eficaz.

No que se refere à intervenção das equipas de EPH, observa-se que em 23 casos (85,18%), mexeram na vítima, alterando a sua posição inicial.

A movimentação da vítima é importante para a investigação criminal para que não se percam vestígios. Quando se realiza o exame ao hábito externo à vítima conforme referido por Ademar (2015:20) *“A primeira parte do exame deve fazer-se na posição em que for encontrado. Quando esta termina, antes de ser voltado, devem proteger-se-lhe as mãos com envelopes de papel, fixados com elásticos ou fita-adesiva. Já na nova posição, as operações efetuadas em termos dos registos fotográficos devem ser repetidas e realizada a segunda parte do exame”*, sendo evidente a preocupação de mover a vítima o menos possível.

Porém, para a equipa de EPH “o corpo não deve ser, de forma alguma, movido ou manipulado quando é diagnosticada a morte”(Harris, 2014:339), pois corre-se o risco de contaminar/destruir vestígios que podem estar presentes.

A preocupação da investigação criminal em relação à mudança de posição da vítima e não comunicar esse facto, é demonstrada em algumas entrevistas “(...) Há uns meses fomos acionados para uma situação no (...) que pode ilustrar a importância para a investigação de um crime no que concerne a alterar a posição inicial da vítima (...). A história é simples... (pausa)... chegámos a um local onde estava uma vítima já cadáver junto a um poço, com um traumatismo na zona craniana e sangue em redor da vítima e à beira do poço. Não tínhamos conhecimento que tinha estado a equipa de EPH no local. Como primeira leitura, tudo indicava para um homicídio. A nossa percepção foi: existiu luta, a vítima foi agredida fora do poço e depois atiraram-no lá para dentro.

Quando foi realizada a investigação, viemos a constatar que o indivíduo se atirou para o poço com a intenção de se suicidar. Uma pessoa viu e rapidamente chamou o 112. Estes (EPH), retiraram-no do poço [1.ª marca de sangue] e tentaram reanimá-lo junto do poço [2.ª marca de sangue observada]. O que aconteceu na realidade é que o indivíduo ao se atirar para o poço bateu com a cabeça numa pedra do poço e fez um traumatismo” (E6-R4).

Outro entrevistado relata-nos “Claro que é importante passarem a informação se mexeram na vítima. Já tive um caso em que quando cheguei ao local já se tinham instalado livores⁸¹ na região abdominal e o corpo estava de decúbito dorsal. A equipa de EPH teve que ser chamada ao local para se perceber se tinham sido eles a voltar o corpo – e tinham! Neste caso podiam ter morto o indivíduo num local e terem-no colocado noutra” (E12-R4).

Refere Gomes (2014) que antes de abordar a vítima, a equipa da EPH deve estar atenta à posição e localização e registar tal facto.

Nos outros casos em que não se verificou movimentação na vítima (14,82%), observou-se a existência de morte evidente, não existindo manobras de reanimação, como refere INEM (2012:90) “a verificação do óbito pode ser feita de forma automática, se estiverem presentes indicadores de morte evidente (putrefação de

⁸¹ Também chamado de lividez *post-mortem*, o livor *mortis* consiste numa descoloração vermelha-arroxeadada da pele em redor de algumas áreas do corpo como resultado da acumulação do sangue, através do efeito da gravidade e após paragem da circulação. Este processo torna-se aparente habitualmente 30 minutos após a morte. Se estas áreas forem pressionadas contra uma superfície dura, o sangue não se consegue depositar devido à compressão mecânica dos vasos. Isto confere à área uma coloração pálida que é muitas vezes designada como palidez por pressão. O livor *mortis* torna-se progressivamente mais proeminente à medida que o tempo passa. Durante as primeiras horas após a morte o livor *mortis* não se encontra ainda “fixado” e pode mudar de uma área para a outra se a posição do corpo for alterada (Harris, 2014:345).

cadáver, desfragmentação ou sinais de rigidez cadavérica) ou através de análise e verificação médica de óbito”.

Quando analisamos a existência de manobras de reanimação, verificamos que em 17 casos⁸² (73,91%) este procedimento aconteceu, ficando evidente que as manobras de reanimação (SBV e SAV) são frequentes quando chegam as equipas de EPH, nomeadamente em situações de paragem cardiorrespiratória, conforme preconizado pelo INEM (2012:90) *“Caso não seja possível confirmar o óbito, devem de ser iniciadas manobras de reanimação de imediato e contactar o CODU”.*

Mais uma vez somos confrontados com dois factos aparentemente inconciliáveis: em primeiro lugar a estabilização e salvaguarda da vítima; em segundo lugar o risco de alteração/contaminação de vestígios existentes, durante os procedimentos de emergência médica.

Nesse sentido, deve-se sensibilizar os elementos das EPH da importância na identificação/preservação dos vestígios, que podem vir a ser decisivos para uma posterior investigação, conscientes da sua posição favorecida, podendo deste modo conciliar a sua prática executando as *guidelines* de acordo com a situação presente e por outro lado preservar os vestígios.

Como preconiza INEM (2012:33) devem-se *“usar luvas de proteção”* nas manobras de reanimação. Nas situações de crime ou suspeitas de crime, as luvas que as equipas da EPH usam para não se contaminar por material biológico presente no local e na vítima, deverão ser trocadas com frequência (as vezes que for necessário), por terem neste contexto uma tripla função: não se contaminarem, não deixar no local e na vítima as suas impressões digitais e evitar a contaminação cruzada⁸³ (Peter J.et al, 2010:190-199).

Em relação a se foi tocado algum objeto no local ou alterada a sua localização, através da análise do gráfico n.º 11, observou-se que em 24 casos (88,88%), tal foi efetuado. Segundo Ademar (2015:4) *“O local do crime deve ser sentido como um código que pode e deve vir a transformar-se num meio de comunicação entre o investigador e o criminoso. Ao chegarmos ao local onde ocorreram factos cujos contornos são desconhecidos, estamos perante um enigma. Ignoramos o que naquele espaço*

⁸² Das 23 intervenções às vítimas das equipas de EPH [nota do autor].

⁸³ Transferência de vestígios de um material contaminado para outro, direta ou indiretamente [nota do autor].

ocorreu. Informação preciosa para que se dê a necessária reconstituição dos factos e o posterior apuramento de responsabilidades”.

Com as práticas de socorro efetuadas à vítima, intrínsecas à necessidade da salvaguarda da vida, por vezes num local repleto de técnicos da emergência médica (médico, enfermeiros, TAE, TAS, Bombeiros, entre outros) juntamente com os materiais de socorro, é fácil de perceber os resultados obtidos nesta análise.

”As práticas e procedimentos por estes [EPH] adotados são suscetíveis de influenciar e pôr em risco a integridade física do local e dos vestígios nele existentes” (Judiciária,2009:23).

O fechar de uma gaveta, o arredar de uma mesa ou cadeira poderá não ter qualquer significado para um elemento da emergência médica, mas ser de grande importância para um elemento da PJ na investigação de um crime. (E5-R4) a este respeito diz o seguinte *“Lembro-me de uma situação no sul do país no ano passado.... ou há dois.... (não me recordo), em que quando chegámos ao local tudo indicava para um suicídio por arma de fogo, pois a vítima tinha escrito um papel a dizer que ia por termo à vida e a despedir-se dos familiares. Também já tinha historial de várias tentativas de suicido. (...) Não conseguimos encontrar a arma no quarto onde ele estava. Quando realizámos a inspeção ao local verificámos que a suposta arma estava fechada à chave na mesa-de-cabeceira. Com isto, mudou todo o quadro que tínhamos em mente. Só após várias diligências é que soubemos que tinha sido a equipa da EPH que quando chegou ao local e antes de iniciar as manobras de reanimação colocou lá a arma por questões de segurança”.*

Desta forma e aplicando às equipas de EPH o “*princípio das trocas*” de Locard já anteriormente referido, ao abordarem um local onde ocorreu um crime violento, estas equipas devem estar despertas para que toquem e movam apenas o que for estritamente necessário e devem registar esse procedimento (Gomes, 2014).

As boas práticas de todos os intervenientes institucionais (ou não institucionais) no local, levarão à descodificação do enigma, deixando aberto o caminho a seguir pela investigação. O local devidamente estudado, perde assim o cariz de código e ganha o estatuto de meio de comunicação entre o investigador e o autor dos acontecimentos (Ademar, 2015).

Quando se analisou os gráficos 12 e 13, se tinha sido rasgada ou retirada alguma peça de roupa, verificou-se que das 23 vítimas onde existiu intervenção da EPH, em 19 situações (82,60%), rasgou-se uma peça (ou mais) de roupa. Na totalidade foram

rasgadas: camisolas, camisas, *t’shirt*, *soutiens*, e calças. Foram também retiradas duas (8,69%) peças de roupa (casacos) às vítimas.

A roupa de uma vítima de crime violento contém na maioria das vezes vestígios que após uma pesquisa cuidadosa, poderão identificar o agressor (Lynch, 2010), por esta conter material biológico do autor e eventuais resíduos de disparos, entre outros.

No presente, a investigação criminal em conjunto com toda a ciência forense, tem o ADN como aliado (Lynch,2010), abrindo novas possibilidades para identificar uma pessoa. Perceber o que aconteceu também pode ser retirado pela leitura das roupas e seus potenciais vestígios.

Desta forma, o seu manuseio exige o máximo de cuidado para que a perda, a existir, seja a menor possível, sendo fundamental que o corte, a ter de se realizar, se faça o mais longe possível dos orifícios ou rasgões (por ex. ao longo das costuras), provocados na sequência da agressão (Ademar, 2015). Segundo Eisert *et al.*, (2010), a roupa não deverá ser sacudida, para não haver perda de vestígios.

Também é importante para a investigação criminal saber se há ou não coincidência entre o orifício na peça de roupa e o ferimento na pele da vítima, como nos relata um inspetor numa das entrevistas *“Em relação a sugestões queria dizer o que me aconteceu há uns meses na região de (...). Apareceu um cadáver perto de um rio e após uma primeira leitura, pareceu-me que estava perante um suicídio. A arma – faca – ainda estava ao lado da vítima no chão. Tinha uma camisa ao lado dele coberta de sangue, e os orifícios da pele e da camisa não coincidiam. Quando fizemos a inspeção ao local, estava, talvez a 20 metros, uma t’shirt com um orifício que após colocarmos em cima da vítima era coincidente com a ferida. Percebemos que era impossível o individuo ter espetado a faca e depois ter retirado a t’shirt. Mais tarde viemos a apurar que tal ação foi feita pelos bombeiros que ocorreram ao local. Percebe agora porquê é importante preservar os orifícios da roupa?”* (E8 – R7).

Segundo INEM (Manual TAS/TAT,2012:69) indica que em situações de trauma (como são o caso de ferimentos de arma branca ou de fogo) deve-se *“Expor a vítima, removendo a sua roupa, com o objetivo de identificar outras lesões. No que se refere ao trauma penetrante (ex. arma branca) é fundamental avaliar precocemente não só as axilas, mas também a região posterior com o objetivo de identificar lesões que colocam em risco a vida (ex. pneumotórax aberto)”* e se deve cortar a roupa em zonas pré-estabelecidas (ANEXO XX).

Nesta indicação, não é dada relevância para cortar longe dos orifícios provocados pela lâmina ou do projétil de arma de fogo, embora refira que *“Qualquer manipulação ou destruição de roupas ou objetos, decorrentes da ação de socorro (como por exemplo,*

cortar ou rasgar roupas para a aplicação das pás do desfibrilhador) deve ser comunicada às autoridades” (INEM,2012:90).

Neste “ponto”, os elementos da EPH têm que ter uma atenção redobrada na observação da vítima e “*olho de investigador*”, pois muitas situações de trauma são causadas por ferimentos de arma branca ou de fogo, que só à posteriori se confirma, seja pela inspeção à vítima (hábito externo) pelos elementos da polícia judiciária, seja em sede de autópsia pelo patologista forense no INMLCF (hábito interno).

Esta roupa depois de ser retirada (seria o ideal) ou cortada (para facilitar a prestação de assistência médica, pois só assim se tem acesso ao ferimento), deve ser colocada seca em sacos de papel e nunca em sacos plástico porque irão degradar o material biológico com a acumulação de humidade e o aparecimento de bolores (Gomes,2014). Se não existir a possibilidade de secar a roupa, devem-se colocar lençóis limpos de papel (das ambulância por ex.) entre as peças, de forma a evitar a contaminação cruzada. A única exceção para acondicionar roupa molhada em sacos de plástico é quando estão presentes químicos voláteis (Gomes,2014).

Existem situações em que as roupas contêm informação relevante para a investigação criminal, como são os casos das vítimas de ferimentos por armas de fogo. Quando o projétil trespassa uma peça de roupa, podem ser encontradas em volta do orifício resíduos de disparo, principalmente resultantes da combustão.

Esta área de depósito, como nos ensina Santos (2004), só se observa nos disparos feitos para distâncias⁸⁴ que se situem dentro do alcance da nuvem de resíduos. Através da informação da distância do autor e da vítima, poder-se-á concluir se a vítima foi atacada intencionalmente, em legítima defesa, ou então, um disparo na região dorsal de uma pessoa em fuga e um disparo na região abdominal de alguém

⁸⁴ Segundo Di Maio, citado por Santos (2004) um dos autores mais importantes em ferimentos por arma de fogo, podem-se considerar quatro situações quanto à distância de disparo: 1) Contato 2) Quase contato 3) Distância intermédia 4) À distância

1) **Disparo de contato** (também designado por tiro encostado) Neste caso, o cano da arma está encostado à superfície de impacto (superfície corporal ou peça de vestuário). (...) os elementos que saem pelo cano da arma quando ocorre o disparo, alcançam a superfície de impacto e muitas vezes penetram em profundidade. (...) os elementos que saem à boca de fogo após o disparo, têm que necessariamente penetrar em profundidade (...) de refluxo de gases e partículas constituintes da nuvem de resíduos.

2 - **Quase contacto** (também designado por tiro à queima roupa) Corresponde à situação em que a arma não contacta com a superfície de impacto e pode estar afastada dela até dois, três centímetros. Nesta situação, também todos os elementos que saem pelo cano da arma, alcançam a superfície de impacto e podem também penetrar em profundidade tal como acontece no disparo de contacto mas como já existe um espaço entre a boca-de-fogo e a superfície de impacto, embora pequeno, criam-se condições para que os elementos que saem à boca-de-fogo tenham uma distribuição à volta do orifício de entrada que é completamente distinta da que ocorre no disparo de contacto.

3 - **Distância intermédia** (também designado por tiro a alguma distância) Corresponde a um disparo feito a uma distância que pode variar entre os dois centímetros e uma distância variável (de arma para arma e de munição para munição) mas para a qual ainda é possível a demonstração de alguns dos elementos que saem pela boca-de-fogo. Esta distância tem sido considerada, em termos médios, e para as pistolas e revólveres de uso comum e com munições *standard*, os 50-75 centímetros. Corresponde aquilo que muitos autores designam como a **curta distância**. Isto equivale a dizer, que a definição de “disparo a curta distância” é um conceito que varia de arma para arma, de munição para munição e que a mesma arma utilizando munições diferentes pode apresentar resultados diferentes em testes experimentais.

4) **À distância**, corresponde a um disparo feito a uma distância tal, entre a boca-de-fogo e a superfície de impacto, que já não é possível a demonstração de nenhum dos elementos que saem pela boca-de-fogo. Corresponde a uma situação em que a superfície de impacto só é atingida pelo projétil. Em termos médios estará para além dos 75 centímetros.

que se está a defender. É necessário saber diferenciar-se os orifícios de entrada dos orifícios de saída, o que nem sempre emerge nos relatórios dos elementos da EPH.

Gomes (2014:109), refere o seguinte: “*Se existirem dúvidas não se devem identificar os orifícios*”, podendo confundir a investigação criminal. Com uma correta aplicação de conceitos primários, consegue-se diferenciar o orifício de entrada com o de saída (Denton *et al.*, 2006).

O orifício de entrada, usualmente é único por cada disparo, pese embora que pode existir mais que um orifício de entrada, como é o caso de um projétil que atinge a região abdominal, após ter trespassado um membro superior (Calabuig, 2001; Tokdemir *et al.*, 2006).

Em relação ao orifício de saída, geralmente é irregular, podendo não existir se o projétil ficar no corpo da vítima. O seu formato e dimensões variam muito, de tal modo que para alguns autores é errado dizer que o orifício de entrada é sempre menor que o de saída. Não será o tamanho do orifício mas sim a ausência da orla de contusão que distingue um orifício de entrada de um de saída (Denton *et al.*, 2006).

Em relação à tatuagem⁸⁵ na pele, a roupa pode influenciar a intensidade da sua presença. Se essa área corporal atingida estiver coberta por peça(s) de vestuário a intensidade do anel de limpeza⁸⁶ depende da trama mais larga ou mais apertada dos tecidos com que são feitas a(s) peças de vestuário (Santos,2004).

Ainda sobre a importância de não se destruir o orifício da roupa efetuada por armas de fogo, Lynch (2010) refere que quando existe um disparo de contacto ou quase contacto, o tecido (da roupa) rasga em forma de estrela, e as fibras em volta do orifício do projétil que estiveram em contacto direto com o cano da arma (ou muito perto) vão ser queimadas ou derretidas devido ao calor emitido pelo disparo, podendo-se fazer o cálculo da distância do disparo.

Da análise dos gráficos 14 e 15, concluiu-se que em 6 casos (22,22%), a existência da pretensa arma/instrumento do crime no local - (corda, lâmina de barbear, arma de fogo, arma branca) - e também se constatou que nos três casos onde existiram armas de fogo, estavam presentes em todas elas (100%) invólucros de munições ou as buchas.

⁸⁵ Área de pele, de dimensões variáveis, situada em torno do bordo do orifício de entrada em que ocorre a incrustação de partículas de pólvora não queimada ou parcialmente queimada (pólvora incombusta) (Santos, 2004).

⁸⁶ Corresponde a uma zona onde se depositam os elementos da nuvem de resíduos que são transportados na superfície do projétil e que aí se limpam no momento em que este entra no corpo humano (Santos, 2004).

De salientar que várias situações observadas “passaram” de suspeita de homicídio, para morte natural, após a leitura no local por parte dos elementos da PJ. Para estes casos (morte natural) não existe a pretensa arma/instrumento do crime.

Como durante a observação não nos foi possível perceber se estávamos perante um homicídio, suicídio ou morte natural, não poderemos retirar qualquer relação destes números.

Existem objetos no local que podem ter sido a arma do crime. Alguns deles podem ter ADN do autor e da vítima, como no caso de uma faca em que o cabo poderá ter células epiteliais ou sangue do autor, após um corte resultante da luta entre ambos, e na lâmina, sangue da vítima. Nestes casos consegue-se relacionar os intervenientes da cena do crime. Um só objeto pode fazer a ponte entre a vítima e o autor.

Se for necessário tocar ou movê-los de posição para iniciar as manobras de socorro, devem ser sempre manuseados com o máximo cuidado, com recurso a luvas esterilizadas, e se utilizarmos pinças, devem estar com as pontas envoltas em compressas ou borrachas para não deixar marcas adicionais nos projéteis ou objetos penetrantes e documentar este ato (Gomes,2014). Podem-se utilizar pinças plásticas descartáveis, e devem-se guardar os projéteis envoltos em compressa esterilizada e em separado num simples frasco de recolha de urina ou num pacote de compressas esterilizadas. Não se deve lavar o projétil.

Selar (não agrafar) e identificar, é necessário para se manter a cadeia de custódia da prova.

Ao analisar-se o gráfico 16, concluiu-se que das 17 situações onde existiram prestação de socorro à vítima, em 12 situações (70,58%), utilizaram-se fármacos intravenosos.

Quando se presta socorro a vítimas críticas, está em risco a sua sobrevivência. Exemplo disso é o caso da PCR, que seguindo as *guidelines* de SAV da ERC⁸⁷ (2015:13) é canalizado um acesso vascular intravenoso para administração de terapêutica (Anexo XX). A quantidade e variedade de terapia intravenosa administrada são enormes, desde soroterapia, adrenalina, amiodarona, entre outros fármacos.

Segundo Gomes (2014), em situações de vestígios referentes a amostras sanguíneas, a amostra que é analisada quando o cadáver é autopsiado, muitas vezes já se

⁸⁷ *European Resuscitation Council* - O Conselho Europeu de Reanimação, é o Conselho Europeu Interdisciplinar de Medicina de Reanimação e Cuidados Médicos de Emergência. Council, E. R. (2015). ERC Guidelines for resuscitation 2015. <https://cprguidelines.eu/>. Consultado a 28 de Fevereiro de 2017.

encontra diluída devido à terapêutica administrada, incluindo derivados de sangue, que são administrados durante as manobras de reanimação. Os valores analíticos que se vão apurar estão alterados. É de grande utilidade que seja colhido sangue antes de iniciar as manobras de reanimação. Deve-se recolher para dois tubos secos e identificá-los com os dados da vítima, colocar em envelope e selar. Deve-se desinfetar o local da punção com iodopovidona e não com álcool.

Gomes (2014:137) & Harris (2014:343) referem que “*marcar os locais onde existiram punções venosas, (...) com marcador de pele*” seria um bom procedimento para se saber que foram feitos pela equipa da EPH.

Constata-se pelo gráfico nº 17 que foram realizadas duas (11,76%) drenagens de fluidos (intubações naso-gástricas) nas vítimas pelas equipas de EPH, após se terem apercebido que existiam fortes indícios da presença de produtos tóxicos a nível gástrico. Em ambas as situações não foi preservado o conteúdo gástrico.

Segundo dados do RASI (2016:27), 7 % (5 casos) dos homicídios registados em Portugal foram causados por veneno ou outra substância química. Reforçando estes dados, a seção de homicídios da DLVT da PJ em 2016, relatou que dos 24 homicídios consumados registados, dois foram através de veneno ou outra substância química.

Nas situações em que é necessário fazer lavagem gástrica, a recolha do conteúdo deve-se fazer com recipiente esterilizado e deve ser preservado para possível meio de prova (Harris,2014).

Por vezes é necessário recolher este conteúdo fora da vítima (émese), seja no chão ou na roupa, existindo o risco de se perder vestígios, como em situações de intempéries ou de transporte da vítima para o hospital, é conveniente utilizar um papel limpo e absorvente, colocando este conteúdo a secar ao ar livre. Após este procedimento, e se não está presente nenhum OPC, deve-se colocar o referido papel em saco de papel ou envelope etiquetado e selado. Entregar ao OPC que comparecer no local.

Este vestígio, segundo Braz (2015), é muito importante para se determinar uma eventual causa de morte. O mesmo autor (2015:241) diz-nos que “*os vestígios de vômito podem ser indiciadores de uma situação de envenenamento/intoxicação, exigindo o competente exame toxicológico ao seu conteúdo (...) permite, também, identificar, qual foi a última refeição do visado (vítima ou autor) e há quanto tempo, (...) o que indiretamente pode contribuir para a parametrização da hora da morte*”.

Ainda Braz (2015) diz-nos que este conteúdo contém a mais relevante característica do ponto de vista do seu interesse criminalístico: poder-se extrair ADN nuclear.

Noutra abordagem, se for necessário algaliar a vítima, a urina deve ser guardada num saco coletor ou num frasco esterilizado, (antes da terapêutica de emergência). O

interesse criminalístico da urina, deve-se ao facto de se poder determinar patologias, substâncias tóxicas, estupefacientes e psicotrópicas (Braz, 2015).

Rangel (2004:2) diz-nos que “*Em casos de morte por intoxicação que se enquadra no âmbito da morte violenta, existe obrigatoriedade de, nesta suspeita, se proceder à autópsia médico-legal (...) e conseqüentemente, em geral, à requisição de perícia toxicológica,*” com o objetivo principal de “*identificar e quantificar as substâncias tóxicas eventualmente presentes nestas situações criminais*” (Alves, 2005:5).

O resultado que se irá obter, irá determinar a relação de causa - efeito, ou seja, se existiu ou não a intoxicação sobre a qual alude a suspeita (Bicho, 2004).

Em muitas situações de intoxicações medicamentosas ou com produtos tóxicos podem existir suspeitas de terem sido provocadas por terceiros, com o intuito de provocar a morte dessa pessoa. Cabe à equipa da PJ explorar essa possibilidade.

Após ter sido observado e analisado o gráfico n.º 18, constata-se que em 77,77% das intervenções da equipa da EPH, a mesma não permanece junto da vítima, nem no local, após a verificação do óbito pelo médico.

Como já referido e confirmado quando se efetuou a análise do gráfico n.º 2 e pelas entrevistas elaboradas aos investigadores da PJ verifica-se que as equipas de EPH não estão presentes quando chega a brigada dos homicídios da PJ “*(...) quando chegamos ao local (...) já não se encontram as equipas da EPH, (...)*” (E14- R1).

Constata-se, deste modo, que a equipa da EPH chega ao local sempre antes dos elementos da PJ e que não está presente quando estes chegam.

Em casos semelhantes pode-se analisar duas situações distintas para a investigação criminal, sendo uma considerada positiva e a outra negativa. A positiva refere-se à ausência das equipas de EPH no local, pois deste modo não irão interferir com o local e/ou a vítima com a sua presença, como nos indica Ademar (2015:13) “*O trabalho da equipa de emergência médica termina com a confirmação da morte*”.

Por outro lado, deixa de existir o relato das equipas de EPH das situações que foram observadas e realizadas. Não existindo passagem de “testemunho” muita informação importante que está na posse da equipa de EPH vai-se perder, podendo ser a peça do *puzzle* que falta para a resolução do crime por parte da investigação criminal.

A solução poderia passar pelo relato escrito ou oral dos procedimentos efetuados pela equipa da EPH, como indicado numa entrevista “*Era importante ficar um elemento da emergência médica à nossa espera para nos esclarecer o que foi feito e por quem*” (E12-R5).

Através do gráfico n.º 19, foi observado que em 21 ocorrências (77,77%), a existência de material utilizado na prestação de socorro no local de crime, maioritariamente: luvas, compressas, embalagens vazias (luvas / compressas / seringas), sacos de soros utilizados, ligaduras, adesivos, entre outros. Através do gráfico n.º 20, verificou-se que em 13 observações (56,52%) onde existiu intervenção na vítima por parte da EPH, encontrou-se material médico na vítima, como foram os casos de elétrodos para monitorização cardíaca, ligaduras/pensos e pás do DAE.

A equipa de EPH que, pelas suas razões profissionais, tem que intervir num local onde ocorreu um evento criminal (como verificado no gráfico 1), deve estar sensibilizada para a compreensão de que a inspeção judiciária pode ser o elo mais forte de toda a investigação de um crime violento (Ademar,2015).

A alteração do quadro do local e/ou da vítima poderá modificar a perceção desse mesmo evento criminal, produzindo o chamado efeito “dominó”, *“refletindo-se nas futuras observações, pesquisas e recolhas de vestígios e provas, bem como em toda a interpretação funcional do cenário e conseqüentemente, influenciar o resultado final da investigação”* (Braz, 2015:129).

Numa perspetiva dos médicos legistas, estes técnicos, centram os seus objetivos na preservação de vestígios quando observam o local e a vítima, enquanto as equipas de EPH dirigem a sua atenção para vítima e o seu socorro, sem existirem preocupações *major* em relação à preservação de potenciais vestígios, desde o início ao fim da sua atuação.

A este propósito, Ademar (2015:13) refere que *“O trabalho da equipa de emergência médica termina com a confirmação da morte. (...)”*, reforçando que *“todas as embalagens vazias e material usado na assistência à vítima devem ser levadas do local. Tanto quanto possível, a equipa deve abandonar o local deixando-o nas condições em que o encontrou”*⁸⁸.

Para se realizar o exame ao hábito externo mais próximo dos padrões ideais, seria vantajoso que o corpo estivesse tal como o criminoso o deixou.

Desta forma se nada mais pode ser feito, por se ter verificado o óbito pelo médico, então *“o equipamento usado para reanimação da vítima deve acompanhar o corpo (tubo endotraqueal, acessos venosos, tubos, algalias, etc.)”* (Gomes,2014:136). Também nesta linha de pensamento, Harris (2014:343) diz que *“Todas as tubagens, fios e tubos devem ser deixados in situ”* ou então, se forem retirados, devem ser descritos todos os procedimentos efetuados para posterior conhecimento da equipa de investigação criminal e do patologista forense do INMLCF.

⁸⁸ Ob. cit., p. 14.

A este propósito relatamos um excerto de uma entrevista a um elemento da PJ: *“Lembro-me de um caso recente de uma situação ... (pausa) ... e salvaguardando a necessidade de serem feitos estes procedimentos... de um homem que veio a falecer com uma fratura das costelas após uma queda nas escadas de sua casa, tendo perfurado um pulmão. O médico da EPH teve que fazer uma “punção” para lhe colocar um dreno e quando nós chegámos, a equipa de Emergência médica já não estava no local. (...) Nós interpretámos aquela perfuração como uma agressão por faca, e não só nós interpretamos dessa forma, até o médico do INML entendeu que aquilo era uma facada. Nós já tínhamos conhecimento que o filho da vítima tinha historial de violência sobre o pai (vítima), (...) ficámos a pensar que tinha sido o filho a dar uma facada ao pai, embora o filho o negasse (...) pois não havia outra forma de imputar aquela facada senão ao autor (filho) que nós tínhamos na nossa presença. Após falarmos com a equipa de EPH o médico do INEM disse-nos que aquilo não era uma facada, mas sim um corte feito com um bisturi para colocar um dreno no pulmão. Isso criou-nos uma grande confusão, pois estivemos quase a prender uma pessoa, pois tínhamos também o perito médico-legal a dizer-nos que aquilo era uma facada. O que aconteceu na realidade foi um acidente nas escadas” (E2-R4).*

O que tem que ser feito pelas equipas de EPH é preservar os vestígios, com ações simples, como a colocação de um lençol limpo sobre o cadáver. Com este simples gesto, preservar-se-ão os vestígios de condições climatéricas adversas, como o vento ou a chuva, e, novamente referindo Ademar (2015:14) *“Tanto quanto possível, a equipa deve abandonar o local deixando-o nas condições em que o encontrou”.*

6. CONCLUSÃO

Finalizado que está este estudo, mais do que concluir, pretende-se refletir, articulando as informações obtidas, interpretando-as, procurando encontrar os pontos de equilíbrio entre a atuação das equipas de EPH, sem prejuízo da sua prioridade absoluta e incontornável - salvar vidas - e a preservação de vestígios, essenciais à investigação criminal tendo em vista a reconstituição do crime, a recolha de prova material, visando o apuramento da verdade.

Neste sentido, efectuou-se todo um caminho que permitisse conduzir a bom porto os objectivos iniciais deste estudo. Para tal foi necessário observar a actuação das equipas de EPH e da PJ, correlacionando os procedimentos de ambos, verificando os pontos de convergência/divergência em relação à preservação dos vestígios e, ainda, criar um conjunto de linhas orientadoras na abordagem ao local de crime para a equipa de EPH.

No decorrer da observação *in loco* com recurso a uma *grelha* de observação, realização de entrevistas aos elementos da PJ da área dos homicídios e sua análise, foi-se tornando claro que a equipa de EPH, ao atuar no local de crime, para além da prestação do socorro, não vai ao encontro das necessidades da investigação criminal em relação à preservação dos vestígios, permitindo concluir que, na maioria dos casos, pouco é feito no sentido de promover uma correta manutenção de provas forenses em ambiente pré-hospitalar.

Ao longo do estudo observaram-se 27 vítimas de suspeita de homicídio na área de actuação da Seção de Homicídios da DLVT da PJ, no período de 1 de novembro de 2016 a 30 abril de 2017.

Analisando a *grelha* de observação, poder-se-á concluir que a equipa de EPH está sempre presente numa situação de crime violento, como é o caso de suspeita de homicídio, sendo na maioria das situações a primeira equipa institucional a chegar ao local, e a accionar as forças de segurança.

Nas situações em que chegaram antes das forças policiais, verificou-se apenas uma situação reportada de cheiros identificáveis. A mesma situação ocorreu em relação a relatos de janelas e/ou portas abertas e/ou arrombadas.

Quando verificado se existiam pessoas no local da ocorrência, o mesmo foi positivo, pois em quase metade dos casos esta situação foi referida, não se tendo verificado o mesmo em relação a carros suspeitos no local, porque não existiu qualquer informação.

A foto documentação ainda não é prática da equipa de EPH, pois não existiu qualquer registo fotográfico desta equipa à vítima ou ao local.

Quando verificadas as acções da equipa de EPH na vítima, constatou-se que em quase todas as intervenções foram realizadas manobras de socorro tendo existido alteração da sua posição inicial.

Praticamente em todas as situações foi tocado pela equipa de EPH, um (ou mais) objeto(s) no local, alterando a sua localização inicial.

Quando se analisou os procedimentos em relação à roupa da vítima, foi verificado, que, na maioria dos casos foi rasgada alguma peça e quase sempre pelo orifício do projétil, arma branca, rasgão ou outro instrumento perpetrador do crime, apenas com o único objetivo de expor a parte do corpo atingida a fim de avaliar as lesões e prestação de cuidados, não existindo a preocupação da preservação dos vestígios que possa conter.

No que se refere à existência da possível arma do crime no local, não foi possível chegar a qualquer resultado, na medida em que nas situações (algumas ainda em investigação) observadas através da inspecção judiciária, não foi possível concluir se estávamos perante um crime de homicídio ou de morte natural. Nestes casos, não existe arma/instrumento do crime. Por outro

lado, em crimes onde existiram armas de fogo, estavam presentes os invólucros das munições e/ou projéteis no local.

Quando se pretendeu saber se eram administrados fármacos às vítimas, verificou-se que em mais de 50% das situações o mesmo ocorreu. Em relação a drenagens de fluidos, foi observado apenas em duas situações.

Após a verificação do óbito pelo médico, observou-se que a maioria da equipa de EPH se ausenta do local e da vítima.

Já em relação à saída do local por parte da equipa de EPH, verificou-se que a maioria do material descartável foi deixado no local, o mesmo já não acontecendo com a presença de material de emergência médica na vítima.

Ao longo deste trabalho, recorreu-se à fundamentação teórica, bem como à revisão bibliográfica, sendo contudo pertinente referir alguns constrangimentos, particularmente no que se refere à escassez de bibliografia e estudos relativos a esta temática.

Deu-se conta de poucos estudos europeus, particularmente em Portugal, contrariamente ao que ocorre em outros países, nomeadamente nos EUA e Canadá, onde existe formação específica em enfermagem forense “*que tem preenchido um vazio no sistema de justiça e no sistema de prestação de cuidados*” (Gomes,2014:3), sendo que nestes países, a enfermagem forense se apresenta com competências na capacidade de resposta às vítimas de violência, trazendo à luz uma nova perspetiva na resolução de crimes violentos.

Estamos conscientes, todavia, que, se queremos ganhar legatários da sensibilização para a preservação dos vestígios por parte das equipas de EPH, temos de enveredar por um estudo continuado e nesse sentido este trabalho não termina..., continua..., acrescenta..., cientes de que o conhecimento necessita de mais conhecimento para o acompanhar.

7. SUGESTÕES

Porque toda a pesquisa pretende ajudar na construção de uma sociedade moderna e que se autoproclama de “*aude sapere*”, isto é, que quer ter a ousadia de conhecer com entusiasmo e afincado, sugere-se que se divulgue pelas equipas de EPH, ações de (in)formação, sensibilização sobre a importância dos vestígios no local da ocorrência de homicídio, para a investigação criminal.

Deve referir-se no entanto que já se iniciaram algumas ações sobre esta temática por parte da Escola da Polícia Judiciária, em 2011, com o tema “*O papel dos primeiros intervenientes institucionais na preservação dos vestígios*” (Anexo XXII), sendo dirigidas aos elementos do SIEM. Será contudo muito proveitoso continuar com estas ações a nível nacional.

Elaboração de *guidelines* de atuação por parte das equipas de EPH, para situações específicas que envolvam crimes, como no homicídio. Neste caso ter conhecimentos na área forense, seria sem dúvida um contributo crucial para a investigação criminal e para a Justiça para que desta forma possam integrar uma equipa multidisciplinar, como é o caso de quem aborda o local onde supostamente ocorreu um crime de homicídio, tendo em vista examiná-lo com o rigor e profissionalismo que a sociedade merece e exige.

Divulgação desta temática, nos cursos iniciais de enfermagem, medicina, Escola Nacional de Bombeiros e de todos os cursos ministrados no INEM, para futuros elementos da emergência médica pré-hospitalar.

Acompanhar as equipas de EPH que não tiveram qualquer (in)formação nesta área (forense) em situações de crime de homicídio, e após terem sido realizadas ações) de (in)formação, fazer o mesmo acompanhamento, verificando as alterações de procedimentos.

Delineemos agora, algumas linhas orientadoras que poderão servir de base à atuação das equipas de EPH no local de crime:

- ✚ Ao chegar ao local da ocorrência, se constatar que estão perante um crime, devem contactar de imediato as autoridades policiais;
- ✚ Devem ter sempre presente as condições de segurança necessárias para si e para as suas equipas. Por vezes não poderão prestar socorro até às indicações do OPC que está no local;
- ✚ Estarem só presentes os elementos necessários à prestação do socorro;
- ✚ Não fumar, comer, beber, utilizar o telemóvel da vítima ou as casas de banho no local;
- ✚ Isolarem o local de crime de forma a proteger cabalmente os vestígios. Por vezes basta fechar uma porta;
- ✚ Utilizarem um corredor de entrada e saída, para deste modo não pisar ou caminhar além do necessário;
- ✚ Evitem ligar/desligar luzes ou aparelhos de climatização ou outro eletrodoméstico;
- ✚ Estarem atentas e descrever cheiros característicos como tabaco, perfume, gás, entre outros;
- ✚ Relatarem às autoridades se existiam portas/janelas arrombadas ou se foi necessário arrombar para se ter acesso à vítima;
- ✚ Estarem atentas a pessoas “estranhas” ao local e descrevê-las fisionomicamente;
- ✚ Anotarem a matrícula de algum veículo automóvel suspeito, aquando da chegada ao local, durante ou após a prestação do socorro;
- ✚ Foto documentar o local, caso estejam presentes situações climatéricas adversas ou outras situações que façam alterar/destruir/contaminar o(s) vestígio(s);
- ✚ Se for necessário mexer na vítima, descrever a posição/localização e a presença de fluídos, evitando pisá-los. Após declarado o óbito não tocar no corpo;
- ✚ Descrever se realizaram (e quais) procedimentos de socorro;
- ✚ Evitar tocar ou mover qualquer objeto não essencial às manobras de socorro. Se o fizer, descreva o que foi removido ou mexido;

- ✚ Relatar o que foi retirado ou rasgado nas roupas da vítima. O corte, a ter de se realizar, deve executar-se o mais longe possível dos orifícios ou rasgões (por ex. ao longo das costuras), provocados na sequência da agressão;
- ✚ Não mexer ou mover a(s) pretensa(s) arma(s) do crime nem os projéteis. Se for necessário tocar-lhes ou movê-los de posição para iniciar as manobras de socorro, devem ser sempre manuseados com o máximo cuidado, com recurso a luvas esterilizadas, e se forem utilizadas pinças, devem estar com as pontas envoltas em compressas ou borrachas para não deixar marcas adicionais nos projéteis ou objetos penetrantes;
- ✚ Caso se tenham administrados fármacos nas manobras de socorro, devem ser relatados. Não puncionar o dorso da mão em caso de vítimas de arma de fogo;
- ✚ Caso seja necessário fazer-se alguma drenagem de fluídos à vítima, a recolha deve-se fazer para um recipiente esterilizado e ser preservado;
- ✚ Todas as embalagens vazias e material usado na assistência à vítima devem ser levadas do local. Tanto quanto possível, a equipa deve abandonar o local deixando-o nas condições em que o encontrou;
- ✚ Se possível ficar no local um elemento da EPH, para relatar o que foi feito e por quem. Se tal não for possível, entregar por escrito ao OPC que chega em primeiro lugar ao local.

“O único homem que está isento de erros, é aquele que não arrisca acertar”.

Albert Einstein

BIBLIOGRAFIA

- Ademar, C. (2013). Panorama atual da investigação do crime de homicídio em Portugal – Novas perspetivas e desafios. Em: Costa, S. e Machado, H (eds.), *A Ciência no Combate ao Crime – Potencialidades e Limites*, Húmus. V. N. Famalicão.
- Ademar, C. (2015). Gestão do Local do Crime. *Investigação Criminal*, n.º 9. pp.61-86.
- Afonso, C. (2014). *Emergência Médica Pré-hospitalar: A espera pelo inesperado*. Relatório de Estágio de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto. 86 pp.
- Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação - Um guia prático e crítico*. 1.ª ed. Asa. Porto.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Instituto Superior da Maia, Maia.
- Alves, S. R. (2005). *Toxicologia forense e saúde pública: Desenvolvimento e avaliação de um sistema de informações como potencial ferramenta para a vigilância e monitoramento de agravos decorrentes da utilização de substâncias químicas*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 132 pp.
- Acedido em 28 de abril de 2017, em <http://www.fiocruz.br/sinitox/media/artigo7.pdf>.
- American College of Surgeons on Trauma. (2004). Initial Assessment and Management. Em: *Advanced Trauma Life Support Program for Doctors*, 7th ed.: American College of Surgeons. Chicago. pp. 11-29.
- Antunes, Maria João (2014). *Código Penal*. 21.º ed. Coimbra Editora. Coimbra.
- Antunes, Maria João (2015). *Código de Processo Penal*. 21.º ed. Coimbra Editora. Coimbra.

- Baldwin, HB e May, CP. (2000). Crime scene investigation and examination / contamination. Em: J Siegel, P Saukko, G Knupfer (eds.), *Encyclopedia of forensic sciences*. 1.ª ed. Academic Press. Maryland Heights, Mo. pp. 444 – 457.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa.
- Barra da Costa, J. (2008), *Maddie, Joana e a Investigação Criminal. A verdade escondida*. 2.ª ed. Livros d’Hoje, Publicações D. Quixote. Lisboa.
- Batista da Costa, N. (2014). *Atitude Médica Perante Uma Vítima De Ferimento Por Arma De Fogo: Como Proceder*. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. 23 pp.
- Bicho, G. G. (Coord.). (2004). *Levantamento de laboratórios analíticos de toxicologia forense*. ANVISA. Brasília. Acedido em 28 de abril de 2017, em http://www.anvisa.gov.br/reblas/pesquisa_toxicologia_forense.pdf .
- Braz, J. (2009). *Investigação Criminal - a organização, o método e a prova: os desafios da nova criminalidade*. 1.ª ed. Almedina. Coimbra.
- Braz, J. (2015). *Ciência, Tecnologia e Investigação Criminal – interdependências e limites num Estado de direito democrático*. 1.ª ed. Almedina. Coimbra.
- Castan, N. (1980). *Justice et répression en Languedoc à l’époque des Lumières*. Flammarion. Paris.
- Calado, F. e Simas, A. (2002). *Manual de Procedimentos na Investigação do Local do Crime*. Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais. Centro de Recursos Didáticos e Audiovisuais. Loures. 29 pp.
- Chisum, W. e Turvey, B. (2011). *Crime Reconstruction*. 2.ª ed. Academic Press. Burlington.
- Council, E. R. (2015). *ERC Guidelines for resuscitation 2015*. Acedido a 28 de fevereiro de 2017, em <https://cprguidelines.eu/> .

- Costa, N. (2010). *Atitude Médica Perante uma Vítima de Ferimento por Arma de Fogo: Como Proceder*. Relatório de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. 26 pp.
- Costa, S. e Machado, H. (2013). *A ciência na luta contra o crime - Potencialidades e Limites*. Húmus. V.N. de Famalicão. pp. 69-97.
- Cusson, M. (2007). *Criminologia*. 2.^a ed. Casa das Letras. Cruz Quebrada.
- Decreto-Lei n.º 35042 de 20 de outubro 1945. *Diário do Governo n.º 233/1945* - Série I. Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 41306 de 2 de outubro de 1957. *Diário do Governo n.º 223/1957* - Série I. Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro. Lisboa.
- Decreto-Lei 234/81 de 03 de agosto. *Diário da República n.º 176/1981* – Série I. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa
- Decreto-Lei n.º 458/82, de 24 de novembro. *Diário da República n.º 272/1982* - Série I. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 295/A/90, de 21 de setembro. *Diário da República n.º 219/1990*, 1º Suplemento - Série I. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. *Diário da República n.º 32/2012* – Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Regulamentar Regional n.º 24/2003/A de 7 de agosto. *Diário da República n.º 181/03* - I Série B. Secretaria Regional da Habitação e Equipamentos. Açores.
- Denton, J.S., Segovia, A. & Filkins, J.A. (2006). Practical Pathology of Gunshot Wounds. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Vol.130. pp. 1283-1289.
- Dias, F. (2010). Preservação do local de crime. In: Âmbito Jurídico. Consultado em 17 de março de 2017, em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8451

- Domingues, B. (1963). *Investigação Criminal-Técnica e Tática nos crimes contra as pessoas*. Ed. de autor. Lisboa.
- Eisert, P.J., Eldredge, K., Hartlaub, T., Huggins, E., Keirn, G., O'brien, P., Rozzi, HV., Pugh, LC. e March, KS,. (2010). CSI: New @ York: development of forensic evidence collection guidelines for the emergency department. Em: *Crit Care Nurs Q*, Vol. 33, No. 2, pp. 190-199.
- Espíndula, A. (2013). *Perícia criminal e Cível. Uma Visão Geral para Peritos e Usuários da Perícia* . 4.^a ed. Millennium. São Paulo.
- Farinha, C. (2016). Investigação Criminal. Em: Maia, R et all, *Dicionário: Crime, Justiça e Sociedade*. Silabo. Lisboa.
- Ferreira, M. (1993). *Lições de Direito Penal I*. 1.^a ed. Verbo. Lisboa.
- Filho, C. (2009). Cadeia de Custódia: do local de crime ao trânsito em julgado; do vestígio à evidência. *Revista dos tribunais n.º 883*. S. Paulo. Brasil. pp.437- 451.
- Fisher, B. (2004). *Techniques of Crime Scene Investigation*. 7^aed. CRC Press LLC. Florida. USA.
- Flink, U. (2012). *Introdução à Metodologia de Pesquisa*. Penso. Porto Alegre.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. 1.^a ed. Lusociência. Loures.
- Fortin, M. et al. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidata. Loures.
- França, G. (2014). Dados relevantes na Perícia Médico-Legal em caso de Tortura. Em: Gomes, A. (2004), *Enfermagem Forense*, 1^a ed., Vol. II. Lidel. Lisboa.

Galvão da Silva, F. (2006). *Preservação da Cadeia de Custódia em Vestígios Biológicos para fins Forenses: Caracterização da Situação Atual e Proposta de Critérios de Recolha e Envio de Vestígios Biológicos*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. 161pp.

Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6.^a ed. Atlas. São Paulo.

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, Vol. I. Lidel. Lisboa.

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, Vol. II. Lidel. Lisboa.

Gonçalves, S. (2001). *Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto. 79pp.

Harris, C. (2014). *Enfermagem Forense na Investigação da Morte*. Em: Gomes, A. (2004), *Enfermagem Forense*, Vol. II, Lidel. Lisboa.

Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). *Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT*. Versão 2.0, 1.^a ed. Lisboa.

Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). *Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa*. Versão 3.0, 1.^a ed. Lisboa.

Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. 1.^a ed. Lisboa.

Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2015). *Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão. Plano de Estratégico 2014 / 2016. Versão junho / 2015*. Lisboa.

Jacob, R. (2016). *Primeira Intervenção da GNR no Local do Crime*. Relatório Científico do Final do Trabalho de Investigação Aplicada do Mestrado em Ciências Militares, na Especialidade de Segurança. Academia Militar. Lisboa. 50 pp.

- Jousse, D. (1763). *Nouveau commentaire sur l'Ordonnance criminelle du mois d'ôût 1670*. Debure. Paris.
- Laingui, A. (1983). L'Homme criminel dans l'Ancien Droit. Em: *Revue de science criminelle et de droit penal compare*,(1983), Sirey, Paris. pp. 15-35.
- Lei n.º 141/99 de 28 de agosto. *Diário da República n.º 201/1999* - Série I - A. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 37/2008 de 06 de agosto. *Diário da República n.º 151/2008* – Série I. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei 45/2004 de 19 de agosto de 2004. *Diário da República n.º 195/2004* - Série I-A. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 49/2008 de 27 de agosto. *Diário da República n.º 165/2008* – Série I. Lisboa.
- Lynch, V. e Duval, J. (2010). *Forensic Nursing Science*. 2.^a ed. Mosby. St. Louis.
- Mateus, B. A. (2007). *Emergência médica pré-hospitalar: que realidade*. Lusociência. Loures.
- Miller, C., Leadingham, C., McKean, J., McManus, C. (2010). Forensic nursing: An emerging competency for contemporary practice. *Teaching and Learning in Nursing*. Vol. 5. pp. 98-103.
- Mittermayer, A. (1834) – *Tratado da prova em matéria Criminal*. 3.^a Edição. Citado a partir da tradução para português de Alberto António Soares em 1871, com base na versão francesa. A. A. Da Cruz Coutinho (editor proprietário). Rio de Janeiro. pp.495-496
- Monte, M. e Freitas, P. (2016). Crime. Em: *Maia, R et all, Dicionário: Crime, Justiça e Sociedade*. Silabo. Lisboa.
- Moreira, C. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. 1.^a ed. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa. pp. 300.

- National Forensic Science Technology Center. (2013). *Crime Scene Investigation. A Guide for Law Enforcement*. Acedido em 29 de janeiro de 2017, em www.nfstc.org
- New Haven Sponsor Hospital Program. *Crime scene guidelines*. (2007.). Acedido em 10 de janeiro de 2017, em www.sponsorhospital.org.
- Pinto, M. (2011). Prova Indiciária no Processo Penal. *Revista do Ministério Público n.º 128 (Outubro/Dezembro)*, p.185 - 222.
- Polícia Judiciária. (2009). *Inspecção Judiciária, Manual de Procedimentos*, 1.ª ed.
- Polícia Judiciária (1985). *1945/1985*. Edição da Direção de Serviços de Documentação e Informação Pública da Polícia Judiciária.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª ed. Gradiva. Lisboa.
- Rangel, R. (2004). *Noções gerais sobre outras ciências forenses*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 24 de março de 2017, em <http://medicina.med.up.pt/legal/NocoasGeraisCF.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 118-A/2008, de 29 de julho. *Diário da República n.º 145/2008*, 2º Suplemento, Série I. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Romão de Matos, A. (1999). *Investigação e Medicina Legal*. Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais. Centro de Recursos Didáticos e Audiovisuais. Loures. 40 pp.
- Romão de Matos, A. (2002). *Investigação do Crime de Homicídio*. Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais. Centro de Recursos Didáticos e Audiovisuais. Loures. 49 pp.
- Ruço, A. (2013). *Prova Indiciária*. Almondina. Torres Novas.
- Rutty, J. (2006). Does England Need a New Genesis of Forensic Nursing? Em: *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, Vol. 2, Springer. EUA. pp. 149-155.

Santos, A. (2004). *Tanatologia Forense*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 16 de março de 2017, em: <http://medicina.med.up.pt/legal/TanatologiaF.pdf>

Santos, A. (2008). Patologia Forense e a autópsia médico-legal, sua contribuição na investigação criminal. Em: Maria de Fátima Pinheiro (org.), *CSI Criminal*, Universidade Pessoa, Porto. pp. 131-141

Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (2016). *Manual de Tripulante de Ambulância de Socorro*. Divisão de prevenção, formação e sensibilização.

Shaler, R. (2011). *Crime Scene Investigation: Philosophy, Practice and Science. Part one*. [CD-ROM]. Recorder Books, LLC. Pennsylvania.

Sharma, B. (2003): Clinical forensic medicine-management of crime victims from trauma to trial. Em: *Journal of Clinical Forensic Medicine*. Elsevier Ltd and AFP; pp.10: 267-273

Silva, F. (2011). *Direito Penal Especial: Os Crimes Contra as Pessoas*. Quid Juris, Lisboa.

Silva, P. (2014). *Os vestígios no Local do Crime e a sua Relevância Médico-Legal Face aos Interventores Extra Hospitalares*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto. 97pp.

Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral. 2017. Relatório Anual de Segurança Interna (RASI) de 2016. http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a464451554e45544563765247396a6457316c626e52766330567564476c6b5957526c6330563464475679626d467a4c7a557a595455304e5463784c546b784d5449744e4451774d6931685a6a41784c5751315a545269596a45335954646b4d7935775a47593d&fic_h=53a54571-9112-4402-af01-d5e4bb17a7d3.pdf&Inline=true

- Soares, C. (2011). *Homicídios na Área da Grande Lisboa da Investigação Criminal ao Estudo Médico-Legal. Contribuição para a Determinação de Tipologias de Homicídio*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa. 163pp.
- Tokdemir, M., Kafadar, H., Turkoglu, A. e Bork, T. (2007). Forensic value of gunpowder tattooing in identification of multiple entrance wounds from one bullet. *Legal Medicine*, vol. 9, pp. 147-150.
- UNICEF (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. Acedido a 23 de janeiro de 2017 em https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm .
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2010). *Conscientização sobre o local de crime e as evidências materiais em especial para pessoal não forense*. Nações Unidas. Nova Iorque.
- Viegas, F. (2014a). *O Exame ao local do Crime*. Em: Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*, 1ª ed, Vol. I, Lidel. Lisboa.
- Viegas, F. (2014b). *Pesquisa, Identificação e recolha de vestígios*. Em: Gomes, A. (2004). *Enfermagem Forense*. 1ª ed, Vol. I, Lidel. Lisboa.
- Wiler, J. (2007). The need for emergency medicine resident training in forensic medicine. Em: *Journal Annals of Emergency Medicine* ; pp.50: 733-738.

WEBGRAFIA

- Acedido em 16 de janeiro de 2017, em <http://enfermagemonline.webnode.com.pt/epi/>
- Acedido em 5 de fevereiro de 2017, em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Interpol>
- Acedido em 5 de fevereiro de 2017, em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Europol>

ANEXOS

- ANEXO I – Evolução Histórica da Emergência Médica em Portugal
- ANEXO II – Guião das entrevistas
- ANEXO III – Autorização para a realização das entrevistas
- ANEXO IV – Consentimento informado
- ANEXO V – Transcrição de uma entrevista
- ANEXO VI – Matriz das entrevistas
- ANEXO VII – Grelha de Observação
- ANEXO VIII – Registo de uma observação registada na Grelha
- ANEXO IX - Algoritmo de abordagem à vítima – TAE
- ANEXO X - Algoritmo de avaliação primária da vítima – TAE
- ANEXO XI - Algoritmo de avaliação secundária da vítima – TAE
- ANEXO XII - Algoritmo de abordagem à vítima – Médicos e Enfermeiros
- ANEXO XIII - Algoritmo de avaliação primária da vítima – Médicos e Enfermeiros
- ANEXO XIV – Algoritmo de avaliação secundária da vítima – Médicos e Enfermeiros
- ANEXO XV - *Guideline* de SAV
- ANEXO XVI - Ficha de observação médica VMER (frente)
- ANEXO XVII - Ficha de observação médica VMER (verso)
- ANEXO XVIII – Verificação de cenário com existência de cadáver
- ANEXO XIX – *Telephonic Triage and Counseling System* (TETRICOSY®)
- ANEXO XX – Zonas de Corte da Roupa com Tesouras em Trauma
- ANEXO XXI – Área Territorial e de ação da DLVT
- ANEXO XXII - *Flyer* de *WorkShop* sobre Crimes de Cenário

ANEXO I - Evolução Histórica da Emergência Médica em Portugal

Evolução Histórica da Emergência Médica em Portugal - Breve Contextualização

Nas últimas cinco décadas a ciência e a medicina evoluíram de forma significativa permitindo o desenvolvimento de novos equipamentos, a implementação de novas técnicas, a criação de novos fármacos e ainda uma maior rapidez no socorro à vítima. Segundo o INEM (2015), com o surgimento do número de socorro “115”, em 1965 principiou-se em Portugal o socorro pré-hospitalar que tinha como objetivo final a prestação de socorro às vítimas de acidentes na via pública na cidade de Lisboa. Após ativado o “115”, imediatamente era colocado em marcha uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) que prestavam os primeiros socorros e efetuavam o transporte para o hospital mais próximo (Mateus, 2007). Nos anos seguintes, este serviço estendeu-se também ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro.

No ano de 1971, através do Ministério do Interior e da Saúde e Assistência, é criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), com o objetivo de “*assegurar a orientação, coordenação e eficiência das atividades de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como o seu transporte*”, (INEM, 2015:7). Com este passo deu-se início à estruturação da emergência médica em Portugal, com ambulâncias medicalizáveis, bem como a criação de um sistema de telecomunicações que até aí era inexistente, tendo a supervisão e colaboração da PSP nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Fora destas áreas, eram as ambulâncias das corporações de bombeiros locais que asseguravam o socorro e/ou transporte.

Com o seu alastramento para todo o território nacional em 1978, foram desenvolvidos meios de telecomunicações mais modernos e eficazes, capazes de tornar o número 115 acessível a toda a população.

A formação técnica dos primeiros tripulantes de ambulâncias ficou a cargo da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), com a criação de uma escola de socorrismo.

Já em 1980, é criado o Gabinete de Emergência Médica (GEM), com a intenção de criar um projeto para a criação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), (que falaremos mais adiante) em Portugal. Neste ano é celebrado um protocolo entre o Ministério dos Assuntos Sociais Portugueses (através do GEM) e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (EUA) para estabelecer no âmbito da emergência médica pré-hospitalar, um programa desta natureza no território português.

Em 1981, “nasce”⁸⁹ o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), enquanto “organismo coordenador das atividades de Emergência Médica a executar pelas diversas entidades do sistema” (INEM,2015:7), tutelado pelo Ministério dos Assuntos Sociais. O SNA, então tutelado pelo Ministério da Defesa, passa a integrar o INEM. Este Instituto recebe, principalmente, as redes do SNA, das telecomunicações (115) e de transporte (ambulâncias disponibilizadas aos bombeiros e PSP) que cobriam o território nacional. São realizados os primeiros cursos de formação em Técnicas de Emergência Médica, dirigidos a médicos e enfermeiros, com colaboração de profissionais estrangeiros. São estabelecidas as bases de cooperação dos corpos de bombeiros no SIEM.

Em 1982 é criado o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), sendo um serviço para dar apoio informativo e aconselhamento à população em geral de intoxicações medicamentosas, de pesticidas, cosméticos, entre outros, bem como na orientação terapêutica e visão prognóstica aos médicos, tanto no ambulatório como nas unidades hospitalares.

Em 1987 surge o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) - (que também abordaremos mais adiante) – em Lisboa, tendo como papel a orientação e coordenação do SIEM. É criado também neste ano o subsistema de transporte de recém-nascidos em Lisboa, sendo posteriormente alargado à região norte um ano mais tarde e à região centro em 1989. Este Subsistema destinava-se a socorrer recém-nascidos em risco de vida, transportando-os para uma unidade de neonatologia de referência.

Em 1988 a prestação de socorro que se fazia exclusivamente na via pública por razões logísticas, estende-se ao domicílio dos cidadãos.

Em 1989 entra em funcionamento a primeira Viatura Médica de Intervenção Rápida para a área de Lisboa. Além da função de socorro a vítimas e/ou doentes, tem também como função a prática de “rendez-vous”⁹⁰. Paulatinamente aparecem outras viaturas com características semelhantes para outras zonas do país. A rede de telecomunicações das ambulâncias de emergência foi reorganizada com nova tecnologia e aparelhos e as unidades hospitalares foram incluídas no sistema de telecomunicações com meios mais eficazes.

Em 1990 surge o CODU-Mar, que era uma secção diferenciada, dirigida aos doentes e vítimas no mar.

Em 1991 é instalado na região Norte (Porto) o CODU Norte; em 1995 surge o CODU Centro (Coimbra) e em 2000 é inaugurado o CODU Algarve (Faro).

⁸⁹ Decreto-Lei 234/81 de 03 de agosto

⁹⁰ Transbordo da vítima de um meio para outro mais diferenciado, sendo este processo coordenado pelo CODU.

Em 1998, o número 115 foi substituído pelo número 112 – Número Europeu de Socorro -, por questões de uniformização da emergência médica na Europa.

Em 2004 é criado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM para prestar apoio psicológico quer à população, quer às equipas de emergência em situações suscetíveis de serem traumáticas do foro psicológico, como são os casos dos crimes violentos (ex. homicídios).

Em 2006, os CODU passam a abranger 100 % da população de Portugal Continental.

Em 2010 o INEM obtém a certificação ISO 9001 do seu Sistema de Gestão da Qualidade nos âmbitos da formação em emergência médica e acreditação de entidades para formação em emergência médica.

Em 2011 é criado um protocolo entre o INEM e os Serviços de Sangue e da Transplantação para o uso dos Helicópteros do INEM para transporte de tecidos e células para transplantação, fazendo com que cheguem de uma forma mais célere à unidade hospitalar onde se vai realizar o transplante. Num processo onde todos os minutos contam, este foi com certeza um grande avanço para o sucesso da transplantação em Portugal. Neste ano o INEM tentou aproximar mais os cidadãos e a emergência médica na vertente do “humanismo de cuidados” com a permissão aos doentes transportados em ambulâncias do INEM serem acompanhados por um familiar ou por pessoa de sua relação.

Em 2012, é publicada⁹¹ a nova Lei orgânica do INEM que vem destacar as competências relativas à coordenação do SIEM, certificação da formação em emergência médica e a manutenção da fiscalização da atividade de transporte de doentes.

⁹¹ Decreto-Lei 34/2012 de 14 de fevereiro

Anexo II - Guião das entrevistas

Guião da entrevista

Tema: "Procedimentos das equipas de emergência- médica pré-hospitalar na investigação criminal do homicídio"

Tipo de entrevista: Entrevista semiestruturada

Participantes: 3 Inspetores Chefes e 12 Inspetores da DLVT, 1.^a Seção – 1.^a, 2.^a e 3.^a brigada da Policia Judiciária

Objetivo geral:

- Descrever e interpretar as necessidades da investigação criminal relativamente à preservação dos vestígios por parte das equipas da Emergência Médica Pré-Hospitalar (EPH) no local de suspeita de homicídio.

Objetivos específicos:

- Identificar os cuidados a ter para evitar a contaminação do local de crime;
- Identificar a importância da sensibilização às equipas de EPH no local de crime para a preservação dos vestígios;
- Identificar a comunicação entre as equipas de EPH (como primeiros intervenientes no local de crime) com os órgãos de Policia Criminal (OPC) na transmissão de informação com relevância para a investigação do crime de homicídio.

INTRODUÇÃO

-Apresentação do entrevistador ao entrevistado.

-Explicação sumária do trabalho e seus objetivos.

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

-Explicação da estrutura e objetivos da entrevista.

-Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista.

ENTREVISTA Nº _____

Data ____/____/____

Q1 – Quando chega ao local costuma estar presente a equipa Emergência Médica Pré-Hospitalar (EPH)?

Q2 – É costume perguntar aos elementos da EPH acerca dos procedimentos que efetuaram no local de crime?

Q3 – Na sua opinião considera que a intervenção das equipas de EPH face à preservação dos vestígios no local de crime influencia a investigação do crime? Sim Não Como?

Q4 – Já teve situações em que as equipas de EPH alteraram/contaminaram significativamente o cenário do local de crime? Sim Não Refira um caso.

Q5 - Na sua opinião que procedimentos deveriam ter as EPH para a preservação de vestígios no local? E na vítima?

Q6 – Na sua opinião considera que as equipas de EPH devem ser interventivas no que diz respeito à recolha de vestígios contidos na vítima? Sim Não . Em que circunstâncias?

Q7 - Tem alguma sugestão a acrescentar?

ANEXO III - Autorização para realização das entrevistas

Autorização para realização das entrevistas

Como será do conhecimento de V. Exa., eu, Nuno Afonso Rebocho Bastos Coelho, Especialista Superior desta Polícia, a frequentar o Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, na Faculdade de Medicina de Coimbra – Universidade de Coimbra, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação sob o tema: *"Procedimentos das equipas de emergência médica pré-hospitalar na investigação criminal do homicídio"*.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a V. Exa., Sra. Dra. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Coordenadora da Seção de Homicídios da DLVT, autorização para que os três Srs. Inspectores- Chefes e doze Inspectores (as) possam participar numa entrevista, salientando desde já a importância do seu contributo para a realização deste estudo. Anexo o conteúdo da mesma, para sua apreciação.

A informação recolhida destina-se apenas e exclusivamente ao mencionado estudo, tendo por base os seguintes requisitos:

- Os dados serão recolhidos através de entrevista gravada por meio áudio, a qual é devidamente autorizada pelos intervenientes;
- Após as entrevistas, os intervenientes (entrevistados) terão o direito a ouvir as gravações, podendo retificar alguma declaração, caso seja pertinente;
- A decisão de participação neste estudo é inteiramente voluntária, ficando deste modo salvaguardado o direito à recusa do Sr.º Inspetor – Chefe;
- A privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo;
- Em caso de dúvida ou necessidade de informação adicional, os intervenientes poderão contactar, a qualquer altura, o autor do trabalho.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, ficando a aguardar as suas prezadas notícias.

Sem outro assunto

Cumprimentos

Nuno Coelho

ANEXO IV - Consentimento informado

Consentimento informado

Nuno Afonso Rebocho Bastos Coelho, Especialista Superior da Polícia Judiciária a frequentar o Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, na Faculdade de Medicina de Coimbra – Universidade de Coimbra, pretende desenvolver um estudo de investigação com o tema: ” *Procedimentos das equipas de emergência- médica pré-hospitalar na investigação criminal do homicídio*”. Nesse sentido solicita a sua colaboração para participar nesta entrevista, salientando desde já a importância do seu contributo para a realização deste estudo.

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

- A informação que forneço destina-se apenas à realização deste estudo;
- Os dados serão recolhidos através de entrevista gravada para a qual autorizo a utilização de gravador;
- Após a entrevista terá o direito a ouvir as informações podendo retificar alguma declaração;
- A decisão de participação neste estudo é voluntaria, ficando deste modo salvaguardado o meu direito a recusa, tanto neste momento como em qualquer outro ao longo do processo de investigação;
- A minha privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo;
- Em caso de dúvida ou necessidade de informação adicional poderei contactar o autor do trabalho cuja identificação e contacto me foi fornecido.

Lisboa, ____/____/____

(participante do estudo)

(investigador)

ANEXO V - Transcrição de uma entrevista

ENTREVISTA Nº X Data 2 / 03 / 2017

Q1 – Quando chega ao local costuma estar presente a equipa Emergência Médica Pré-Hospitalar (EPH)? Sim Não

R2 – *“Dos anos de experiência que tenho, leva-me a concluir que a emergência médica chega sempre (breve pausa) ou quase sempre, em primeiro lugar ao local, mas quando lá chegamos, já não estão presentes”.*

Q2 – É costume perguntar aos elementos da EPH acerca dos procedimentos que efetuaram no local de crime? Sim Não

R2 – *“Se tivermos dúvidas costumamos falar e identificar a equipa da EPH e por vezes até lhe tomamos declarações sobre o que fizeram no local de crime, (...) quando temos a informação ou ideia que lá foi deixado material da Emergência Médica temos necessidade de saber se isso foi lá deixado por eles, procedemos a essa tomada de declaração da equipa e EPH.”*

Q3 – Na sua opinião considera que a intervenção das equipas de EPH face à preservação dos vestígios no local de crime influencia a investigação do crime?

Sim Não Como?

R2 – *“Pode influenciar, sim! Lembro-me de uma situação recente na zona do Rego em Lisboa em que foi deixada uma luva por parte de um elemento da EPH e tivemos que fazer diligências para saber de quem era a luva pois podia ser do autor, (...) perdemos ali algum tempo.”*

Q4 – Já teve situações em que as equipas de EPH alteraram/contaminaram significativamente o cenário do local de crime? Sim Não Refira um caso.

R2 – *“Lembro-me de um caso recente de uma situação (e salvaguardando a necessidade de serem feitos estes procedimentos - sic) de um homem que veio a falecer com uma fratura das costelas após uma queda nas escadas de sua casa, tendo perfurado um pulmão. O médico da EPH teve que fazer uma “punção” para lhe colocar um dreno e quando nós chegámos a equipa de Emergência médica já não estava no local. (...) Nós interpretámos aquela perfuração como uma agressão por faca, e não só nós interpretamos dessa forma, até o médico do INML entendeu que aquilo era uma facada.*

Nós já tínhamos conhecimento que o filho da vítima tinha historial de violência sobre o pai (vítima), ficámos a pensar que tinha sido o filho a dar uma facada ao pai, embora o filho o

negasse (...) pois não havia outra forma de imputar aquela facada senão ao autor (filho) que nós tínhamos na nossa presença.

Após falarmos com a equipa de EPH o médico do INEM disse-nos que aquilo não era uma facada, mas sim um corte feito com um bisturi para colocar um dreno nas costelas (não sei o termo correto-sic). Isso criou-nos uma grande confusão, pois estivemos quase a prender uma pessoa que não tinha dado uma facada ao pai, pois tínhamos também uma opinião do perito médico-legal a dizer-nos que aquilo era uma facada. O que aconteceu na realidade foi um acidente nas escadas “

Q5 - Na sua opinião que procedimentos deveriam ter as EPH para a preservação de vestígios no local? E na vítima?

R2 – *“Em relação aos materiais que utilizam e até como é descartável devem recolhe-lo do local e se existir uma alteração substancial do quadro inicial, informar o OPC local dessa alteração. Também as alterações substanciais que façam à vítima, - mudá-la de posição por exemplo - devem também informar o OPC local para transmitir ao OPC competente que no caso dos homicídios é a PJ, (...) para termos conhecimento de uma forma mais real e fiel possível de como estava o quadro inicial”.*

Q6 - Na sua opinião considera que as equipas de EPH devem ser interventivas no que diz respeito à recolha de vestígios contidos na vítima? Sim Não

Em que circunstâncias?

R2 – Acho que seria útil. Da experiência que eu tenho até acontece por vezes isso. Por vezes os OPC locais entregam-me coisas (vestígios): *“Olhe que isto foi feito pelo médico ou pelo enfermeiro que recolheu e entregou”* – que foram entregues pelas equipas de EPH, mas também já tive muitas situações em que se perderam coisas importantes pela sua atuação. Acho que era bom fazer a foto documentação nestas situações.

Q7 - Tem alguma sugestão a acrescentar?

R1 – *“A única sugestão é que seria útil elucidar as equipas de EPH desta temática com ações de formação”.*

ANEXO VI - Matriz das entrevistas

UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIAS	REGISTO
Presença da equipa de EPH no local, quando chega a brigada de homicídios da PJ	SIM	
	ALGUMAS VEZES	<p>“Dos anos de experiência que tenho, leva-me a concluir que a emergência médica chega sempre (breve pausa) ou quase sempre, em primeiro lugar ao local” (E2-R1).</p> <p>“Às vezes quando chegamos eles estão a arrumar as coisas para abandonar o local” (E5-R1).</p> <p>“Raramente. Por norma já abandonaram o local” (E8-R1).</p> <p>“Não tenho os números exatos, pois não os conto, mas posso dizer que em 20 vezes estão lá uma ou duas vezes” (E9-R1).</p> <p>“Por vezes em zonas rurais isso acontece” (E10-R1).</p> <p>“Diria que em 90% não está presente. Quando está presente, foi porque a comunicação da PSP foi muito rápida, o que nos permitiu chegar ao local e a vítima ainda estar a ser assistida, mas isso são situações minoritárias” (E15-R1).</p>
É costume perguntar aos elementos da (EPH) acerca dos procedimentos que efetuaram no local de crime	SIM	<p>“Claro que sim! Com muita frequência. Por vezes existe necessidade de chamar ao local a equipa de EPH que esteve no local para esclarecer vestígios que estão no local e não conseguimos perceber, até porque eles veem, cheiram ou sentem coisas (sons) que quando nós chegamos já não estão lá (....)” (E1-R2).</p> <p>“Sim. Embora muito raramente estejam no local, por isso à posteriori iremos falar com eles. Temos que ir à procura e saber quem são” (E3- R2).</p> <p>“Quando eles estão a abandonar o local por vezes falamos com eles. Geralmente é para perguntar se alteraram a posição da vítima” (E4-R2).</p>

		<p>“Sim, (pausa) mas sempre do ponto de vista da investigação criminal, obviamente. Se por exemplo a vítima apresentava sinais ou ferimentos, como estava vestida, se disse alguma coisa, se existia algum cheiro característico, sempre na perspetiva de recolher informação que pudesse ajudar a investigação criminal. Muitas vezes vamos buscar a ficha do INEM para percebermos algo que não esteja clarificado, ou contactar os elementos da EPH que estiveram no local. (...) Por vezes temos de aclarar determinados aspetos que estão escritos na ficha e era suposto que não fosse rigorosamente assim (...) a investigação veio a levantar algumas dúvidas do que estava escrito e tínhamos que esclarecer as dúvidas com alguns membros da equipa” (E5-R2).</p> <p>“Sim, mas sempre do ponto de vista da investigação criminal. Se a vítima tinha ferimentos, onde, como estava vestida, em que posição, entre outras coisas” (E7-R2).</p> <p>“Sim, é costume perguntar. Se reparamos em algo que nos suscite dúvidas, perguntamos se foram eles que fizeram isso. É muito importante percebermos o que aconteceu, através de testemunhos de quem presenciou o crime ou de quem chegou em 1.º lugar” (E8-R2).</p> <p>“Sim, sempre, não só em relação ao local como na vítima” (E9-R2).</p> <p>“Claro que sim! Se eles são os primeiros a chegar, podem ter informação importante para nós” (E12-R2).</p> <p>“É costume perguntar se a vítima ainda estava viva quando chegaram e se disse alguma coisa. Se mexeram na vítima e alteraram a posição” (E14-R2).</p> <p>“ (...) em relação às pessoas que estavam no local, era importante que nós pudéssemos falar com elas. O problema é que quando lá chegamos já não estão. A EPH poder-nos-ia dizer a sua fisionomia ou se conhecem essas pessoas.” (E15-R2).</p>
	ALGUMAS VEZES	<p>“Se tivermos dúvidas costumamos falar e identificar a equipa da EPH e por vezes até lhe tomamos declarações sobre o que fizeram ou viram no local de crime (...)” (E2-R2).</p> <p>“Sim, várias vezes houve necessidade de contactar o socorro médico para esclarecer situações que aos olhos da investigação criminal havia dúvidas e que após questionar as equipas de EPH, havia determinado elementos que poderiam estar ligados ao autor dos factos, mas afinal estavam ligados ao socorro médico” (E6- R2)</p> <p>“Por vezes. Quando tenho dúvidas se algo foi feito pelo autor ou pelo socorro médico, entro em contacto com eles” (E10-R2).</p> <p>“Por vezes é necessário. Quando eles comunicam à polícia que estão numa situação de crime e nós quando chegamos ao local e o quadro não é típico de crime, perguntamos o que eles observaram que nos possa ter escapado” (E13-R2).</p>
	NÃO	
<p>A intervenção das equipas de EPH face à preservação dos vestígios no local de crime influencia a investigação do crime</p>	SIM	<p>“Pode influenciar, sim! Lembro-me de uma situação recente na zona do Rego em Lisboa em que foi deixada uma luva por parte de um elemento da EPH e tivemos que fazer diligências para saber de quem era a luva pois podia ser do autor, (...) perdemos ali algum tempo” (E2-R3).</p> <p>“Muito. Um dos aspetos mais significativos para a investigação criminal da participação das equipas da EPH prende-se com a contaminação do espaço. A memória que eu guardo quando se fala das equipas EPH é sempre o cenário consideravelmente contaminado. Percebo que isto não é nenhum elogio para estas equipas da EPH” (E4-R3).</p>

		<p><i>“Sim. (...) As equipas da EPH podem adulterar, destruir vestígios importantes para a investigação. Alguma dessa adulteração ou destruição não há volta a dar pois o socorro médico está primeiro. Há outra adulteração e destruição de vestígios com falta de regras / conhecimentos que a equipa de EPH tem no terreno” (E5-R3).</i></p> <p><i>“Claro que sim. Mas eles têm que fazer o seu trabalho, não é?” (E7-R3).</i></p> <p><i>“Sim, se destruírem os vestígios, e contaminarem muito o local pode destruir toda a prova material” (E8-R3).</i></p> <p><i>“Sim. Principalmente nas situações de crime com arma branca é usual as equipas médicas cortarem a roupa pelo buraco da lâmina. Isso vai destruir quase sempre o que precisamos observar para o nosso trabalho” (E9-R3).</i></p> <p><i>“Claro que sim. Pegadas, rastos de calçado impregnados em sangue. Não sabemos se são de autor ou da equipa de EPH” (E10-R4).</i></p> <p><i>“Sim, altera” (E11-R4).</i></p> <p><i>“Pode. Desde logo a aproximação ao local de crime, ao caminharem sobre vestígios, que não percebem que o são. Também a sua atuação na vítima podem deixar sinais, marcas que depois podem ser confundidos com agressões, por exemplo” (E13-R4).</i></p>
	POR VEZES	<p><i>“Por vezes, sim. Porquê? (refere o entrevistado). A leitura dos vestígios no local pode criar uma ideia confusa sobre o que aconteceu. Às vezes há uma contaminação dos vestígios que vão prejudicar a prova em tribunal. Por exemplo, se for misturado sangue de duas vítimas numa peça, que seja transportada de um lado para o outro (pausa...), imagine..., se uma pessoa mata outra com uma faca, se essa faca for afastada para outro local onde está outro tipo de sangue de uma outra vítima, e for lá deixada, isso pode comprometer os exames do laboratório” (E1-R3).</i></p> <p><i>“Pode. Felizmente não temos tido muitos exemplos, mas é fácil isso acontecer se não existirem alguns cuidados” (E3-R3).</i></p> <p><i>“Não lhe posso dizer ao certo, mas tenho a noção que anda por volta dos 75% as situações que tive onde existiram alterações no local e na vítima por parte da intervenção médica, que nos fez andar “à roda”, até que vissemos um caminho. Acredite que sabemos que eles têm que fazer o seu trabalho, e temos que fazer a investigação sabendo que lá estiveram, mas por vezes..... aquilo fica um pandemónio” (E6-R3).</i></p> <p><i>“Se eles lá estiveram é normal por vezes alterarem o local, logo vai influenciar o nosso trabalho” (E12-R3).</i></p>
	NÃO	

<p>Situações em que as equipas de EPH alteraram / contaminaram significativamente o cenário do local de crime</p>	<p><i>“Lembro-me de um caso recente de uma situação (e salvaguardando a necessidade de serem feitos estes procedimentos - sic) de um homem que veio a falecer com uma fratura das costelas após uma queda nas escadas de sua casa, tendo perfurado um pulmão. O médico da EPH teve que fazer uma “punção” para lhe colocar um dreno e quando nós chegámos a equipa de Emergência médica já não estava no local. (...) Nós interpretámos aquela perfuração como uma agressão por faca, e não só nós interpretamos dessa forma, até o médico do INML entendeu que aquilo era uma facada. Nós já tínhamos conhecimento que o filho da vítima tinha historial de violência sobre o pai (vítima), ficámos a pensar que tinha sido o filho a dar uma facada ao pai, embora o filho o negasse (...) pois não havia outra forma de imputar aquela facada senão ao autor (filho) que nós tínhamos na nossa presença. Após falarmos com a equipa de EPH o médico do INEM disse-nos que aquilo não era uma facada, mas sim um corte feito com um bisturi para colocar um dreno no pulmão. Isso criou-nos uma grande confusão, pois estivemos quase a prender uma pessoa que não tinha dado uma facada ao pai, pois tínhamos também uma opinião do perito médico-legal a dizer-nos que aquilo era uma facada. O que aconteceu na realidade foi um acidente nas escadas “ (E2-R4).</i></p> <p><i>“(…) Há uns meses fomos acionados para uma situação no Alentejo que pode ilustrar a importância para a investigação de um crime no que concerne a alterar a posição inicial da vítima (...) A história é simples... (pausa) ... chegámos a um local onde estava uma vítima já cadáver junto a um poço, com um traumatismo na zona craniana e sangue em redor da vítima e à beira do poço. Não tínhamos conhecimento que tinha estado a equipa de EPH no local. Como primeira leitura, tudo indicava para um homicídio. A nossa percepção foi: existiu luta, a vítima foi agredida fora do poço e depois atiraram-no lá para dentro. Quando foi realizada a investigação, viemos a constatar que o individuo se atirou para o poço com a intenção de se suicidar. Uma pessoa viu e rapidamente chamou o 112. Estes (EPH), retiraram-no do poço (1.ª marca de sangue que tínhamos visto) e tentaram reanimá-lo junto do poço (2.ª marca de sangue observada). O que aconteceu na realidade é que o individuo ao se atirar para o poço bateu com a cabeça numa pedra do poço e fez um traumatismo” (E3-R4).</i></p> <p><i>“(…) pela quantidade de material que ficou no local também tivemos dificuldade de fazer uma leitura do local” (E4- R4).</i></p> <p><i>“Lembro-me de uma situação no sul do país no ano passado.... ou há dois.... (não me recordo), em que quando chegámos ao local tudo indicava para um suicídio por arma de fogo, pois a vítima tinha escrito um papel a dizer que ia por termo à vida e a despedir-se dos familiares. Também já tinha historial de várias tentativas de suicido. (...) Não conseguimos encontrar a arma no quarto onde ele estava. Quando realizámos a inspeção ao local verificámos que a suposta arma estava fechada à chave na mesa-de-cabeceira. Com isto, mudou todo o quadro que tínhamos em mente. Só após várias diligências é que soubemos que tinha sido a equipa da EPH que quando chegou ao local e antes de iniciar as manobras de reanimação colocou lá a arma por questões de segurança” (E5-R4).</i></p> <p><i>“Sempre que existe muito tempo na prestação do socorro, deixam lá muito material médico” (E6-R4).</i></p> <p><i>“Uma situação em Lisboa, em que estava uma luva no local e nós pensámos que era do autor e só após muitas diligências percebemos que era de um bombeiro que tinha estado no local. Neste caso atrasou-nos bastante a investigação” (E7-R4).</i></p>
--	---

	<p><i>“Tivemos uma situação no (...) em que uma vítima foi esfaqueada, estava em rigidez cadavérica completa, com livores fixos, e quando chegámos ao local estava com os livores para cima e toda a adulteração do quadro que era três tipos de pegadas em sangue no local, e viemos a perceber que após a investigação que uma pegada era do autor e as outras eram de dois bombeiros diferentes. Os bombeiros abandonaram o local com aquilo assim. Tivemos muito trabalho para perceber de quem eram as pegadas. Não deixaram nenhum registo à polícia deste sucedido e podiam ter posto em causa a investigação pois ainda hoje andaríamos atrás de três autores” (E8-R4).</i></p> <p><i>“Tivemos uma situação de um suspeito de homicídio em (...) - por questões de estar em fase de julgamento não referimos o local -, quando fomos ao local, era uma moradia isolada. Ao fazermos a inspeção judiciária reparámos que na sala onde estava a vítima, a janela e a portada estavam abertas. Pela nossa leitura poderia ser um ponto de entrada e/ou saída de autor. Após terminada a inspeção ao local, percebemos que tal não seria possível e fomos falar com a equipa de EPH que esteve no local. Disseram-nos que eles tinham aberto a janela pelo cheiro nauseabundo que se encontrava na casa e a portada tinha sido aberta pois existia pouca iluminação artificial em casa e como realizaram manobras de reanimação, precisaram de luz natural para fazê-lo. (...) Não são raras estas situações” (E9-R4).</i></p> <p><i>“Sim. Tive vários casos paradigmáticos. Um caso em Évora, em que uma médica do INEM num caso de homicídio com arma de fogo onde foram feitos dois disparos sobre a vítima, onde a médica recolheu os cartuchos e retirou a carteira das calças da vítima para identifica-la de forma a poder preencher a ficha. Nós ao tentarmos fazermos a leitura deste móbil, levou-nos a concluir que poderia ser o roubo pois a família disse-nos que a vítima levava sempre a carteira com dinheiro. Na inspeção ao local e à vítima, ela não tinha a carteira nas calças. Na intervenção médica houve necessidade de fazer algumas técnicas (não sei os termos técnicos), sei que deixaram várias marcas na vítima que provocaram lesões. A determinada altura ficámos com dúvidas se essas marcas tinham sido feitas pelo autor. (...) pela quantidade de material que ficou no local também tivemos dificuldade de fazer uma leitura do local” (E10- R4).</i></p> <p><i>“(...) sei que deixaram várias marcas na vítima que provocaram lesões. A determinada altura ficámos com dúvidas se essas marcas tinham sido feitas pelo autor” (E11-R4).</i></p> <p><i>“Tenho uma situação que foi uma coisa diferente. Uma equipa de emergência médica que foi ao local, deram como cadáver (óbito) e a vítima e ainda estava viva” (E12-R4).</i></p> <p><i>“Foram vários. Muitos. Tantos que não sou capaz de identificar um”. (E13 - R4)</i></p> <p><i>“Tivemos à uns tempos um caso de homicídio após violação e depois incêndio, para adulterar o quadro. Quando chegaram os bombeiros viram que não era necessário socorro (carbonizada), mas um dos bombeiros abandonou uma luva de latex a uns 15 metros do local do crime. Curiosamente a equipa de investigação criminal veio a determinar o ponto de fuga do autor que passava a um metro onde foi deixada a luva. Durante cerca de um mês aquela luva para a equipa de investigação era de autor e foi recolhido ADN. Foi com muita dificuldade e trabalho que conseguimos identificar os bombeiros que estiveram no local e um admitiu que tinha lá deixado a luva. Durante esse mês a nossa investigação estava no caminho errado” (E14-R4).</i></p> <p><i>“Já tive um caso em quando cheguei ao local já se tinham instalado livores na região abdominal e o indivíduo estava de decúbito dorsal. A equipa de EPH teve que ser chamada ao local para se perceberem se tinham sido eles a voltarem o corpo – e tinham! Neste caso podiam ter morto o indivíduo num local e terem-no colocado noutra”. (E15-R4).</i></p>
--	---

<p>Procedimentos da equipa de EPH para a preservação de vestígios no local e na vítima</p>	<p><i>“(…) deixar a indicação quais os procedimentos que foram feitos (...) todos nós percebemos que a quantidade de pessoas que estão no local do crime vão levar para o local de crime mais vestígios, por isso só deveriam estar num local de crime o n-º necessário de socorristas (...) Se conseguíssemos que no local de crime não misturassem roupas do cadáver, nem existisse arrastamento de objetos de um lado para o outro sem nos informar que o fizera” (E1-R5).</i></p> <p><i>“Em relação aos materiais que utilizam e até como é descartável devem recolhe-lo do local e se existir uma alteração substancial do quadro inicial, informar o OPC local dessa alteração. Também as alterações substanciais que façam à vítima, - mudá-la de posição por exemplo - devem também informar o OPC local para transmitir ao OPC competente que no caso dos homicídios é a PJ, (...) para termos conhecimento de uma forma mais real e fiel possível de como estava o quadro inicial” (E2-R5).</i></p> <p><i>“Eu percebo que a preocupação da EPH é a vítima, (...) aí alteram o local e neste aspeto não há nada a fazer, embora podem ter alguma interligação connosco, para percebemos o que fizeram, para nós não sermos induzidos em erros (...). Era útil passar a informação do que foi feito, por quem, num registo ou então ficar lá um elemento da equipa e transmitir essa informação” (E3-R5).</i></p> <p><i>“Tudo passa por formação. Não sei se inicial, se contínua. Para mim era importante que todos os técnicos da Emergência Médica tivessem conhecimentos da importância dos vestígios para a investigação criminal. As pessoas fazem o que devem fazer, naturalmente pensando na vítima. O que se pede é que não se pense apenas na vítima (obviamente que a vítima está em primeiro lugar), um pouco mais de cuidado e utilizando uma visão mais periférica do espaço consegue-se resolver dois situações: a vítima e não contaminar o espaço” (E4-R5).</i></p> <p><i>“(…) a foto documentação e o registo escrito do que encontraram era muito importante. Se registarem tudo aquilo que mudou pelo socorro médico era muito importante para a investigação. Devem registar como encontraram o local á chegada” (E5-R5).</i></p> <p><i>“(…) quando existe a verificação do óbito é abandonar o local. Assim é a única forma de não alterar mais o local e a vítima” (E6-R5).</i></p> <p><i>“Registar tudo aquilo que foi feito na vítima e no local para nós percebemos o que foi feito pelas equipas da emergência médica (...) bastava umas linhas” (E7-R5).</i></p> <p><i>“Gostávamos de ver corrigido os cortes na roupa em situações de arma de fogo e arma branca, pois eles podem cortar a roupa preservando os orifícios de entrada da Lâmina ou do projétil” (E8-R5).</i></p> <p><i>“(…) não deixarem o material todo espalhado no local. Deviam levá-lo para as suas unidades (...) e se houvesse alteração substancial do quadro inicial, relatar isso ao OPC presente” (E9-R5).</i></p> <p><i>“Penso que a partir do momento que eles estejam sensibilizados para os aspetos dos vestígios, as equipas terão os cuidados necessários para não os destruir. Também não deixar que estejam muitos elementos da EPH. Por vezes chegamos e estão muitos bombeiros, INEM. Será que são necessários estar lá todos?” (E10-R5).</i></p>
---	--

		<p><i>“Deixar o material na vítima, penso que sim, mas no local não, porque ficam a contaminar o local” (E11- R5).</i></p> <p><i>“Era importante ficar um elemento à nossa espera para nos esclarecer o que foi feito e por quem. (...) A formação inicial ou contínua nos seus cursos era importante” (E12-R5).</i></p> <p><i>“Estarem só os que forem precisos no socorro. (...) não deixar nada junto da vítima pois é geralmente onde existem mas vestígios e registarem os seus procedimentos” (E13-R5).</i></p>
<p>Recolha de vestígios pelas equipas de EPH</p>	<p>SIM</p>	<p><i>“Eu acho que isso é muito interessante e deverá ser aproveitada. – Claro que sim! Por exemplo numa situação de vento em que a vítima tem na sua mão ou perto dela uma fatura, pode-nos dizer onde a vítima esteve antes. Se a equipa de EPH conseguir preservar aquele papel era importante” (E1-R6).</i></p> <p><i>“Acho que seria útil. Da experiência que eu tenho até acontece por vezes isso. Por vezes os OPC locais entregam-me coisas (vestígios): “Olhe que isto foi feito pelo médico ou pelo enfermeiro que recolheu e entregou” – que foram entregues pelas equipas de EPH, mas também já tive muitas situações em que se perderam coisas importantes pela sua atuação. Acho que era bom fazer a foto documentação nestas situações” (E2-R6).</i></p> <p><i>“Em relação à foto documentação acho muito útil. Por exemplo em zona anfíbia com a subida da maré é necessário tirar o cadáver, e seria muito útil. Ficávamos com uma fotografia de como estava o cadáver e o local. “ (E4-R6).</i></p> <p><i>“É óbvio que é importante fazerem isso. O que temos que saber é se perante um caso de homicídio sabem quais os vestígios importantes. Eles sabem o que são vestígios? Onde estão? Como se recolhem? Acho que seria importante primeiro terem formação sobre esta área e depois sim poderem recolhê-los, mas só em caso de se perderem até à chegada do OPC” (E5 -R6).</i></p> <p><i>“Claro. Se está em causa a eventual perda de um vestígio como num caso de situações climatéricas adversas, deveriam saber o que fazer, como registar e entregar à autoridade policial. Poderiam fazer a foto documentação antes da recolha do vestígio, para que a cadeia de prova fique assegurada” (E6-R6).</i></p> <p><i>“ Nós só podemos pedir a uma instituição que trabalhe de certa forma, se estiver alertada para tal, (...) tem que ter formação. Com formação acho que era muito útil em certos casos fazer-se a recolha. Mas só em casos que os vestígios se iriam perder” (E7-R6).</i></p> <p><i>“Foto documentação era útil” (E8-R6).</i></p> <p><i>“A foto documentação seria útil, mas gostaria de realçar a necessidade de manter a utilização de foto documentação numa esfera unicamente profissional, conforme relatado numa entrevista “ É importante que se tenha a noção de que uma fotografia é algo... (pausa)...“privado”, logo não serve para ser colocado em redes sociais ou mostrar a colegas e/ou amigos” (E9-R6).</i></p> <p><i>“Num caso extremos é melhor ter qualquer coisa do que não ter nada” (E10-R6).</i></p> <p><i>“Se tirassem uma foto do local e da vítima antes de começarem a trabalhar, para nós era ótimo” (...) se as fotografias forem para nos mostrar, não há problema e até nos ajuda na investigação. Agora se é para colocar no “Facebook”, deverá ser punido criminalmente por isso. Se não forem úteis aquelas fotos devem ser logo apagadas do telemóvel” (E11-R6).</i></p>

	NÃO	<p>“Acho que não poderia tanto a tónica na recolha, mas sim na preservação. Vou dar um exemplo, em que foi um individuo que se tentou suicidar com uma arma caçadeira, mas sobreviveu. Quando chegámos ao local o individuo tinha sido transportado ao hospital para ser intervencionado. Fomos lá e o individuo já estava no bloco operatório e como tinha sido desinfetado antes de entrar, perdemos os vestígios de disparo que precisávamos. Aquilo que me ocorre é que a equipa de EPH podia ter preservado aquela área (mãos) e quando chegasse ao hospital dizer para tentarem preservar a zona das mãos para a investigação. Felizmente era um caso típico de suicídio, mas se tivéssemos dúvidas seria complicado” (E9-R6).</p> <p>“Por causa da preservação da cadeia de custódia, não! Tornar isto um hábito, não! As pessoas podem começar com “policite” e podemos ter a emergência médica a fazer investigação e a recolher para a investigação em vez da investigação recolher” (E11-R6).</p> <p>“Proteger sim, recolher não” (E12-R6).</p> <p>“Neste ponto acho que não. Penso que eles (EPH) não sabem o que é a cadeia de prova e seria complicado” (E13-R6).</p> <p>“(…) balizem” o local de crime de forma a proteger cabalmente os vestígios” (E14-R6).</p>
Sugestões		<p>“(…) ser elaborada à equipa de EPH formas de atuação para minimizar os danos no local e na vítima na contaminação e destruição de vestígios” (E1-R7).</p> <p>“A única sugestão é que seria útil elucidar as equipas de EPH desta temática com ações de formação” (E2-R7).</p> <p>“Formação, formação, formação. São três sugestões (risos). Tudo passa por aí. As pessoas não têm culpa de fazerem “asneiras”. Fazem “asneiras” porque não têm formação. Se lhe derem formação as pessoas farão menos “asneiras”. É isso que nós pretendemos porque é o bem de todos que está em causa, é a salvaguarda de uma sociedade mais digna e mais salvaguardada no que respeita ao crime violento contra as pessoas”(E4- R7).</p> <p>“Sabe o que era importante? Os profissionais da emergência médica soubessem o que nós precisamos investigar na vítima e no local. Assim não destruíam tanto (...) Era útil a formação” (E5-R7).</p> <p>“Na ficha que preenchem no local , devia de existir um espaço para situações de crime e aí registarem as coisas que eram importantes para a investigação criminal, como os cheiros, o que acharam estranho, o que fizeram, etc..” (E9-R7).</p> <p>“A nossa escola (Escola de Policia Judiciária) fazer formação nesta área para a emergência médica” (E11-R7).</p> <p>“Uma sugestão a dar para as equipas de EPH? (pausa) ... Por exemplo registassem o que envolve o local e a vítima antes de lhe prestarem socorro. Terem um bloco e uma caneta ou então na ficha deles registassem estas coisas. Porque não, numa situação de atropelamento, registar a marca, modelo, cor, matrícula e danos visíveis de um carro que está a sair à pressa do local. Para nós era importante. Muitas vezes poderiam ser os olhos de como estava o local antes de se começar a trabalhar – EPH, polícia de proximidade e por fim nós na inspeção judiciária” (E12-R7).</p> <p>“Em relação a sugestões queria dizer o que me aconteceu há uns meses na região de (...). Apareceu um cadáver perto de um rio e após uma primeira leitura, pareceu-me que estava perante um suicídio. A arma – faca – ainda estava ao lado da vítima no chão. Tinha a camisa aberta coberta de sangue e os orifícios da pele e da camisa não coincidiam. Quando fizemos a inspeção ao local, estava, talvez a 20 metros, uma t’shirt com um orifício que após colocarmos em cima da vítima era coincidente com a ferida. Percebemos que era impossível o individuo ter espetado a faca e depois ter retirado a t’shirt. Mais tarde viemos a apurar que tal ação foi feita pelos bombeiros que ocorreram ao local. Percebe agora porquê é importante preservar os orifícios da roupa?” (E14- R7).</p>

ANEXO VII – Grelha de Observação

Local da ocorrência: _____ _____	Data: __ / __ / ____ Motivo _____	
ENTRADA NO LOCAL	Presença da EPH	SIM <input type="checkbox"/> Qual: _____ NÃO <input type="checkbox"/>
	Foram os 1.ºs intervenientes institucionais a chegar ao local de crime	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se não, quem estava? _____
	Contactaram as autoridades policiais	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se não, quem chamou? _____
	Relataram algum tipo de cheiro (tabaco, perfume, gás...)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Qual? _____
	Relataram janelas ou portas abertas e/ou arrombadas	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Relataram a presença de alguma pessoa no local	SIM <input type="checkbox"/> Apresentou alguma atitude suspeita? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Relataram algum automóvel no local	SIM <input type="checkbox"/> Apresentou alguma atitude suspeita? SIM <input type="checkbox"/> Anotaram matrícula? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foto documentaram a cena de crime antes de entrarem	SIM <input type="checkbox"/> O quê? _____ _____ NÃO <input type="checkbox"/>

INTERVENÇÃO NO LOCAL DE CRIME	Mexeram na vítima alterando a sua posição (ex: avaliar os sinais vitais)	SIM <input type="checkbox"/> Mudou de posição? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Prestaram socorro à vítima	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi tocado algum objeto no local	SIM <input type="checkbox"/> Qual _____ NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi rasgada alguma peça de roupa	SIM <input type="checkbox"/> Foi pelo orifício do projétil ou arma do crime? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foram retiradas peças de roupa à vítima	SIM <input type="checkbox"/> Foi preservada? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	A pretensa arma/instrumento do crime estava no local	SIM <input type="checkbox"/> Foi removida ou tocada? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Estavam presentes invólucros de munições e/ou projéteis	SIM <input type="checkbox"/> Foram mexidos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Administraram fármacos	SIM <input type="checkbox"/> Registaram? SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi realizada drenagem de fluídos à vítima (Urina, conteúdo gástrico, etc....)	SIM <input type="checkbox"/> Preservou-se? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Após a verificação do óbito, a equipa de emergência médica manteve-se junto da vítima ou no local	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

ANEXO VIII - Registo de uma observação registada na Grelha

Local da ocorrência: Lisboa	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> 2017 Motivo: <u>Entregamento</u>	
ENTRADA NO LOCAL	Presença da EPH	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Qual: Bombeiros Voluntários de Odivelas NÃO <input type="checkbox"/>
	Foram os 1.ºs intervenientes institucionais a chegar ao local de crime?	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se não, quem estava?
	Contactaram as autoridades policiais	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se não, quem chamou?
	Relataram algum tipo de cheiro (tabaco, perfume, gás...)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Qual? _____
	Relataram janelas ou portas abertas e/ou arrombadas	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	Relataram a presença de alguma pessoa no local	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Apresentou alguma atitude suspeita? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Relataram algum automóvel no local	SIM <input type="checkbox"/> Apresentou alguma atitude suspeita? SIM <input type="checkbox"/> Anotaram matrícula? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	Foto documentaram a cena de crime antes de entrarem	SIM <input type="checkbox"/> O quê? _____ NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

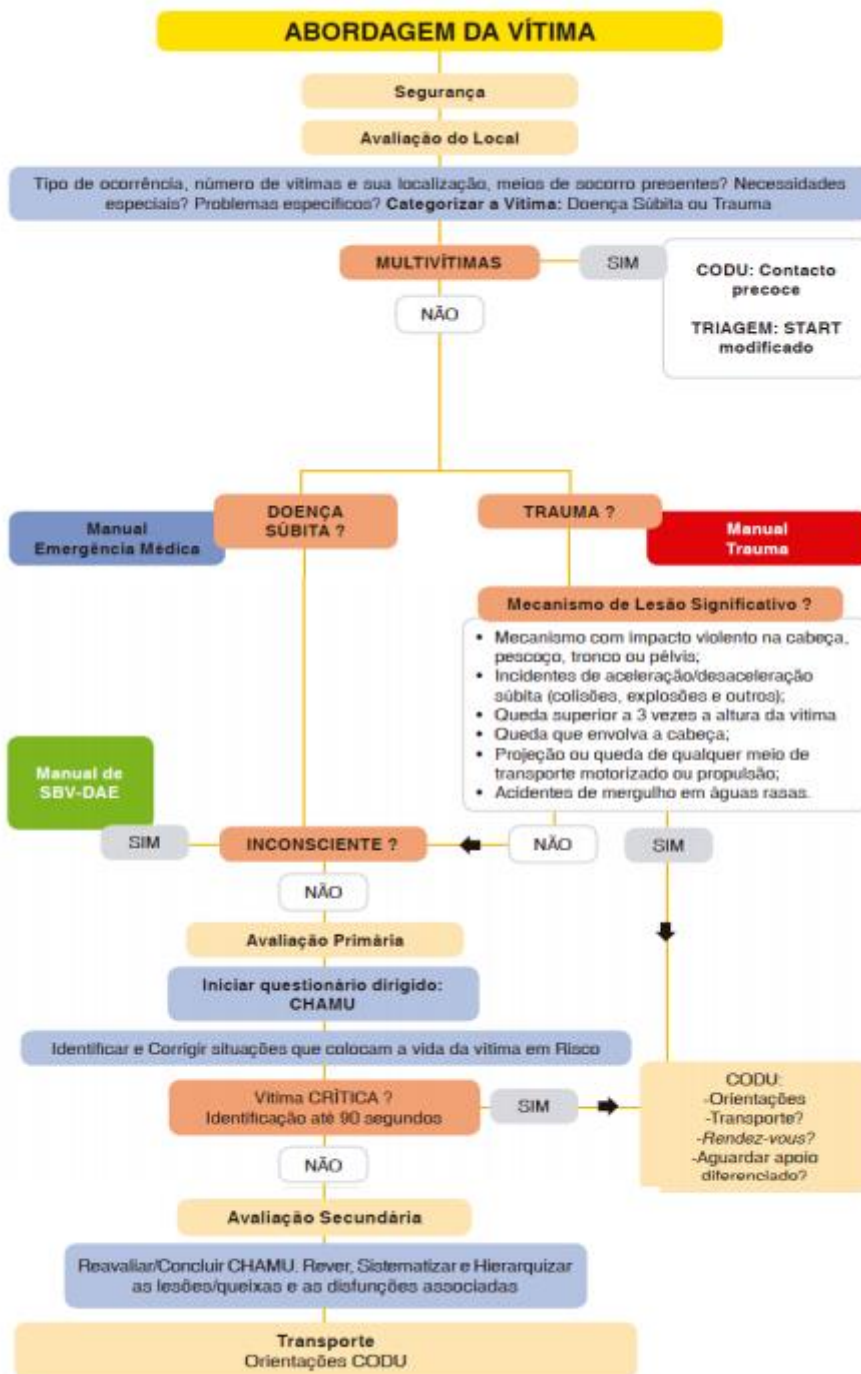
INTERVENÇÃO NO LOCAL DE CRIME	Mexeram na vítima alterando a sua posição (ex: avaliar os sinais vitais)	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Mudou de posição? SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Prestaram socorro à vítima	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi tocado algum objeto no local	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Qual <u>Sofá, Caderno, mesa, um saco</u> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi rasgada alguma peça de roupa	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Foi pelo orifício do projétil ou arma do crime? SIM <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foram retiradas peças de roupa à vítima	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Foi preservada? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	A pretensa arma/instrumento do crime estava no local	SIM <input type="checkbox"/> Foi removida ou tocada? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	Estavam presentes invólucros de munições e/ou projéteis	SIM <input type="checkbox"/> Foram mexidos? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	Administraram fármacos	SIM <input checked="" type="checkbox"/> Registaram? SIM <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Foi realizada drenagem de fluidos à vítima (Urina, conteúdo gástrico, etc....)	SIM <input type="checkbox"/> Preservou-se? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
	Após a verificação do óbito, a equipa de emergência médica manteve-se junto da vítima ou no local	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

SAÍDA DO LOCAL DO CRIME	Presença de material da EPH no local	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Presença de material da EPH na vítima	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Observações: NÃO existiu arma (disparo na parede).

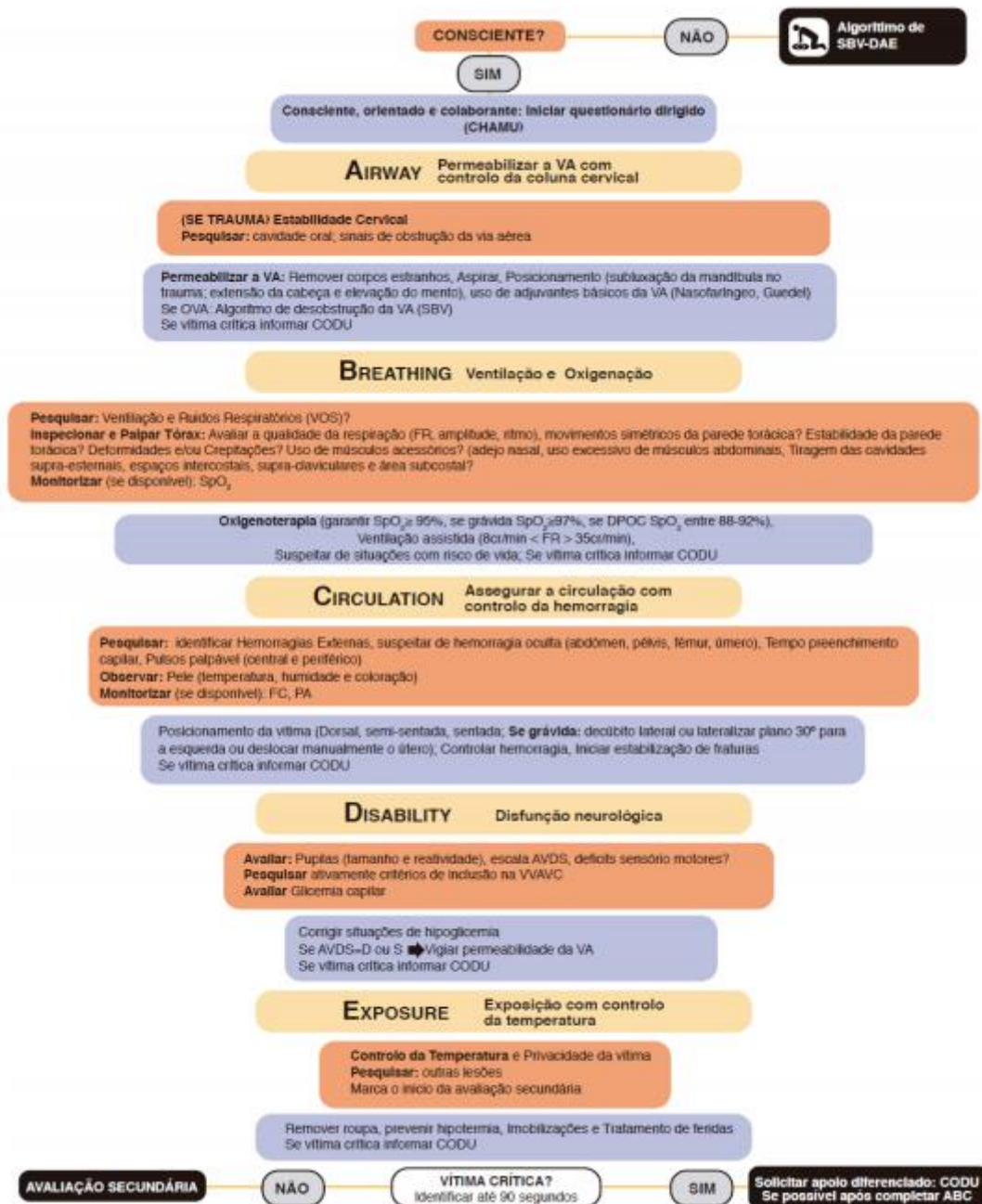
Aparentemente foi acidental a queda de um estone.

ANEXO IX – Algoritmo de abordagem à vítima – TAE



FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). *Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT:52*

ANEXO X - Algoritmo de avaliação primária da vítima - TAE



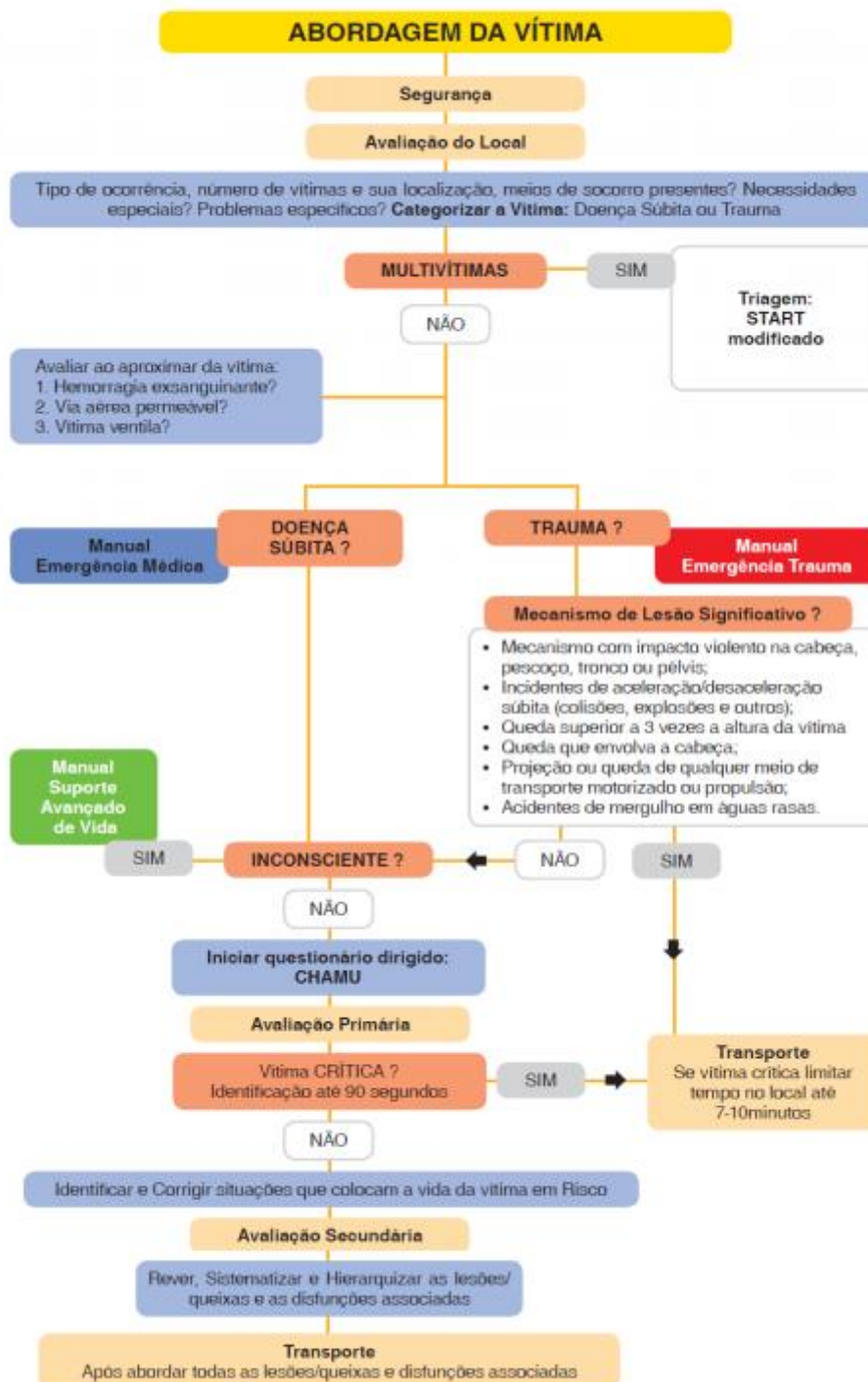
FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). *Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT:70*

ANEXO XI - Algoritmo de avaliação secundária da vítima - TAE



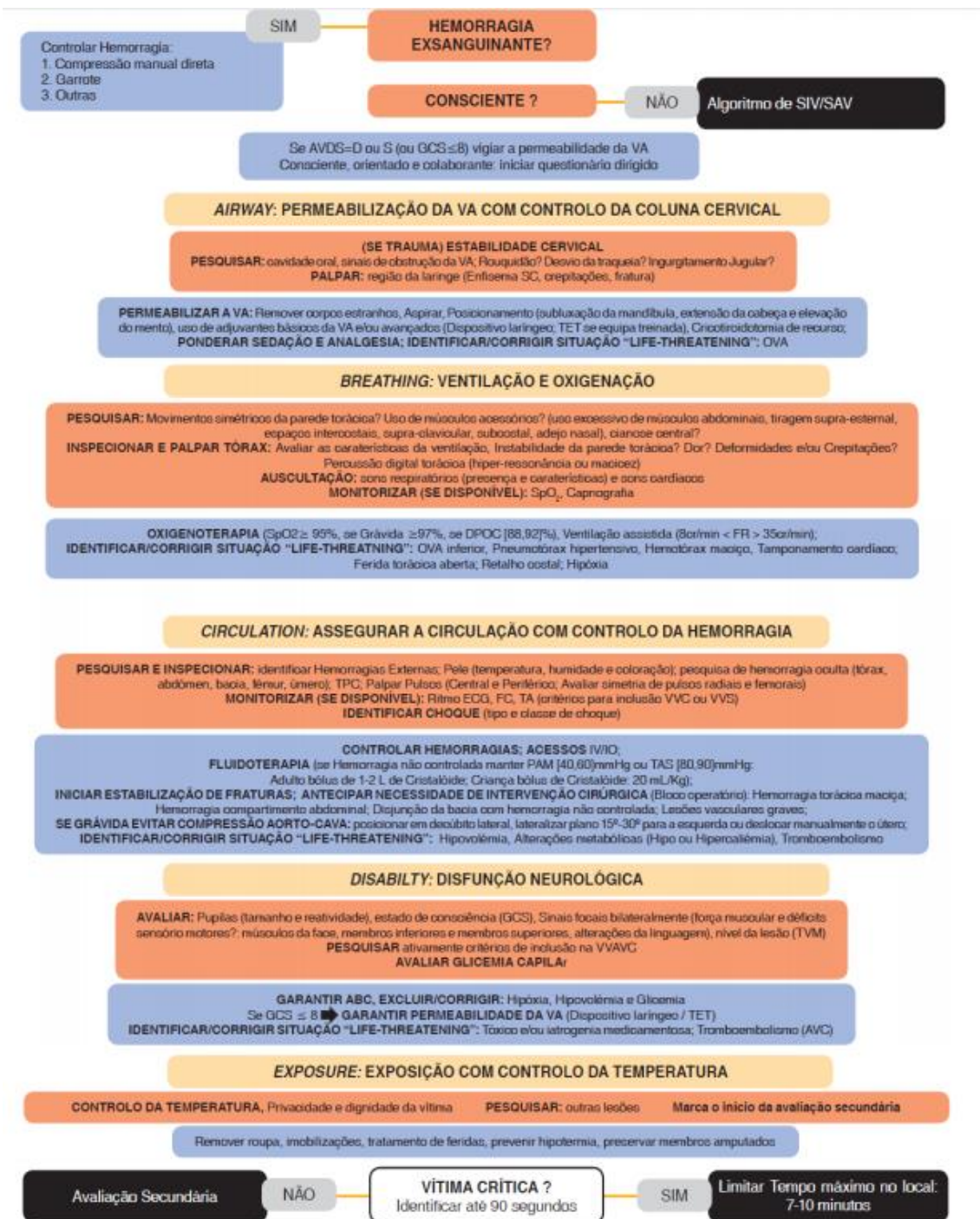
FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT:72

ANEXO XII - Algoritmo de abordagem à vítima – Médicos e Enfermeiros



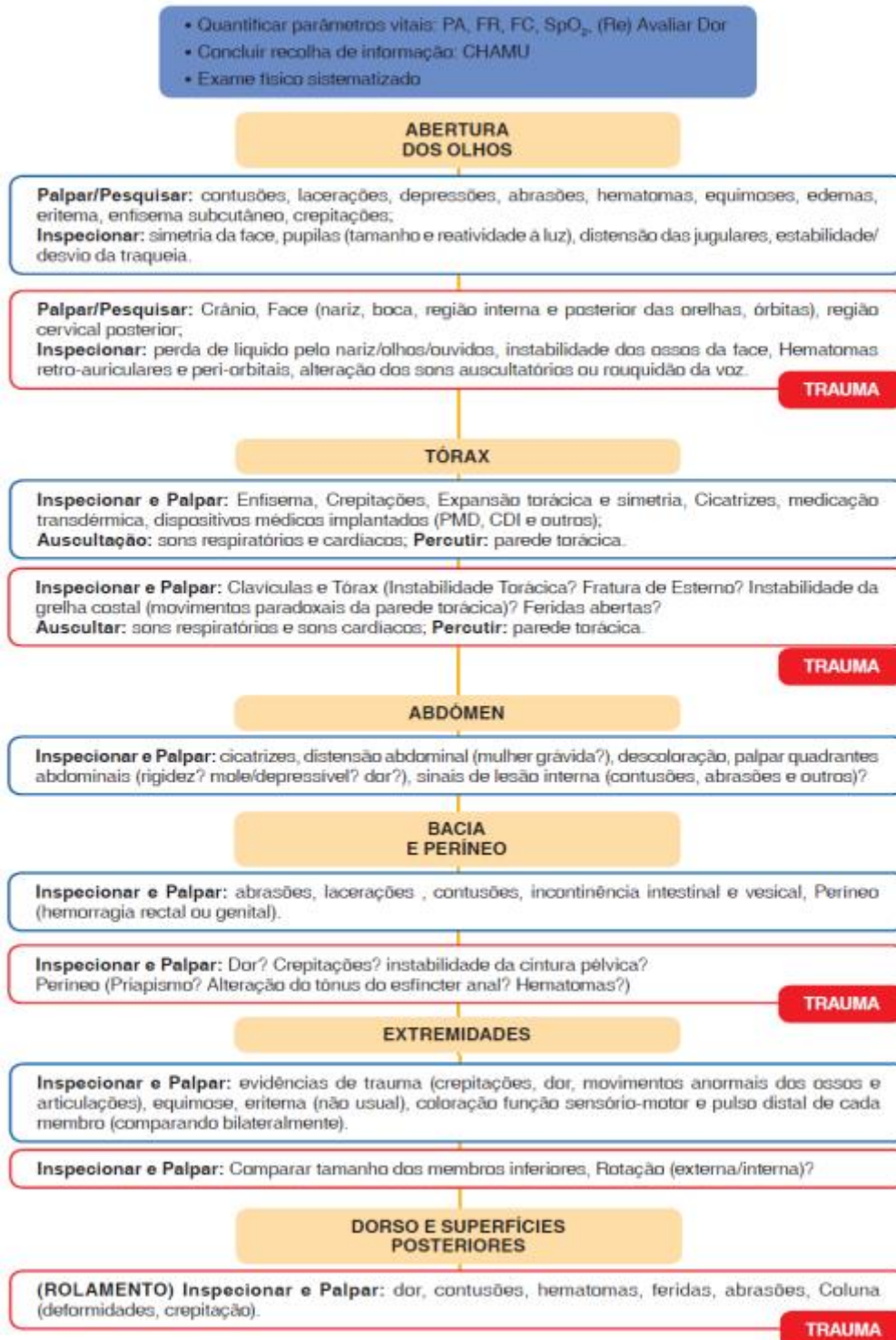
FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, 2ª ed.

ANEXO XIII - Algoritmo de avaliação primária da vítima – Médicos e Enfermeiros

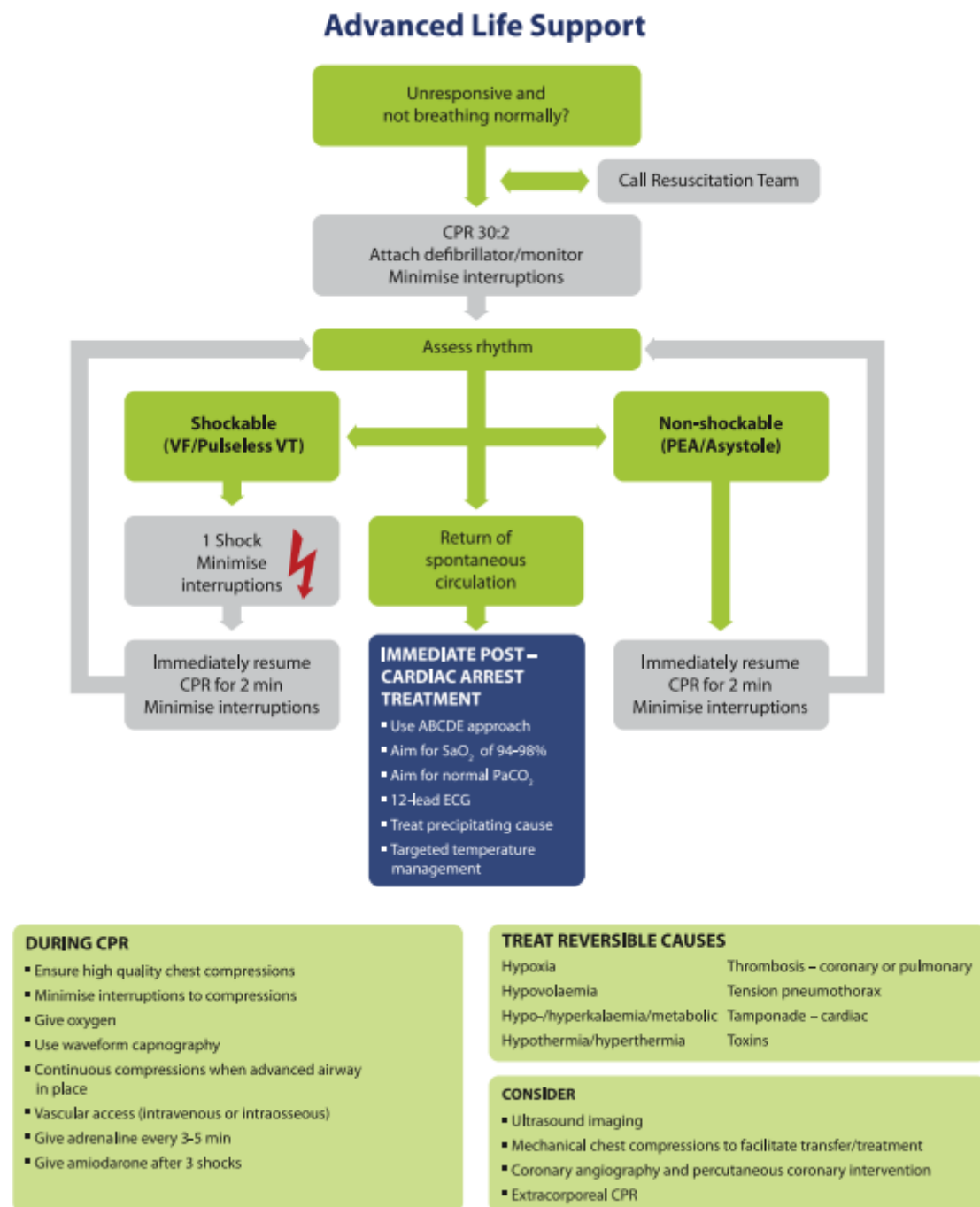


FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, 2ª ed.

ANEXO XIV - Algoritmo de avaliação secundária da vítima - Médicos e Enfermeiros




ANEXO XV - *Guideline de SAV*



FONTE:

https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry573c77e35e61585a053d7baf/573c78145e61585a083d7bcf/files/S0300-9572_15_00328-7_main.pdf

ANEXO XVI - Ficha de observação médica VMER (frente)



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA Nº DIA MÊS ANO

O C O R R Ê N C I A

<input type="checkbox"/> Veic. 2 Rodas	<input type="checkbox"/> Máq. Industrial	<input type="checkbox"/> Comboio	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Arma Fogo	<input type="checkbox"/> Submersão	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Doença	Número Víctimas <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Veic. Ligeiro	<input type="checkbox"/> Veic. Pesado	<input type="checkbox"/> Veic. Agrícola	<input type="checkbox"/> Queda ____ m	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Trab. Parfo	<input type="checkbox"/>	

D O E N T E / V Í T I M A

Local da Ocorrência: _____ Freguesia: _____

Nome: _____

Sexo: Masc. Fem. Idade: anos meses dias

Residência: _____ Telefone: _____

SINAIS E SINTOMAS	ANTECEDENTES PESSOAIS	HÁBITOS FARMACOLÓGICOS

Horas h : m	Glasgow			Freg. Ventil	Freg. Pulso	Pressão Arterial		Pele			Pupilas			Monitor / ECG		SaO ₂	Glicémia
	O	V	M			Sistólica	Diastólica	s/a	Cl	Pal	Sus	s/a					

	#	C F H Q D					A	C F H Q D						
		C	F	H	Q			C	F	H	Q			
Crânio							A							
Face							B							
R. Cervical							E							
T. A. Esq.							D							
T. N. Dto.							O							
R. Ax. Posterior							M							
O. R. Lombar							N							
R. Sacral							E							
Bacia							N							

<input type="checkbox"/> Desobstrução / Aspiração Via aérea	<input type="checkbox"/> Oxigénio _____ l/m
<input type="checkbox"/> Ventilação	
<input type="checkbox"/> Ent. Endotraqueal	
<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	
<input type="checkbox"/> Compressão Cardíaca Externa	
<input type="checkbox"/> Desfibrilhação	
<input type="checkbox"/> Pacing	
<input type="checkbox"/> Entubação N-G / Lavagem Gástrica	
<input type="checkbox"/> Imobilização	

	Hora	FARMACOS E FLUIDOS				Dose	Via

TRANSPORTE / DESTINO			NÃO TRANSPORTE
Ambulância	HOSPITAL		
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> UCI	<input type="checkbox"/> Abandonou o local <input type="checkbox"/> Já transportado <input type="checkbox"/> Chamada Falsa <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Recusada <input type="checkbox"/> Decisão Médica <input type="checkbox"/> Desativação
<input type="checkbox"/> Com Médico	<input type="checkbox"/> Outro Destino		
DESTINO			
Número de registo _____			EVOLUÇÃO <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Ambulância no local _____			
Sim <input type="checkbox"/>			

OBSERVAÇÕES

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

1. _____

2. _____

O Médico: _____ Número INEM: ou Célula Profissional:

Original para o INEM Duplicado para o Hospital Triplicado para a VMER

FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012)

ANEXO XVII - Ficha de observação médica VMER (verso)

ESCALA DE GLASGOW		
O	V	M
Abertura dos Olhos	Resposta Verbal	Resposta Motora
-	-	6
-	5	5
4 Espontânea	4 Desorientada	4 Reacção de fuga
3 À Voz	3 Palavras inapropriadas	3 Flexão normal
2 À Dor	2 Sons incompreensíveis	2 Extensão anormal
1 Ausente	1 Ausente	1 Ausente

MONITOR / ECG	
RS Ritmo Sinusal	ESV Extrasístole Supraventricular
TSV Taquicardia Supraventricular	EV Extrasístole Ventricular
FA Fibrilhação Auricular	AV1 Bloqueio A-V 1º
FLA Flutter Auricular	AV2 Bloqueio A-V 2º
RJ Ritmo Juncional	AV3 Bloqueio A-V 3º
RI Ritmo Idioventricular	BRE Bloqueio Ramo Esquerdo
TV Taquicardia Ventricular	BRD Bloqueio Ramo Direito
FV Fibrilhação Ventricular	IST Infradesnivelamento ST
ASS Assístolia	SST Supradesnivelamento ST

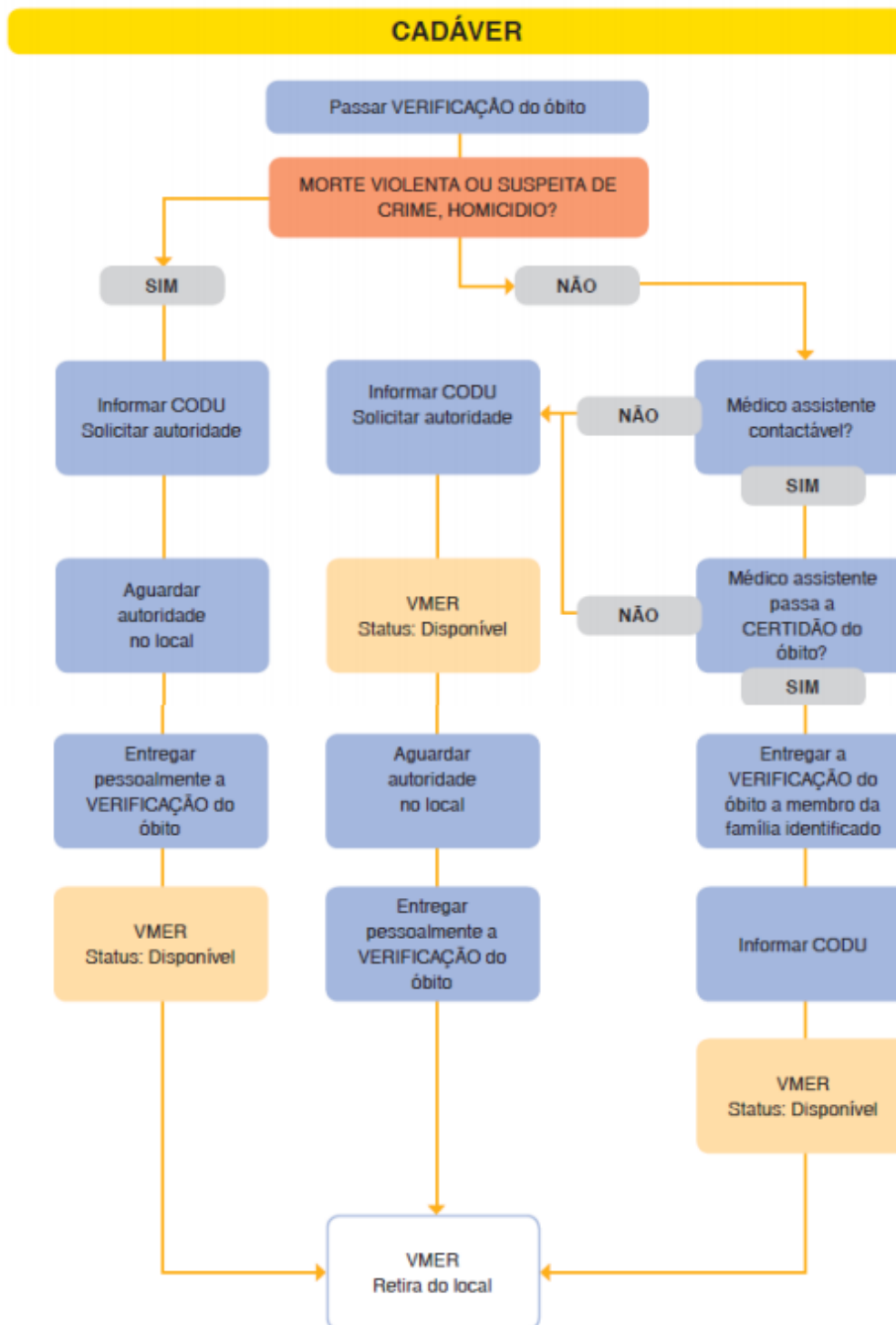
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	
1 Enfarte Agudo do Miocárdio	26 Trabalho de Parto / Pós-Parto
2 Angor Instável	27 Parto
3 Angor Estável	28 Hemorragia Gin/Obstétrica
4 Edema Pulmonar Agudo	
5 Insuficiência Cardíaca	29 Hipoglicemia
6 Diarria	
7 Crise Hipertensiva	30 Crise Convulsiva
8 Tamponamento	31 AVC
9 Obstrução das Vias Aéreas	32 Perda de Conhecimento
10 Aspiração de Vômito	33 Coma
11 Crise Asmática	
12 DPOC Agudizada	34 Crise Convulsiva
13 Pneumotórax	35 Agitação Psico-Motora
14 Insuficiência Respiratória	36 Outra Alteração Psiquiátrica
15 Hemorragia Digestiva	37 Intoxicação Medicamentosa
16 Dor Abd./ Abdomen Agudo	38 Intoxicação por Pesticida
	39 Intoxicação por Substância de Abuso
17 Traumatismo Craniano	40 Outra Intoxicação (especificar)
18 Traumatismo Vertebral-Medular	
19 Traumatismo Torácico	41 Reacção Alérgica/Anafática
20 Traumatismo Abdominal	
21 Traumatismo Pélvico	42 Paragem Respiratória
22 Traumatismo Membro	43 Paragem Cardio Respiratória
23 Outro Traumatismo (especificar)	
24 Politraumatismo (mais que dois dos traumatismos anteriores)	44 Cadáver
	45 Desconhecida
25 Queimadura	46 Nula
	47 Outra (especificar)

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL	
ADULTO	CRIANÇA

FÁRMACOS E FLUIDOS	
Adenoína	Haloperidol
Adrenalina	Hidrocortisona
Aminofilina	Inulina Actrapid
Amiodarona	Ketamina
Anistreplase	Lactato Ringer
Aspirina	Lidocaína 2%
Atropina	Manitol
Bicarb. Sódio	Metilprednisolona
Captopril	Metoclopramida
Diazepam	Midazolam
Digoxina	Morfina
Dopamina	Naloxona
Efedrina	Nifedipina
Etomidato	Nitroglicerina
Fentanil	Oxetrolido
Flumazenil	Paracetamol
Furosemida	Propofol
Galafundina	Salbutamol
Glucagon	Soro Fisiológico
Glucose 5% Água	Sucoinicolina
Glucose 5% Soro	Tiopental
Glucose 30%	

DECLARAÇÃO DE RECUSA (risque o que não interessar)	
(NOME) _____, portador(a) do B.I. / Outro	
Documento (especificar _____) número _____ de ____/____/____,	
declaro que recuso ser assistido(a) / transportado(a) ao estabelecimento de saúde, tendo sido esclarecido(a) dos riscos decorrentes desta decisão.	
Assinatura _____	
(como no documento de identificação)	

ANEXO XVIII – Verificação de cenário com existência de cadáver



FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012)

ANEXO XIX – Telephonic Triage and Counseling System (TETRICOSY®)



PRIORIDADE	SIGNIFICADO <i>(informação cedida pelos TOTE, CODU Norte)</i>
P0	Accionamento directo de ambulância e VMER, por PCR.
P1	Accionamento de ambulância e VMER
P2	Proposta de accionamento de ambulância e VMER (médico regulador pode alterar a prioridade) – Não usado no CODU Norte
P3	Accionamento de ambulância
P4	Proposta de accionamento de ambulância VMER (médico regulador pode alterar a prioridade)
P5	Sem necessidade de meio de emergência no local (pode ser referenciada para Linha Saúde 24 ou receber aconselhamento para recurso a Unidade de Saúde adequada)
P6	Encaminhamento da chamada para CIAV ou CAPIC
P7	Proposta a permanência no domicílio (médico regulador pode aconselhar plano terapêutico) – Não usado no CODU Norte
P8	Prioridade de base (início do sistema)
P9	Accionamento directo de ambulância, por vítima inconsciente ou acidente de viação com feridos.

**ANEXO XX –
Zonas de Corte da Roupa com Tesouras em Trauma**



FONTE: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2012). Abordagem à vítima. Manual TAS/TAT:72

ANEXO XXI – Área Territorial e de ação da Secção de homicídios da DLVT



FONTE: Foto do autor (2017)

ANEXO XXII – Flyer de WorkShop sobre Crimes de Cenário

PROGRAMA	
INVESTIGAÇÃO CRIMINAL	Noções básicas do Método de Investigação Criminal A importância da integridade dos vestígios A custódia da prova
SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA - Preservação da prova	Vítima a socorrer/cadáver Equipa necessária no local do crime Material de socorro a utilizar no local do crime Recolha de material utilizado no local do crime
INVESTIGAR AS CAUSAS – Porquê?	Ciclo dos desastres + Investigação Teoria dos Vestígios O Ponto de Início O papel do bombeiro (enquanto first responder) Responsabilização do 1º COS (Comandante de Operações de Socorro)
CENÁRIOS DE INCÊNDIOS – Tipologias	INCÊNDIOS FLORESTAIS, em ESTRUTURAS EDIFICADAS e VEÍCULOS Fatores de propagação Identificação do PI Combate – procedimentos a adotar para preservar vestígios no PI Principais causas Visionamento de filmes Fotos
INVESTIGAÇÃO CRIMINAL EM PORTUGAL	ENQUADRAMENTO LEGAL Competências dos OPCs CICLO DA INVESTIGAÇÃO Inspeção Judiciária POLÍCIA JUDICIÁRIA Missão e orgânica Enquadramento com a ANPC Incêndios Investigação das causas Perfil do incendiário português Mortuária
FICHAS OPERATIVAS	FICHA DE PROCEDIMENTOS Indicadores/marcas no terreno Cuidados no PI FICHA DE CAMPO Preenchimento pelo COS Entrega à investigação

WORKSHOP
CRIMES DE CENÁRIO

- O papel dos primeiros intervenientes institucionais na preservação dos vestígios -

21 de maio de 2016
10h00
ESCOLA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA
(ANFITEATRO)
BARRO - LOURES

ORGANIZAÇÃO: Escola de Polícia Judiciária

APOIO: Associação de Policiais Judiciários de Lisboa LISBOA

FORMADORES DA EPJ:
FILIPE FERREIRA, Inspetor Chefe
CARLOS FONSECA, Inspetor
NUNO GOELHO, Enfermeiro Forense

FLYER REALIZADO PELO AUTOR (2016)