ÍNDICE
1. OBJETIVO 3
2. INTRODUÇÃO 3
3. ÂMBITO 3
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES 3
5. PROCEDIMENTO 3
6. REFERÊNCIAS 14
7. ANEXOS 15

RESUMO DAS ALTERAÇÕES
Revisão geral do documento, incluindo a símbologia da instituição e a adaptação ao Acordo Ortográfico em vigor. As principais alterações estão assinaladas a azul, com barra vertical na margem.

<table>
<thead>
<tr>
<th>NOME</th>
<th>CARGO</th>
<th>ASSINATURA¹</th>
<th>DATA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Elaborado por</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Teresa Magalhães</td>
<td>Vocal do Conselho Diretivo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cristina Ribeiro</td>
<td>Chefe de Serviço de Med. Legal</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Revisto por</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Francisco Corte Real</td>
<td>Vocal do Conselho Diretivo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jorge Costa Santos</td>
<td>Vocal do Conselho Diretivo</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aprovado por</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Duarte Nuno Vieira</td>
<td>Presidente do Conselho Diretivo</td>
<td></td>
<td>4/09/13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹Aplicável a documentos em suporte de papel.
MOD-CGQ- 020 Rev01
Esta página foi propositadamente deixada em branco.
1. OBJETIVO

Definir as boas práticas da intervenção médico-legal no caso de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais em crianças, visando: (1) assegurar a recolha da prova dos factos com validade à luz do direito processual penal, através, designadamente, da realização de atos periciais urgentes; (2) evitar a vitimização secundária; (3) evitar a contaminação dos relatos.

2. INTRODUÇÃO

A deficiente realização de um exame médico-legal neste âmbito pode colocar em causa o valor médico-legal da perícia, bem como a adequada e atempada proteção da vítima. Tendo em consideração este facto e porque compete ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciência Forenses, I.P. garantir a qualidade das perícias realizadas, elaborou-se este documento que, através de um conjunto de recomendações, pretende auxiliar os peritos médicos ou outros médicos envolvidos nesta atividade, a realizarem com correção e rigor um exame pericial, incluindo a colheita de amostras, no âmbito dos casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais em crianças.

3. ÂMBITO

Exame médico pericial para avaliação dos danos e colheita de vestígios em crianças supostamente vítimas de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais.

Esta diretiva aplica-se aos serviços do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciência Forenses, I.P. (delegações e gabinetes médico-legais e forenses) e na ausência destes aos peritos contratados por tribunais que procedam à realização da perícia.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

5. PROCEDIMENTO

1. Colheita de informação (1-3)
1.1. Idealmente, a informação sobre o suposto abuso deve ser colhida junto de quem acompanha a criança, devendo incluir:
   a) Data, hora e local do último abuso;
b) Frequência do abuso (único ou reiterado);
c) Relação entre a vítima e o(a) suposto(a) abusador(a) ou abusadores (e neste caso, o seu número), seu sexo e antecedentes (patológicos - incluindo infeções sexualmente transmissíveis -, de consumo de substâncias, de comportamentos desviantes e de práticas anteriores de outros abusos);
d) Tipo do abuso (e.g., físico, sexual e/ou emocional);
e) Descrição de cada tipo de abuso cometido (e.g. mecanismo e instrumento(s) usado(s) no abuso físico, características das práticas sexuais ou do abuso emocional);
f) Caracterização de certas circunstâncias (e.g. ameaças verbais e/ou com armas, ejaculação, uso de preservativo);
g) Comportamento da vítima após a agressão (lavagens, mudança de roupa, tratamentos, atos fisiológicos, comer, beber, etc. - para avaliar a possível destruição de vestígios);
h) Antecedentes pessoais patológicos (incluindo infeções sexualmente transmissíveis) e/ou traumáticos da vítima;
i) Antecedentes de consumo de substâncias e/ou de comportamentos desviantes da vítima;
j) Antecedentes ginecológicos (idade da menarca, data da última menstruação e da última relação sexual consentida, uso de tampões, tipo de contracepção utilizada, entre outros) e obstétricos da vítima (número de gestações, tipo de partos e abortamentos), no caso das meninas e dependendo da idade - quando for caso disso;
k) Sintomatologia, como dores na superfície corporal em geral, na região genital e/ou anal, prurido vulvar, perturbações funcionais (e.g. alterações do sono, do apetite, do controlo de esfincteres, menstruais e outras alterações psicossomáticas como dores abdominais inexplicadas e recorrentes) ou alterações do comportamento.

1.2. Se for imprescindível a entrevista direta à criança para melhor esclarecimento de alguns dos pontos acima referidos, esta poderá ser concretizada, devendo contudo:

a) Limitar-se ao mimimamente indispensável;
b) Garantir que a linguagem e técnica de abordagem sejam adequadas à idade, capacidade de compreensão e situação física emocional da vítima;
c) Garantir o seu adequado suporte emocional e privacidade.

1.3. O procedimento previsto no ponto anterior visa evitar a vitimização secundária e a contaminação do relato da criança face ao exame de psicologia forense que deverá ter sempre lugar.
2. Exame físico

2.1. Aspetos gerais

2.1.1. Deve obter-se sempre a concordância e colaboração da criança (desde que tenha capacidade para compreender e colaborar) para a realização do exame físico, coleta de vestígios e fotodocumentação, explicando-se claramente todos os procedimentos que irão ter lugar, ainda que, naturalmente, de forma adaptada à sua capacidade de compreensão;

2.1.2. Deverá ser permitido à pessoa de confiança da criança estar presente na sala, durante o exame, se ambos assim o preferirem (desde que tal não perturbe a realização do exame), e fazer constar tal facto no documento que registra a realização do exame;

2.1.3. Em crianças maiores de 16 anos, o exame sexual e o registo fotodocumental só devem ser efetuados mediante o seu prévio consentimento escrito (se possível, em documento apropriado para o efeito);

2.1.4. No caso de haver lugar a exame de natureza sexual deverá estar presente outro profissional de saúde, garantindo-se que pelo menos um dos intervenientes é do sexo da pessoa a examinar; esta pessoa terá como principal função ajudar a manter a vítima confortável e auxiliar o médico no exame e na coleta de amostras;

2.1.5. Se a criança ou jovem recusar o exame, é necessário tentar perceber o motivo e diferir esse exame para um momento mais oportuno. Ninguém deverá ser obrigado a submeter-se à realização de exame físico (a não ser por ordem legítima e fundamentada de um juiz);

2.1.6. A sedação da criança apenas poderá ser considerada se aquela apresentar sinais e sintomas clínicos que façam considerar a existência de tal necessidade, como sangramento vaginal ou anal ou suspeita da existência de objetos estranhos a nível intra-vaginal ou intra-anal/retal;

2.1.7. O exame deverá decorrer num local iluminado (se possível com luz natural), com temperatura ambiental adequada, limpo e com privacidade, e o(a) perito(a) médico(a) deverá respeitar o lógico pudor das crianças, cobrindo o seu corpo e expondo somente a parte corporal que em cada fase do exame vai ser observada;

2.1.8. Todas as lesões encontradas devem ser registadas de forma sistematizada e rigorosa no que se refere às seguintes características (4):
   a) Tipo;
   b) Forma;
   c) Bordos;
   d) Cor;
   e) Localização;
   f) Número;
   g) Dimensões;
   h) Estruturas circundantes;
   i) Direção/orientação;
2.1.9. Em certos casos importará também referir-se a não existência de determinadas lesões;

2.1.10. Todas as lesões e vestígios encontrados devem ser **fotodocumentados** (atendendo-se à necessidade da obtenção de consentimento a partir dos 16 anos de idade), partindo-se sempre de fotografias efetuadas do geral para o particular. Deve-se evitar a identificação da pessoa através de imagens da face (se desnecessárias), bem como imagens que exponham desnecessariamente a sua intimidade; devem-se evitar, também, imagens de fundo que perturbem os elementos **objetivos** que se pretendem registar. As fotografias devem, contudo, ser sempre identificadas, o que pode ser feito na escala métrica que deve acompanhar todas as imagens de lesões, e que deverá ter inscrito o número do processo clínico (desde que suficientemente identificativo) mas não o nome da pessoa;

2.1.11. Devem constituir particular **motivo de suspeita** quanto à possibilidade de se estar perante um caso de abuso, os seguintes aspectos (4):

   a) Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção das lesões;
   b) Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto à data de produção das lesões;
   c) Lesões em diferentes estádios de evolução;
   d) Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de natureza acidental para a faixa etária da criança;
   e) Lesões com diferentes localizações;
   f) Lesões figuradas;
   g) Lesões com um significativo tempo de evolução sem que tenha havido intervenção clínica, traduzindo atraso na procura de cuidados de saúde por parte do(s) cuidador(es);
   h) Lesões com determinadas características, sobretudo quando não é conhecida a história da sua produção ou em que a mesma não é plausível, designadamente: queimaduras ou suas cicatrizes, com bordos nítidos e com localizações múltiplas, sobretudo se na palma das mãos, planta dos pés, genitais e nádegas; marcas de mordeduras; alopecias traumáticas; certas lesões dentárias; sequelas de traumatismo antigo (e.g. calos ósseos resultantes de fraturas); intoxicação (sobretudo se mais que um incidente com sinais e sintomas inexplicados e de início súbito); doenças recorrentes inexplicáveis (sobreponível ao síndrome de Munchausen por Procuração) ou situação crítica não explicável pela história anterior; outras lesões de diagnóstico médico mais complexo (designadamente neurológicas, oftalmológicas e viscerais).

2.1.12. Devem ser sempre considerados os seguintes **diagnósticos diferenciais** (4):
NORMA PROCEDIMENTAL

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME EM CASOS DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, MAUS TRATOS OU CRIMES SEXUAIS CONTRA CRIANÇAS

NP-INMLCF-007
Rev01 Pág. 7/15

a) Traumatismo (por agentes mecânicos ou outros): (1) Intencionalmente infligida por terceiros (agressão); (2) Intencionalmente infligida pelo(a) próprio(a) / autoinfligida (associada a doença psiquiátrica ou para simulação); (3) Acidental (e.g. queda, acidente de vição, ataque por animal); (3) Iatrogénica (em resultado da prática de medicina clássica ou de medicinas alternativas);
b) Patológica (congênita ou adquirida);
c) Condição morfológica (e.g. nevos melânicos, manchas mongólicas, certas malformações).

2.1.13. Deve ter-se em atenção que qualquer das situações expostas no ponto anterior pode coexistir com uma situação de abuso.

2.2. Exame da superfície corporal (2,3,5)

2.2.1. O exame físico tem de ser breve, mas completo (“da cabeça aos pés”) e rigoroso, para que não seja necessário a sua repetição;

2.2.2. Durante a inspeção, devem registar-se todas as lesões e/ou sequelas e, se houver autorização da criança ou jovem, ou do seu representante, procede-se à fotodocumentação de todos os achados relevantes:
  a) cabeça, incluindo cabelo (e.g. alopécia traumática, edema e hematomas);
  b) orelhas (e.g. equimoses retro-auriculares);
  c) região orbitária (e.g. equimoses);
  d) regiões malares (e.g. equimoses);
  e) nariz (e.g. desvios do dorso, edema, sinais de epistáxis);
  f) pescoço (e.g. equimoses, estigmas ungueais e marcas de mordeduras);
  g) mãos (e.g. lesões de defesa);
  h) unhas (e.g. roídas, quebradas, com conteúdo subungueal);
  i) punhos (e.g. marcas sugestivas da ação de cordas ou de compressão manual - equimoses);
  j) antebraços (e.g. lesões de defesa);
  k) braços e axilas (e.g. marcas de compressão);
  l) tronco, incluindo regiões mamárias (áreas privilegiadas de mordeduras e abrasões, e lacerações dos mamilos);
  m) Abdómen (e.g. equimoses, abrasões, lacerações);
  n) coxas (e.g. equimoses simétricas na face interna);
  o) joelhos (e.g. abrasões);
  p) tornozelos (e.g., lesões de cordas);
  q) pés (e.g. abrasões e lacerações).

2.2.3. A cavidade oral deve ser sempre inspecionada (e.g. equimoses, abrasões, lacerações da mucosa oral, petéquias no palato, lacerações dos freios, luxação ou fratura de dentes);
2.2.4. Deverão ser efetuados os exames complementares de diagnóstico necessários para melhor esclarecimento do caso, nomeadamente exames imagiológicos. Estes devem realizar-se sempre que a história do evento não seja compatível com as lesões apresentadas e em conjugação com as seguintes situações (6):
   a) Crianças com idade inferior a 2 anos;
   b) Sinais físicos sugestivos de lesões esqueléticas de abuso: edema, diminuição da mobilidade articular, parésia e deformidade;
   c) Alterações neurológicas;
   d) Lesões extensas dos tecidos moles.

2.2.5. No caso das radiografias de alta definição, devem usar-se as seguintes incidências (6,7):
   a) Crânio: incidência antero-posterior e lateral;
   b) Coluna cervical, torácica e lombar: incidência lateral;
   c) Tórax: incidência antero-posterior, lateral e oblíqua;
   d) Abdômen: incidência antero-posterior (incluindo a pélvis e ancas);
   e) Membros: incidência antero-posterior de ambos os braços, os antebraços, as mãos, as coxas, as pernas e os pés.

2.3. Exame anogenital (2,3,5)

Nos casos de suspeita de agressão sexual, deve ser sempre efetuada a inspeção anogenital. Deve atender-se aos seguintes aspectos:

2.3.1. Se a roupa que a criança tiver vestida for a mesma que usava durante a agressão, esta deverá despír-se em cima de um papel de captação (e.g. papel de captação colocado sobre um lençol descartável), para que eventualmente existentes na roupa possam ser preservados;

2.3.2. O posicionamento da criança durante a observação é muito relevante para a qualidade da observação e para o conforto daquela. Assim, pode optar-se pelas seguintes soluções:
   a) Crianças pré-pubertas: posição de rã para o exame genital (se muito pequenas são melhor observadas no colo da sua mãe ou pessoa de confiança); decúbito lateral esquerdo para o exame da região anal;
   b) Crianças pós-pubertas do sexo feminino: posição geno-peitoral e posição ginecológica para garantir uma mais completa observação do hímen; decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral para o exame da região anal;
   c) Crianças pós-pubertas do sexo masculino: posição ortostática ou sentada para o exame genital; decúbito lateral esquerdo ou geno-peitoral para o exame da região anal.

2.3.3. Exame da região anal:
   a) A realização de suave afastamento da região glútea e pressão excentrica sobre o orifício anal poderá revelar a existência de dilatação, ingurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou
Recomendações gerais para a realização de exame em casos de suspeita de violência doméstica, maus tratos ou crimes sexuais contra crianças

lacerações. Mantendo-se a tração durante cerca de 30 segundos pode observar-se o relaxamento dos esfínteres interno e externo e abertura do canal anal (reflexo anal de dilatação);

b) O toque rectal só é recomendado quando há suspeita de corpos estranhos no canal anal;

c) A anuscopia deverá ser realizada apenas se houver exteriorização de sangue pelo canal anal ou dor anal severa após a agressão, ou se houver suspeita de corpo estranho no reto, mas apenas em condições especiais e de forma muito excepcional.

2.3.4. Exame da região genital feminina:

a) As áreas externas da região genital e anal devem ser bem inspecionadas, assim como a região glútea e as coxas (e.g., equimoses), seguindo-se o monte púbico (incluindo os pelos), os grandes e pequenos lábios, o clítoris, o hímen ou remanescentes himeniais, a comissura posterior e o perineo;

b) Posteriormente deverá ser provocado um suave estiramento da comissura posterior, podendo revelar-se, assim, lesões que estejam disfarçadas nas pregas da mucosa;

c) Seguidamente, os grandes lábios deverão ser suavemente tracionados lateral e anteriormente (e um pouco inferiormente), permitindo a visualização do hímen;

d) Se algum sangramento for visualizado ou havendo história de penetração vaginal com dedo, pénis ou outro objeto, poderá ser realizado o exame com espéculo (transparente, para melhor visualização da parede vaginal) e o toque vaginal; assimile-se, contudo, que o exame com o espéculo não deverá ser realizado por rotina e não se efetua em crianças pré-púberes a não ser em casos excepcionais e com espéculos especiais, muito pequenos;

e) Para melhor visualização das lesões pode recorrer-se ao uso de colposcópio (para magnificação da imagem), cateter de alargamento (só em pós-púberes), balões coloridos, enluvando zaragatoas ou corante de azul de toluidina.

2.3.5. Exame da região genital masculina: realizar a inspeção das coxas, pénis, escroto e perineo.

2.4. Colheita, preservação e envio de amostras

No decorrer da inspeção da superfície corporal em geral, faneras, cavidade oral e região genital e anal, devem ser colhidos os vestígios físicos e biológicos que forem sendo encontrados.

Uma colheita correta implica que se respeitem as normas de proteção (individual e das amostras), de colheita e acondicionamento de amostras, de requisição dos exames e de garantia da cadeia de custódia. No entanto, existirão especificidades nestes procedimentos conforme as amostras se destinem a estudos genéticos, microbiológicos ou toxicológicos (ver procedimento NP-INMLCF-011).

2.4.1. Proteção

No que se refere à proteção individual deve, idealmente, trabalhar-se em condições de assepsia e usar sempre material descartável, designadamente, bata, luvas e máscara descartáveis para evitar o contacto direto com as amostras.
No que se refere à proteção das amostras (8,9) (ver procedimento NP-INMLCF-011):

a) Nos casos em que tal se mostrar pertinente, informar a polícia sobre a necessidade de isolar e proteger o mais rapidamente possível o local da ocorrência, alertando para o facto de que os vestígios biológicos devem, se possível, ser os primeiros a ser colhidos;

b) Evitar a contaminação das amostras:
   - Com material genético de outra origem, incluindo o(a) do(a) próprio(a) perito(a) médico(a), através da adequada proteção individual, o que implica sempre a utilização de: bata ou outro tipo de roupa protetora; máscara (evitando falar ou espirrar sobre as amostras); luvas descartáveis limpas - as quais devem ser substituídas com frequência, durante o exame físico, especialmente se se manipulam vestígios biológicos com origem possivelmente diferente;
   - Não bebendo e/ou comendo e/ou fumando, aquando da manipulação de amostras;
   - Utilizando material descartável para colheita de amostras;

c) Atender às especificidades de conservação de cada tipo de amostra, tendo em conta que num grande número de casos não se podem juntar conservantes;

d) Muitas amostras, designadamente amostras biológicas para estudos de ADN devem secar ao ar ou com secador de ar frio, em lugar protegido, antes de serem embaladas;

e) Terminada a colheita de amostras utilizar contentores próprios para resíduos biológicos para eliminar o material usado.

2.4.2. Colheita e acondicionamento de amostras biológicas

2.4.2.1. Para estudos de Genética e Biologia Forense (ADN) (8-10) (ver procedimento NP-INMLCF-011):

a) Material geral para colheitas: tubos com K3-EDTA, sistemas para colheita por punção venosa, lanceta para picada, cartões de papel absorvente e respetivos envelopes, zaragoatas (orais, subungueais e gerais) e respetivos invólucros, láminas de microscópio e placas de Petri, envelopes, sacos de papel, água bidestilada estéril, pentes descartáveis; os kits devem incluir também cuecas descartáveis a fornecer à vítima caso as que esta usa sejam recolhidas;

b) Pode usar-se luz de Wood para facilitar a visualização de manchas de sêmen na pele ou roupa;

c) Deve ser colhida uma das seguintes amostras de referência:
   - Zaragoatas bucais: se não houver suspeita de haver material genético estranho nesta localização e pelo menos 1 hora depois de ter comido; deve exaurir-se a boca antes da colheita. Fricciona-se a região interna da cavidade bucal com zaragoatas próprias, preferencialmente, duas por pessoa;
   - Sangue: por punção capilar na polpa de um dedo, com lanceta - fazer mancha em cartão absorvente próprio; ou por punção venosa (2,5 mL) - acondicionar em tubo com anticoagulante K3-EDTA ou fazer mancha em cartão;

d) Amostras para estudo:
   - As amostras a colher dependerão de cada caso concreto, designadamente no que se refere à informação recebida e à observação efetuada, quanto à possibilidade de se encontrarem vestígios
em diferentes localizações. Assim, não terão ser feitas todos os tipos de colheitas que a seguir se indicam, mas apenas aquelas que se revelarem pertinentes face ao caso em apreço:

- Peças de roupa: acondicionar as peças com eventuais vestígios tendo o cuidado de usar envelope ou saco de papel para cada uma e de assinalar a possível localização desses vestígios. Se eventuais manchas não estiverem secas, deixar secar ao ar (ou secar com secador de ar frio), antes de se proceder ao seu acondicionamento. Deverá sempre ser enviada a peça de roupa completa;

- Absorventes (e.g. pensos higiênicos, saíva-slip, tampões): colocar cada um, depois de seco, em envelope de papel;

- Raspado do conteúdo subungueal: deve assinalar-se se a vítima lavou as mãos ou limpou ou cortou as unhas após o abuso. Efetuar uma zaragata (pequena) para cada mão; se se revelar necessário, efetuar corte de unhas e colocá-las em envelopes de papel (um envelope por mão);

- Cabelo e pelo público: deve assinalar-se se a vítima se penteou ou lavou. Pentear cabelos e pelos públicos com pente descartável (superficialmente), para destacar qualquer pelo solto que possa pertencer ao abusador. Se os pelos se encontrarem aglutinados por substância pastosa (púbis, cabeça, axilas, etc.), cortá-los tendo o cuidado de preservar esta substância (e.g. sêmen, etc.). Colocar o material colhido em envelopes de papel, utilizando um para cada conjunto de pelos;

- Manchas ou marcas suspeitas (e.g. sêmen, saliva) na pele em geral, nas zonas de mordedura e nas regiões pericavitárias (perioral, perianal e vulvar): deve-se assinalar se a vítima se lavou ou friccionou alguma parte do corpo. Usar zaragatoas húmidas (humedecidas com uma ou duas gotas de água bidestilada estéril), removendo o material biológico por fricção, tendo o cuidado de o concentrar o mais possível numa área restrita. Deixar secar ao ar ou secar com secador de ar frio e acondicionar no invólucro próprio;

- Exsudado oral: estas colheitas podem ser feitas até cerca de 8 horas após o suspeito abuso, devendo assinalar-se se entretanto a vítima comeu, bebeu, fumou ou lavou a boca ou os dentes. Usar duas zaragatoas secas para a região oral, massajando suavemente debaixo da língua, nas gengivas e à volta dos dentes. Deixar secar ao ar ou secar com secador de ar frio e acondicionar no invólucro próprio;

- Exsudado anal: estas colheitas podem ser feitas até cerca de 24 horas após o suspeito abuso, devendo assinalar-se se entretanto a vítima se lavou ou defecou. Usar duas zaragatoas para a região anal, podendo ser húmidas ou secas, conforme o caso. Deixar secar as zaragatoas ao ar ambiente pelo menos durante uma hora ou secar com secador de ar frio antes de acondicionar no local próprio;

- Exsudado vaginal: estas colheitas podem ser feitas até cerca de 72 horas após o suspeito abuso, devendo-se assinalar se a vítima se lavou, fez alguma irrigação ou teve práticas sexuais consentidas num período próximo (anterior ou posterior) ao abuso. Fazer zaragatoas genitais externas e, nos casos de crianças pós-púberes, ponderar a realização (com ou sem espéculo) de zaragatoas vaginais e do orifício do colo uterino). Deixar secar ao zaragatoas ao ar ambiente pelo menos durante uma hora ou secar com secador de ar frio antes de acondicionar no local próprio;
e) As zaragatoas devem estar esterilizadas e não podem ser colocadas em invólucros com meio de cultura;

f) As zaragatoas devem ser armazenadas no frigorífico, a 4°C até serem enviadas a um laboratório de Genética e Biologia Forenses do INMLCF.

2.4.2.1. Para estudos de Microbiologia (infeções sexualmente transmissíveis - IST) (11-13):

a) Deverão realizar-se estes estudos sempre que:
   - Haja história ou exame físico sugerindo contacto recente oral, genital ou rectal com os genitais do abusador, muito particularmente, história de penetração e/ou ejaculação;
   - A criança ainda não fala mas haja suspeita de ter sido sexualmente abusada;
   - A vítima apresente sinais ou sintomas de IST;
   - A vítima apresente infecção genital que pode ter sido contraída por contacto sexual;
   - A vítima seja pós-púbere;
   - A vítima já tenha iniciado vida sexual ativa;
   - O abuso tenha sido perpetrado por múltiplos abusadores;
   - O abusador seja desconhecido;
   - O abusador seja portador de IST conhecida ou suspeita;
   - O abusador pertença a grupo de risco de IST;
   - Um membro do núcleo familiar da vítima seja portador de sintomas e sinais ou de IST documentada (designadamente outras vítimas);
   - As IST na comunidade apresentem elevada prevalência;
   - Exista empenho, por parte da vítima ou dos cuidadores, na realização desse estudo.

b) Deve-se pesquisar sistematicamente (Tabela 1): gonorréia, sífilis, Chlamydia trachomatis, vírus da imunodeficiência humana (VIH), Trichomonas vaginalis e hepatites B;

c) As colheitas devem ser feitas de acordo com as indicações do laboratório onde os exames tenham lugar mas, de uma forma genérica, podem seguir o esquema descrito na tabela 1;

d) Devem ser efetuados exames de seguimento, de acordo com a infecção que possa estar em causa (Tabela 1);

e) Deve ser ponderada a indicação para a realização de profilaxia de IST, orientando-se o caso de modo a que tal seja possível dentro de um espaço de tempo útil.

<table>
<thead>
<tr>
<th>IST</th>
<th>Colheitas</th>
<th>Exame laboratorial inicial</th>
<th>Seguimento (repetição do exame após exposição inicial)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GONORRÉIA</td>
<td>Zaragoaz (vaginal, anal, oral)</td>
<td>Cultura; PCR</td>
<td>1 a 2 semanas</td>
</tr>
<tr>
<td>SÍFILIS</td>
<td>Sangue</td>
<td>VDRL; FTA-ABS; TPHA</td>
<td>6 semanas, 3 e 6 meses</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (VIH)</td>
<td>Sangue</td>
<td>Ac-HIV1; Ac-HIV2</td>
<td>6 semanas, 3 e 6 meses</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.4.2.3. Para estudos de Toxicologia Forense (2):
Deverão ser realizados exames toxicológicos se houver dados que indiciem terem sido administradas drogas à vítima. Nestes casos:
  a) O sangue total e urina são as matrizes de eleição;
  b) Recolher uma amostra de sangue (10mL, tubo com anticoagulante e/ou preservante) e de urina (30mL) logo que possível após a intoxicação;
  c) O aspirado e/ou o conteúdo gástrico ou vômito podem também ser importantes e são passíveis de ser colhidos;
  d) As amostras em geral (exceto sangue) não devem ser adicionados quaisquer preservantes ou conservantes;
  e) As amostras de sangue deve adicionar-se fluoreto de sódio (NaF) na concentração aproximada de 1% (massa/volume);
  f) Em cada caso, cada amostra (no caso de múltiplas colheitas de um mesmo indivíduo) deve ser colocada no tubo/recipiente próprio e acondicionada na mesma bolsa/kit de transporte para o efeito;
  g) Conservar as amostras a 4°C para periodos curtos ou, para periodos mais longos, a -20°C;
  h) As drogas a pesquisar dependerão do caso concreto, muito particularmente da história relatada e do resultado do exame clínico. No caso de suspeita de crime sexual, devem ser requeridas drogas de abuso ilícitas e etanol (o qual raramente possibilita a obtenção de resultados positivos para além das 12 horas pós-ingestão).

2.4.2.4. Para teste imunológico de gravidez
Após um abuso sexual de adolescentes deve ser dada informação sobre a prevenção da gravidez, realizando-se o teste na urina.

2.4.3. Requisição de exames e cadeia de custódia
  a) Identificar cada contentor onde são colocadas as amostras (e.g. tubos com zaragatoas, tubos com sangue ou urina), com nº processo/nome vítima, tipo de amostra e local do corpo onde foi colhida;

---

**HEPATITES B**

- Sangue
  - Ag-HBs; Ac-HBs; Ac-HBc
  - 6 semanas e 3 meses

**CHLAMYDIA**

- Zaragatoa (vaginal, anal, oral)
  - Sangue
  - Técnicas de imunocitoquímica (IF e EIA), PCR
  - Ac e antígeno Chlamydia
  - 1 a 2 semanas

**TRICHOMONAS**

- Zaragatoa (vaginal, anal, oral)
  - Microscopia
  - 1 a 2 semanas

*IF - Imunofluorescência
EIA - Ensaios Imunoenzimáticos*
b) Colocar esses contêineres no respetivo *kit* (e.g. de Genética e Biologia Forense ou de Toxicologia Forense);

c) Colocar também dentro dos *kits* o material que não tenha sido usado para que possa ser reaproveitado;

d) Preencher correta e completamente as fichas de requisição de exames que se encontram dentro dos *kits*, bem como alguns itens que possam constar dos sacos;

e) Colocar, ainda, dentro do *kit*, a respetiva requisição;

f) Verificar que cada *kit* fica correta e completamente selado;

g) Conservar o *kit* em lugar adequado quer no que se refere às condições ambientais (geralmente no frigorífico) quer no que se refere à sua segurança;

h) Acionar os meios próprios para o encaminhamento seguro das amostras para os respetivos laboratórios do INMLCF, de forma a assegurar a cadeia de custódia.

6. REFERÊNCIAS


Lei nº 45/2004, de 19 de agosto
Portaria nº 522/2007, de 30 de abril

7. ANEXOS
Não aplicável.