

PROCEDIMENTOS FORENSES

No Âmbito da Recolha de Informação, Exame Físico e Colheita de Vestígios em Crianças e Jovens Vítimas de Abuso Físico e/ou Sexual

Teresa MAGALHÃES, Cristina Silveira RIBEIRO, Patrícia JARDIM,
Duarte Nuno VIEIRA

RESUMO

A natureza pública dos crimes de abuso sobre crianças (violência doméstica, maus tratos e crimes sexuais) implica a abertura de inquérito penal logo que haja conhecimento de factos que os possam integrar, existindo um inequívoco dever de denúncia por parte daqueles que deles tomam conhecimento, nos quais se incluem os profissionais dos serviços de saúde.

O trabalho com crianças e jovens vítimas de abuso implica diversas linhas de actuação interinstitucionais, designadamente no que se refere aos procedimentos iniciais a observar no âmbito da triagem dos casos, sinalização da suspeita, diagnóstico e preservação da prova para efeitos processuais penais, bem como à própria protecção da(s) vítima(s), linhas de acção que, em Portugal, continuam a carecer de uma clara definição.

Nestes procedimentos iniciais intervêm muitas vezes e em simultâneo, diversos profissionais, sendo fundamental que as respectivas práticas sejam articuladas. No sentido de promover essa adequada articulação entre tais profissionais e os serviços intervenientes, há que definir orientações técnicas a serem tidas em consideração, designadamente no âmbito da articulação entre os serviços médico-legais e os serviços de saúde, orientações essas que visarão: garantir a sinalização atempada do caso; assegurar uma correcta recolha da prova dos factos; garantir boas práticas na realização de exames médicos e colheita de vestígios; evitar a repetição de exames às vítimas, prevenindo a vitimação secundária e a contaminação dos relatos.

Os autores, com base nas normas internacionalmente definidas sobre a matéria e tendo em conta a realidade portuguesa, designadamente em termos legislativos, elaboraram uma proposta com orientações para a intervenção nestes casos, orientações estas que apresentam e que foram aprovadas como *Recomendações Gerais para a Realização de Exame em Casos de Suspeita de Violência Doméstica, Maus Tratos ou Crimes Sexuais contra Crianças e Jovens de Menor Idade*, pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., em Janeiro de 2010, tendo sido posteriormente ratificadas pelo Colégio de Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos.

T.M., C.S.R., P.J., D.N.V.:
Instituto Nacional de
Medicina Legal, I.P.
T.M., C.S.R., P.J.: Faculdade
de Medicina da Universidade
do Porto. Porto
T.M.: Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar.
Universidade do Porto. Porto
D.N.V.: Faculdade de
Medicina da Universidade de
Coimbra. Coimbra
T.M., C.S.R., P.J., D.N.V.:
Centro de Ciências Forenses -
CENCIFOR, Portugal

© 2011 CELOM

SUMMARY

FORENSIC PROCEDURES

For Interview Physical Exam and Evidence Collection in Children and Young people Victims of Physical and/or Sexual Abuse

The public nature of child abuse crime (domestic violence, maltreatment and sexual crimes) implies the opening of a criminal enquiry as soon as facts likely to be considered as such are known. Professionals who suspect of these cases are considered mandatory reporters as is the case of health care professionals.

The work with abused children and youth involves several courses of action between institutions, namely as to the starting procedures to follow in case triage, reporting of suspicion, diagnosis and preservation of evidence for penal purposes, as well as to the protection of the victim(s), all of which still lack a clear definition in Portugal.

Several professionals often take part simultaneously in these early procedures and it is crucial that their own personal intervention be articulated with one another's. With the aim of promoting that adequate articulation between the professionals and the acting services, technical orientations to be followed have to be established, namely as far as the articulation between the medico-legal services and the health care services are concerned. These orientations should aim at: ruling the reporting of the occurrence in good time; guarantee an appropriate collection of evidence; guarantee good medical procedures in medical exams and evidence collection; avoid repetition of exams of the victims, preventing secondary victimisation and cross-contamination of child report. Based on the internationally accepted rules for the matter and taking into consideration the Portuguese reality, namely in legal terms, the authors made a proposition concerning the procedures for the intervention in such cases that are herewith presented and were approved as *General Recommendations for the Examination in Cases of Suspicion of Domestic Violence, Maltreatment or Sexual Crime Against Children* by the National Institute of Legal Medicine, in January 2010. These were later confirmed by the Specialty College of Legal Medicine of the Medical Board Association.

INTRODUÇÃO

A natureza pública dos crimes de abuso sobre crianças (violência doméstica, maus tratos e crimes sexuais) implica a abertura de inquérito penal logo que haja conhecimento de factos que os possam integrar, existindo um inequívoco dever de denúncia por parte daqueles que deles tomam conhecimento, nos quais se incluem os profissionais dos serviços de saúde.

O trabalho com crianças e jovens vítimas de abuso

implica diversas linhas de actuação interinstitucionais, designadamente no que se refere aos procedimentos iniciais a observar no âmbito da triagem dos casos, sinalização da suspeita, diagnóstico e preservação da prova para efeitos processuais penais, bem como à própria protecção da(s) vítima(s), linhas de acção que, em Portugal, continuam a carecer de uma clara definição.

Nestes procedimentos iniciais intervêm muitas vezes e em simultâneo, diversos profissionais, sendo fundamental que as respectivas práticas sejam articuladas. Um dos intervenientes obrigatórios é o Instituto Nacional de Me-

dicina Legal, I.P. (INML). Dada a extrema complexidade destes casos, e de forma a garantir a sua adequada análise e enquadramento pericial, sempre isenta e imparcial, a lei portuguesa (Lei 45/2004, de 18 de Agosto), exige o contributo de profissionais com formação técnico-científica no âmbito das competências legais próprias do INML.

Assim, no sentido de se promover uma adequada articulação entre os diversos profissionais e os serviços intervenientes, importa pois definir orientações técnicas a serem observadas no âmbito da articulação entre esses serviços, designadamente entre os serviços médico-legais e os serviços de saúde. Tais orientações visarão:

a) Promover a atempada sinalização e denúncia dos casos em que existe suspeita de crime público, considerando o grau da correspondente urgência médico-legal de cada caso;

b) Assegurar a recolha da prova dos factos com validade à luz do direito processual penal, através, designadamente, da realização de perícias urgentes;

c) Garantir as boas práticas na realização de exames médicos e colheita de vestígios;

d) Evitar a repetição de exames às vítimas, prevenindo a vitimação secundária e a contaminação dos relatos.

Estes procedimentos serão fundamentais não apenas para promover um tratamento e protecção mais atempados da vítima, mas também para uma boa administração da Justiça.

Nesta conformidade, os autores, com base nas normas internacionalmente definidas sobre a matéria e tendo em conta a realidade portuguesa, designadamente em termos legislativos, elaboraram uma proposta com orientações para a intervenção pericial nestes casos. É esta proposta que seguidamente se apresenta, tendo sido já aprovada pelo INML em Janeiro de 2010, como *Recomendações Gerais para a Realização de Exame em Casos de Suspeita de Violência Doméstica, Maus Tratos ou Crimes Sexuais contra Crianças e Jovens de Menor Idade*, e tendo sido posteriormente ratificada pelo Colégio de Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos.

Estas normas procedimentais envolvem a *Colheita de informação*, o *Exame físico* e a *Colheita de vestígios*.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. Recolha de informação

1.1. Idealmente, a informação sobre o alegado abuso deve ser colhida **junto de quem acompanha a criança ou jovem** de menor idade¹, devendo incluir (1-3):

a) Data, hora e local do último abuso; b) Frequência do abuso (único ou reiterado); c) Relação entre a vítima e o(a) alegado(a) abusador(a) ou abusadores (e seu número), sexo e antecedentes deste(s), nomeadamente no que se refere a antecedentes médicos patológicos (incluindo doenças sexualmente transmissíveis), consumo de substâncias, comportamentos desviantes, práticas anteriores de outros abusos, etc.; d) Tipo do abuso (e.g., físico, sexual e/ou emocional); e) Descrição de cada tipo de abuso sofrido (e.g., mecanismo e instrumento(s) usado(s) no abuso físico, características das práticas sexuais ou do abuso emocional); f) Caracterização das circunstâncias (e.g., ameaças verbais e/ou com armas, ejaculação, uso de preservativo); g) Comportamento da vítima após a agressão (eventuais lavagens, mudança de roupa, tratamentos, actos fisiológicos, ingestão de alimentos ou bebidas, etc., tudo tendo em vista avaliar uma possível destruição de vestígios); h) Antecedentes pessoais patológicos (incluindo infecções 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 esfíncteres, menstruais e outras alterações psicossomáticas como dores abdominais inexplicadas e recorrentes) ou alterações do comportamento.

1.2. Se for imprescindível a **entrevista directa à criança ou jovem** para melhor esclarecimento de alguns dos pontos acima referidos, esta poderá ser concretizada, devendo contudo (1-3):

a) Limitar-se ao minimamente indispensável; b) Garantir que a linguagem e técnica de abordagem sejam adequadas à idade, capacidade de compreensão e situação física e 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 ou jovem face ao exame de psicologia forense que, idealmente, deverá ter sempre lugar.

¹Visa-se, com esta medida, evitar a contaminação do relato e a vitimização secundária mas, obviamente, as situações terão de ser ponderadas caso a caso

2. Exame físico

2.1. Aspectos gerais

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

2.1.2. Deverá ser permitida a presença na sala durante o exame de **pessoa de confiança** da criança ou jovem, se ambos assim o preferirem (desde que tal não perturbe a realização do exame), e fazer constar tal facto no documento que regista a realização do exame;

2.1.3. Em jovens maiores de 16 anos, o exame sexual e o registo fotodocumental só devem ser efectuados mediante o seu prévio **consentimento escrito** (idealmente, 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 colheita 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 ou jovem 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 objectos estranhos a nível intra-vaginal ou intra-anal/rectal;

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 médico deverá respeitar o lógico pudor das crianças e jovens, 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 (e.g. feridas contusas, perfurantes, incisivas, mistas, queimaduras, etc.); b) Número; c) Localização; d) Forma; e) Orientação; f) Dimensões; g) Gravidade; h)

Mecanismo e grau de violência com que denotam ter sido produzidas; j) Período de tempo aproximado desde a sua produção; k) Adequação entre as lesões e a história/explicação quanto ao mecanismo da sua produção; i) Outro diagnóstico diferencial que as possam explicar.

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 efectuadas do geral para o particular. Deve evitar-se a identificação directa da pessoa (nomeadamente não realizando imagens da face, se desnecessárias, nem colocando o nome nas fotos), bem como imagens que exponham desnecessariamente a sua intimidade; devem evitar-se, também, imagens de fundo que perturbem os elementos objectivos que se pretendem registar. As fotografias devem, contudo, ser sempre identificadas com o número do processo (desde que suficientemente identificativo), o que pode ser feito na escala métrica que deve acompanhar todas as imagens de lesões.

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 estadios de evolução;

d) Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de natureza accidental 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; alopecia traumática; certas lesões dentárias; sequelas de traumatismo antigo (e.g. calos ósseos resultantes de fracturas); 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. Relativamente às lesões observadas devem ser sempre ponderados os seguintes **diagnósticos diferenciais** (4):

- a) Acidentes;
- b) Patologias (condições patológicas que podem mimetizar um abuso);
- c) Sequelas pós-operatórias ou lesões iatrogénicas;
- d) Lesões devidas a práticas de medicina alternativa;
- e) Malformações;
- f) Certas condições morfológicas (e.g. mancha mongólica);
- g) Simulação;
- h) Lesões auto-infligidas;

2.1.13. Deve ter-se em atenção que qualquer das situações expostas no ponto anterior pode coexistir com uma situação de abuso e que a **ausência de vestígios físicos de abuso não significa evidência de ausência de abuso**.

2.2. Exame da superfície corporal

2.2.1. O exame físico tem de ser breve, mas completo (*da cabeça aos pés*), rigoroso e seguindo uma ordem determinada, para que não fique nenhuma região corporal por analisar e não seja necessária a sua repetição;

2.2.2. Durante a inspecção, 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 (2,3,5). Deverá, assim, dar-se sucessivamente atenção a:

- a) cabeça, incluindo cabelo (e.g., alopecia 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 epistaxis);
- 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 de imobilização forçada por acção 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 privile-

giadas 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 na procura de lesões (e.g., equimoses, abrasões, lacerações da mucosa oral, petéquias no palato, lacerações dos freios, luxação ou fractura de dentes);

2.2.4. No âmbito do exame físico deverão ser efectuados os estudos complementares de diagnóstico que se afigurem necessários para melhor esclarecimento da situação, nomeadamente exames imagiológicos (note-se que outros exames complementares laboratoriais poderão ser também necessários e serão assinalados posteriormente). Os exames imagiológicos 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. As radiografias de alta definição, devem usar 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 oblíquas;
- d) Abdómen: 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 ano-genital

Nos casos de suspeita de agressão sexual, deve ser sempre efectuada a inspecção ano-genital. Deve atender-se aos seguintes aspectos (2,3,5):

2.3.1. Se a **roupa** que a criança ou jovem tiver vestida for a mesma que usava durante a agressão, esta deverá despir-se em cima de um papel de captação (e.g., papel de filtro branco colocado sobre um lençol branco, limpo), para que eventuais vestígios existentes na roupa possam ser preservados;

2.3.2. O **posicionamento** da criança ou jovem 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-pubertárias: 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-pubertárias 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-pubertárias 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 excêntrica sobre o orifício anal poderá revelar a existência de dilatação, ingurgitação venosa, hematomas, fissuras, escoriações ou lacerações. Mantendo-se a tracção durante cerca de 30 segundos pode observar-se o relaxamento dos esfíncteres interno e externo e a 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 proctoscopia ou anoscopia 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 recto.

2.3.4. Exame da **região genital feminina**:

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

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

c) Seguidamente, os grandes lábios deverão ser suavemente traccionados 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 objecto, poderá ser realizado o exame com espéculo (transparente, para melhor visualização da parede vaginal) e o toque vaginal; assinala-se, contudo, que o exame com o espéculo não deverá ser realizado por rotina;

e) Para melhor visualização das lesões pode recorrer-se ao uso de: colposcópio; sonda de Foley introduzida pelo orifício himenial (sonda que depois de insuflada com 5 a 10 ml de solução salina, e efectuada uma leve tracção, provoca a distensão da membrana himenial na face convexa do balão); balões coloridos, enluvando zaragatoas; corante de de toluidina que se aplica com uma zaragatoa estéril ou spray, na concentração de 1%, na região do freio dos pequenos lábios, fossa navicular e períneo, esperando-se um minuto e em seguida removendo-se o excesso com uma zaragatoa estéril embebida numa solução de ácido acético a 1% ou spray.

2.3.5. Exame da **região genital masculina**: realizar a inspecção das coxas, pénis, escroto e períneo.

2.4. Colheita, preservação e envio de amostras

No decurso da inspecção da superfície corporal em geral, faneras, cavidade oral e região genital e anal, devem ser colhidos os vestígios biológicos e não biológicos que forem sendo encontrados. A informação obtida sobre o evento(s) associada ao exame físico, orientará as colheitas a concretizar.

Uma colheita correcta implica que se respeitem as relativas à protecção (individual e das amostras), colheita e acondicionamento de amostras, requisição dos exames e garantia da cadeia de custódia. Existirão obviamente especificidades nestes procedimentos conforme as amostras se destinem a estudos genéticos, microbiológicos ou toxicológicos.

2.4.1. Protecção

No que se refere à protecção individual deve, idealmente, trabalhar-se em condições de assepsia e usar sempre material descartável durante todo o exame, designadamente, bata, luvas e máscara descartáveis, evitando-se o contacto directo com as amostras.

No que se refere à protecção das amostras (8,9):

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 do próprio médico, através da adequada protecção individual, o que implica sempre a utilização de: bata ou outro tipo de roupa protectora; máscara (evitando falar ou espirrar sobre as amostras); luvas descartáveis limpas - as quais devem ser substituídas com alguma frequência, durante o exame físico (especialmente se se manipulam ves-

tígios biológicos com origem possivelmente diferente);

- Não beber, comer ou fumar, 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):

a) **Material** geral para colheitas: tubos com K3-EDTA, sistemas para colheita por punção venosa, lanceta para picada, cartões de papel absorvente e respectivos envelopes, zaragatoas (orais, subungueais e gerais) e respectivos invólucros, lâminas 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 esperma na pele;

c) Deve ser colhida **uma** das seguintes **amostras de referência**:

- Zaragatoa bucal: se não houver suspeita de haver material genético estranho nesta localização e pelo menos uma hora depois de ter comido; deve enxaguar-se a boca antes da colheita. Fricciona-se a região interna da cavidade bucal com zaragatoas 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 cartão²;

d) **Amostras para estudo** :

As amostras a colher dependerão de cada caso concreto, designadamente no que se refere à informação recebida e à observação efectuada, quanto à possibilidade de se encontrarem vestígios em diferentes localizações. Assim, não terão de ser feitas todos os tipos de colheitas que

a seguir se indicam, mas apenas aquelas que se revelarem pertinentes face ao caso em apreço. Nas situações em que a vítima esteve inconsciente durante o abuso deverão ser efectuadas colheitas nas zonas mais frequentemente envolvidas e susceptíveis de conterem eventuais vestígios biológicos do(s) agressor(es). As colheitas envolverão assim:

- 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 higiénicos, *salva-slips*, 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. Efectuar uma zaragatoa (pequena) para cada mão; se se revelar necessário, efectuar corte de unhas e colocá-las em envelopes de papel (um envelope por mão);

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

- **Manchas ou marcas suspeitas** (e.g., sémen, saliva) na pele em geral, nas zonas de mordedura e nas regiões peri-cavitárias (peri-oral, peri-anal e peri-vulvar): deve assinalar-se 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;

- **Fluído 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

²Actualmente só se recorre a esta técnica se não for possível fazer zaragatoa bucal.

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;

- **Fluído 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 zaragoas para a região anal, podendo ser húmidas ou secas, conforme o caso. A partir de uma das zaragoas, efectuar um esfregaço em lâmina (para observação microscópica), preservando a mesma zaragatoa, pois ainda poderá ter fluído, devendo esta ser assinalada. Deixar secar ao zaragoas e lâmina ao ar ou secar com secador de ar frio antes de acondicionar no local próprio - as lâminas podem ser coladas e preservadas em placas de Petri;

- **Fluído vaginal** : estas colheitas podem ser feitas até cerca de 72 horas após o suspeito abuso, devendo assinalar-se se a vítima se lavou, fez alguma irrigação ou teve práticas sexuais consentidas num período próximo (anterior ou posterior) ao abuso. Usar duas zaragoas para cada uma das regiões vulvar (humedecidas) e vaginal/himénial (secas); em alguns casos excepcionais, pode fazer-se também zaragoas do fundo de saco vaginal e orifício externo do colo do útero, usando espéculo. A partir de uma das zaragoas, efectuar um esfregaço em lâmina, preservando a mesma zaragatoa, pois ainda poderá ter

fluído, devendo esta ser assinalada. Deixar secar ao zaragoas e lâmina ao ar ou secar com secador de ar frio antes de acondicionar no local próprio;

e) As zaragoas devem estar esterilizadas e não podem ser colocadas em invólucros com meio de cultura;

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

2.4.2.1. Para estudos de **Microbiologia** (infecções 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 activa;
 - O abuso tenha sido perpetrado por múltiplos abusadores;
 - O abusador seja desconhecido;
 - O abusador seja portador de IST conhecida ou

Quadro 1 – Colheitas para estudo de IST

DST	Colheitas	Exame laboratorial inicial	Seguimento (repetição do exame após exposição inicial)	Interpretação (valor diag.)
GONORREIA	Zaragatoa (vaginal, anal, oral)	Cultura; PCR	1 a 2 semanas	Diagnóstico
SÍFILIS	Sangue	VDRL; FTA-ABS; TPHA	6 semanas, 3 e 6 meses	Diagnóstico
VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (VIH)	Sangue	Ac-HIV1; Ac-HIV2	6 semanas, 3 e 6 meses	Diagnóstico
HEPATITES B e C	Sangue	Ag-HBs; Ac-HBs; Ac-HBe Ac-HCV	6 semanas e 3 meses; 6 meses (Hep. C)	Diagnóstico
CHLAMYDIA	Zaragatoa (vaginal, anal, oral) Sangue	Técnicas de imunocitoquí-mica (IF e EIA) PCR Ac e antígeno Chlamydia	1 a 2 semanas	Diagnóstico
TRICHOMONAS	Zaragatoa (vaginal, anal, oral)	Microscopia	1 a 2 semanas	Muito sugestivo
PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV)	Zaragatoa (vaginal, anal, oral, lesões)	PCR	1 a 2 semanas	Sugestivo
VIRUS HERPES SIMPLEX I e II (HSV)	Zaragatoa/raspado (lesões)	Técnicas de Imunocitoquímica (IF e EIA) PCR	1 a 2 semanas	Sugestivo
VAGINOSE BACTERIANA	---	---	---	Inespecífico

IF – Imunofluorescência; EIA - Ensaio imunoenzimático

suspeita;

- O abusador pertença a grupo de risco de IST (e.g., homem homossexual; toxicodependente);

- 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 **pesquisar-se** (Quadro 1): gonorreia, sífilis, *Chlamydia trachomatis*, vírus da imunodeficiência humana (VIH), *Trichomonas vaginalis*, herpes genital, HPV (condilomas ano-rectais) e hepatites B e C;

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 no quadro 1;

d) Devem ser efectuados **exames de seguimento**, de acordo com a infecção que possa estar em causa (Quadro 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.

2.4.2.3. Para estudos de **Toxicologia Forense** (2):

Deverão ser realizados exames toxicológicos se houver dados que indiquem terem sido administradas drogas à vítima.

a) O sangue total e urina são as matrizes de eleição;

b) Recolher uma amostra de sangue (10 mL, tubo com anticoagulante e/ou preservante) e de urina (30 mL) logo que possível após a intoxicação;

c) O aspirado e/ou o conteúdo gástrico ou vómito podem também ser importantes e são passíveis de ser colhidos;

d) Às amostras em geral (excepto sangue) não devem ser adicionados quaisquer preservantes ou conservantes;

e) Às amostras de sangue deve adicionar-se fluoreto de sódio () 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 períodos curtos ou, para períodos 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 zaragoatas, placas de Petri com lâminas, tubos com sangue ou urina), com nº processo/nome vítima, tipo de amostra e local do corpo onde foi colhida;

b) Colocar esses contentores no respectivo *kit/saco* (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 correcta 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 respectiva requisição;

f) Verificar que cada *kit* fica correcta 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) Accionar os meios próprios para o encaminhamento seguro das amostras para os respectivos laboratórios do INML, entregando pessoalmente os *kits* ou fazendo-o através de pessoal daquele Instituto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As normas aqui apresentadas constituirão um instrumento fundamental para orientar, sistematizar e harmonizar práticas, não se tratando, contudo, de um trabalho definitivo. As técnicas, quer de entrevista, quer de exame físico e de colheita de vestígios, estão em constante evolução, pelo que importa rever sistematicamente este tipo de instrumentos. Assim, perspectiva-se que no próximo ano estas normas possam surgir revistas e melhoradas, tendo em conta a evolução técnico-científica que cada vez mais vai ditando novas práticas e, conseqüentemente, os novos protocolos que entretanto vão sendo também publicados e actualizados noutros países.

Assinale-se, contudo, que apesar das virtudes que este tipo de normas possam encerrar, elas nunca serão suficientes para colmatar a falta de formação nesta área, formação esta fundamental e, portanto, obrigatória, para todos os profissionais que trabalham com crianças e jovens.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração de Fátima Pinheiro, Helena Teixeira, Ricardo Dinis, Cândida Abreu e Cláudia Marques.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. MAGALHÃES T, RIBEIRO C: A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. Acta Med Port 2007;20:439-445
2. MAGALHÃES T, RIBEIRO C, JARDIM P et al: Da investigação inicial ao diagnóstico de abuso. in Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico, Magalhães T (Ed), LIDEL, Lisboa 2010;pp147-187
3. World Health Organization: Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. WHO. Geneva 2003
4. MAGALHÃES T, JARDIM P, SANTOS L, PINTO NF, DINIS OLIVEIRA RJ, CALDAS I: Indicadores físicos de abuso. in Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico, Magalhães T (Ed), LIDEL, Lisboa 2010;pp51-107
5. Royal College of Physicians of London: Physical signs of sexual abuse in children, 2ª ed. Royal College of Physicians of London. London 1997
6. American College of Radiology: Practice guideline for skeletal surveys in children (Res 47,17,35). ACR Standards ACR: Reston 2001;pp145-9
7. Royal College of Paediatrics and Child Health: The Physical Signs of Child Sexual Abuse. An evidence-based review and guidance for best practice. Royal Coll Paediatr Child Health of London. London 2008
8. CATALIN M, ANDREI A, MITRASCA O: Modern methods of collection and preservation of biological evidence for human identification by DNA analysis (http://www.oglethorpe.edu/faculty/~k_aufderheide/Forensic_Science/Web_Documents/Catalin_Andrei_Mitrasca.pdf) 2004 [Acedido em 3 de Março de 2010]
9. TEJEDOR M, AMADOR J: La recogida y envío de muestras al laboratorio con fines de identificación genética (http://www.cej.justicia.es/pdf/publicaciones/medicos_forenses/MEDI27.pdf) 2004 [Acedido em 3 de Março de 2010]
10. BUTTLER J: Sample collection, DNA extraction and DNA quantitation. in Forensic DNA typing. Biology, Technology, and Genetics of STR Markers, Buttler J (Ed), 2ª ed, Elsevier NY 2005;pp33-63
11. CDC – Centres for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Sexual assault and STD. MMWR: 2006;55(No. RR-11):80-100
12. CGSTI – Canadian Guidelines on Sexual Transmitted Infections: Sexual abuse in peripubertal and prepubertal children (<http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/index-eng.php>). Public Health Agency of Canada. Ontario 2008. [Acedido em 3 de Março de 2010]
13. HOLMES KK, SPARLING PF, STAMM WE (Eds). et al: Sexually Transmitted diseases. 4ª ed, McGraw-Hill NY 2008