

# **Abordagem médica e forense de alegadas vítimas de crime sexual na Europa e América Latina**

**Patrícia Margarida Melo Ribeiro**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Ciências e Técnicas Laboratoriais  
Forenses**

**Gandra, 19 de outubro de 2020**

**Patrícia Margarida Melo Ribeiro**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Ciências e Técnicas Laboratoriais Forenses**

# **Abordagem médica e forense de alegadas vítimas de crime sexual na Europa e América Latina**

**Trabalho realizado sob a Orientação de Teresa Maria Salgado de Magalhães e  
Coorientação de Maria João Alves**

“Na minha vida há sempre um silêncio morto

Uma parte de mim que não se pode

Nem desligar nem partir nem regressar

Aonde as coisas eram uma intimamente

Como no seio morno de uma noite”

Sophia de Mello Breyner Andersen – No tempo dividido

## **Declaração de Integridade**

Eu, Patrícia Margarida Melo Ribeiro, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

# Agradecimentos

Tive a sorte e o privilégio de poder trabalhar com esta equipa extraordinária e de poder prosseguir numa linha de investigação já anteriormente iniciada no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina do Porto.

Não teria sido possível realizar este trabalho sem a colaboração de várias pessoas que se disponibilizaram para responder ao questionário. Queria agradecer a todas as pessoas que direta ou indiretamente me apoiaram ao longo da elaboração da dissertação, em particular:

Ao Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte - CespU, nomeadamente a organização do Mestrado que foi imprescindível para o desenvolvimento do meu trabalho e que permitiu um crescimento enquanto profissional.

À Professora Doutora Teresa Magalhães, por ter aceite orientar esta dissertação, por todo o apoio e disponibilidade na elaboração da mesma, pela partilha de conhecimentos, sugestões e críticas que me fizeram crescer em termos pessoais e profissionais.

À Mestre Maria João Alves, por ter aceite ser coorientadora, por me apoiar e disponibilizar todo o tempo necessário, pelo contributo e pela motivação incutida ao longo do trabalho.

Ao Professor Doutor Ricardo Dinis Oliveira, coordenador do Curso de Mestrado em Ciências e Técnicas Laboratoriais Forenses, pela excelente formação que me proporcionou ao longo do curso.

Ao meu irmão pelo apoio incondicional, por ser o meu porto seguro e por estar sempre do meu lado em todos os momentos e decisões da minha vida.

Aos meus pais por serem uma fonte de apoio incondicional, por acreditarem sempre que sou capaz, por acreditarem sempre no meu sucesso, pelo reconhecimento, pela confiança e incentivo.

Ao Heitor pelo amor e carinho, por sempre ter acreditado em mim, pela força que me deu e por me ter ajudado a ultrapassar qualquer obstáculo.

Ao meu avô, que mesmo não estando entre nós, está sempre comigo. Estejas onde estiveres sei que estás orgulhoso e que nunca desistes de mim. Ensinaste-me a lutar pelos meus sonhos e a compreender que com esforço e dedicação tudo se consegue. Às vezes tenho saudades tuas, mas lembro-me que: “A estrela mais brilhante, brilha na noite mais escura”.

À minha amiga Nádia que sempre me incentivou e motivou para a realização da mesma. Por me ter acompanhado nos bons e maus momentos, tornando a conclusão desta etapa mais simples.

Aos meus amigos, pelo carinho e palavras de conforto.

Obrigada por terem embarcado comigo nesta viagem que tanto me enriqueceu como pessoa e profissional. Obrigada.

## Resumo

**Introdução:** O crime sexual acontece, frequentemente, associado a outros tipos de violência, como a emocional e física, e ocorre muitas vezes em ambiente familiar, tendo sempre consequências nefastas para a saúde, bem-estar e dignidade da vítima, entre outros prejuízos em termos de direitos humanos. Neste sentido, a segurança da prova médico-legal é fundamental para a boa administração da justiça.

**Objetivos:** O presente estudo pretende analisar as formas de atuação dos profissionais nesta matéria e a respetiva concordância com as normas internacionais, bem como pesquisar possíveis diferenças entre as mesmas, em diferentes países.

**Material e métodos:** Foi usado um questionário *online*, inspirado nos procedimentos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no que respeita ao atendimento e exame a vítimas de agressão sexual. Este foi enviado por email, na plataforma *Google Forms*, em três idiomas (Português, Espanhol e Inglês), para Serviços de Medicina Legal, Universidades e Hospitais de países Europeus e da América Latina, após pesquisa *online*.

**Resultados e Discussão:** Os resultados demonstram que não existe uma efetiva harmonização dos vários procedimentos entre os diversos países estudados e que muitos ainda carecem de protocolos para este tipo de atividade. Estes aspetos revelam-se fundamentais para a qualidade da perícia e validade dos seus resultados, enquanto meio de prova, pelo que um trabalho de harmonização de protocolos nesta matéria, constituiria um enorme avanço na abordagem e exame médico-legal das vítimas deste tipo de crime.

**Conclusão:** Face à falta de práticas padronizadas para avaliação médico-legal de vítimas de crimes sexuais, espera-se que este trabalho contribua para demonstrar a importância do acompanhamento das diretrizes internacionais, designadamente da OMS, para boas práticas médico-legais neste domínio.

**Palavras-chave:** Agressão sexual; Exame médico-legal; Vítimas; Europa; América Latina

## Abstract

**Introduction:** Sexual crime is frequently associated with other types of violence, including emotional and physical behaviors, which often occurs in family context. This type of crime has always harmful consequences for the health, well-being and dignity of the victim, among other losses in terms of human rights. In this context, the security of medico-legal evidence is fundamental for the proper administration of justice.

**Objectives:** This study aims to analyze the different ways of action of health professionals in this area and the agreement of their procedures with international guidelines. Moreover, we also study the differences between their procedures in different countries.

**Materials and methods:** An online questionnaire was carried out, based on the WHO guidelines for medico-legal care for victims of sexual crimes. This was developed on Google Forms platform in three languages (Portuguese, Spanish and English). After an online survey, the questionnaire was sent by email to Institutes of Legal Medicine, Universities and Hospitals in European countries and Latin America.

**Results and Discussion:** The results show no harmonization of the various procedures between the different countries and many of the studied entities still lack protocols for this type of activity. These aspects are fundamental for the quality of the expertise and the validity of results as evidence. Therefore, a standardization of protocols used in this field would constitute a huge advance in the approach and medico-legal examination of the victims of sexual crimes.

**Conclusion:** Facing the lack of standard practices for medical-legal evaluation towards victims of sexual crimes, we expect that data contribute to elucidate the importance of the follow-up of international guidelines, namely from WHO, for a good medico-legal practices in this field.

**Keywords:** Sexual assault; Forensic examination; Victims; Europe; Latin America

# Índice Geral

Agradecimentos.....	iii
Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tabelas .....	x
Acrónimos.....	xi
1. Introdução .....	1
1.1. Crime sexual.....	1
1.1.1 Tipos .....	4
1.1.2. Distribuição e Prevalência .....	5
1.1.3. Fatores de risco .....	5
1.1.4. Indicadores .....	6
1.1.5. Consequências para a saúde .....	8
1.2. Abordagem médica e forense do crime sexual .....	9
1.2.1. Serviços forenses.....	9
1.2.1.1. <i>Timing</i> de atuação .....	9
1.2.1.2. Recolha de vestígios forenses .....	10
1.2.1.3. Serviços prestados .....	11
1.2.2. Acompanhamento à vítima de crime sexual.....	12
2. Objetivos .....	13
3. Material e Métodos.....	14
4. Resultados e Discussão .....	16

4.1.	Caracterização dos respondentes .....	16
4.2.	Caracterização das vítimas, tipos de casos e condições para a realização do exame. ....	17
4.3.	Intervalo de tempo entre a alegada agressão e o exame médico .....	20
4.4.	Entrevista forense .....	22
4.5.	Exame médico-forense e colheita de vestígios.....	24
4.6.	Fotodocumentação e registo de vídeo .....	25
4.7.	Exame com colposcópio .....	25
4.8.	Análise toxicológica .....	26
4.9.	Análises microbiológicas .....	27
4.10.	Cadeia de custódia e modelo de relatório forense .....	28
5.	Conclusões.....	29
6.	Limitações do estudo e perspectivas futuras .....	31
7.	Referências Bibliográficas .....	32
8.	Anexos .....	41

# Índice de Figuras

Figura 1.....2

Figura 2.....3

# Índice de Tabelas

Tabela 1.....	17
Tabela 2.....	20
Tabela 3.....	21
Tabela 4.....	23
Tabela 5.....	24
Tabela 6.....	26
Tabela 7.....	27
Tabela 8.....	28

# Acrónimos

DGS - Direção-Geral de Saúde

DSTs - Doenças sexualmente transmissíveis

EMF - Exame médico forense

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

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações não-governamentais

SARCs - Centros regionais de referência de agressão sexual

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de urgência

TEPT - Transtorno de stress pós-traumático

# 1. Introdução

## 1.1. Crime sexual

Pode constituir um crime de natureza sexual, “qualquer ato sexual, tentativa de realização de ato sexual, comentário ou avanço sexual indesejado, tráfico ou tentativa de coação contra a sexualidade de um indivíduo, praticados por qualquer indivíduo, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado, à casa e ao trabalho” (OMS, 2014, 2020). Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), a violência sexual é um conceito alargado que inclui um conjunto de interações de natureza sexual não consentida e/ou nas quais a vítima foi coagida por intermédio da manipulação ou estava incapacitada ou era incapaz de fornecer o seu livre consentimento (DGS, 2014). Neste conceito estão incluídos comportamentos específicos como, e de acordo com o Código Penal Português: (a) contacto sexual indesejado, como toque, carícias e beijos forçados; (b) comportamentos sexualmente abusivos que não impliquem o contato físico direto entre a vítima e o agressor, tais como ser exposto a material de natureza pornográfica ou ser obrigado a ouvir comentários de carácter sexual que causem desconforto; (c) ser coagido a adotar uma conduta sexual indesejada, por intermédio de estratégias de manipulação; (d) a penetração física forçada ou coagida da vagina, boca ou ânus, por intermédio da força, ameaça, intimidação ou pelo abuso da autoridade. A tentativa destes atos, mesmo que não consumada, também é uma forma de violência sexual.

Segundo o *Protocolo de Colaboração entre o Ministérios da Saúde, Ministérios da Justiça e Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco*, celebrado em 2011 (DGS, 2011), parte-se do princípio que a intervenção nos crimes sexuais se revela complexa devido à sua necessária interdisciplinaridade. No sistema jurídico Português, o Código do Processo Penal (art.º 158º e 350º, do CPP) e a Lei das Perícias Médico-Legais (Lei 45/2004, de 19 de agosto), prevêem que as perícias médicas nestes casos são urgentes e da responsabilidade de médicos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF).

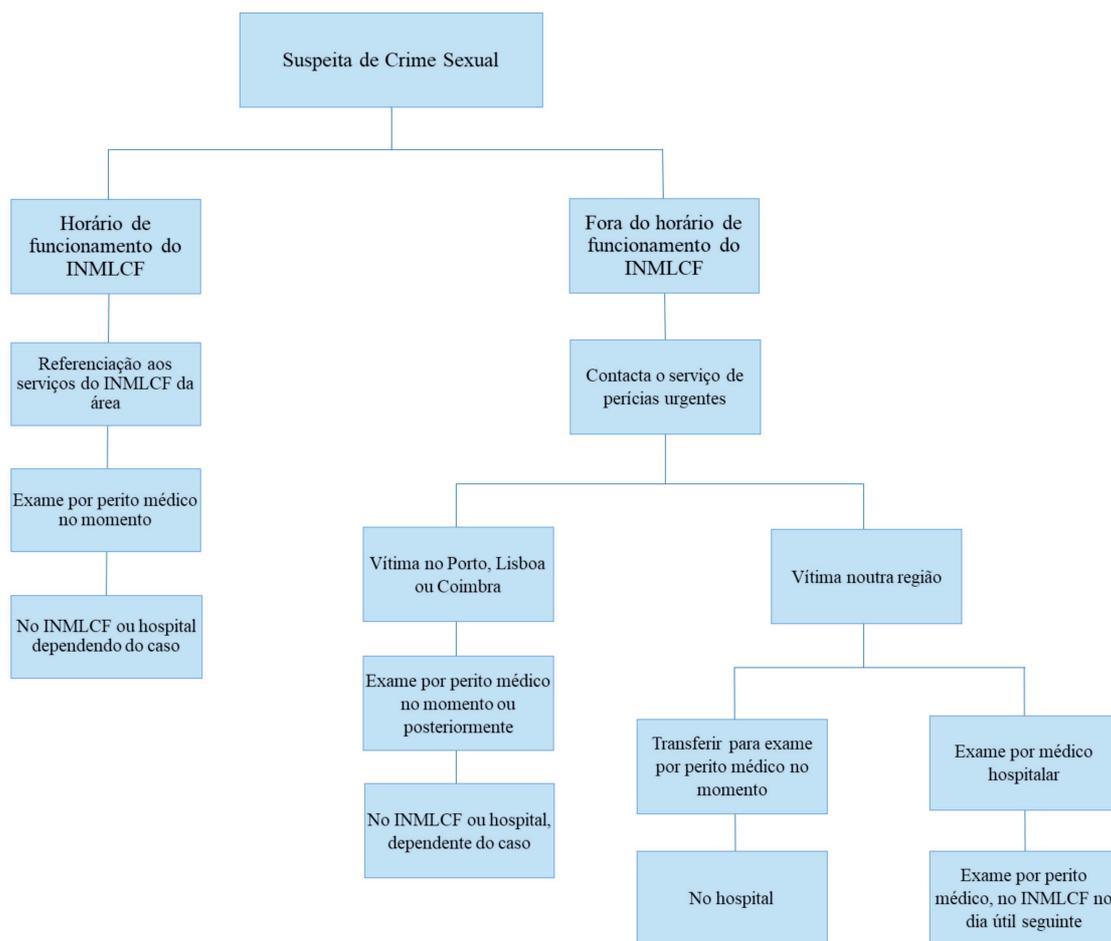


Figura 1. Organograma do INMLCF adaptado (Magalhães & Vieira 2012).

Para dar resposta a estes casos, foi criado um serviço de perícias urgentes, que trabalha 24 sobre 24 horas, todos os dias da semana, mas que só presta serviço nas áreas do grande Porto, Coimbra e Lisboa (Magalhães, Corte-Real, Costa Santos, & Vieira, 2010). No restante território, os exames urgentes, fora do horário normal de funcionamento do INMLCF, designadamente para colheita de vestígios, são realizados por médicos dos serviços de urgência dos hospitais públicos, nos locais a que as vítimas podem recorrer diretamente ou serem encaminhadas pela polícia (Figura 1). Nestes casos, se se tratar de um caso recente, em que seja previsível existirem vestígios físicos e biológicos, dada a urgência da situação, os médicos do serviço de urgência podem proceder à colheita de eventuais vestígios, após uma avaliação física. Essa avaliação física é, contudo, repetida posteriormente, por perito do INMLCF, para realização de relatório pericial a enviar ao Ministério Público. Para o laboratório de Genética e Biologia Forenses do INMLCF, são

enviadas as amostras colhidas a nível hospitalar (Figura 2). Nesse sentido, e no caso das crianças, para evitar a repetição de exames e assegurar a qualidade da perícia, o referido protocolo prevê a transferência da criança para um hospital servido pelos serviços de perícias urgentes.

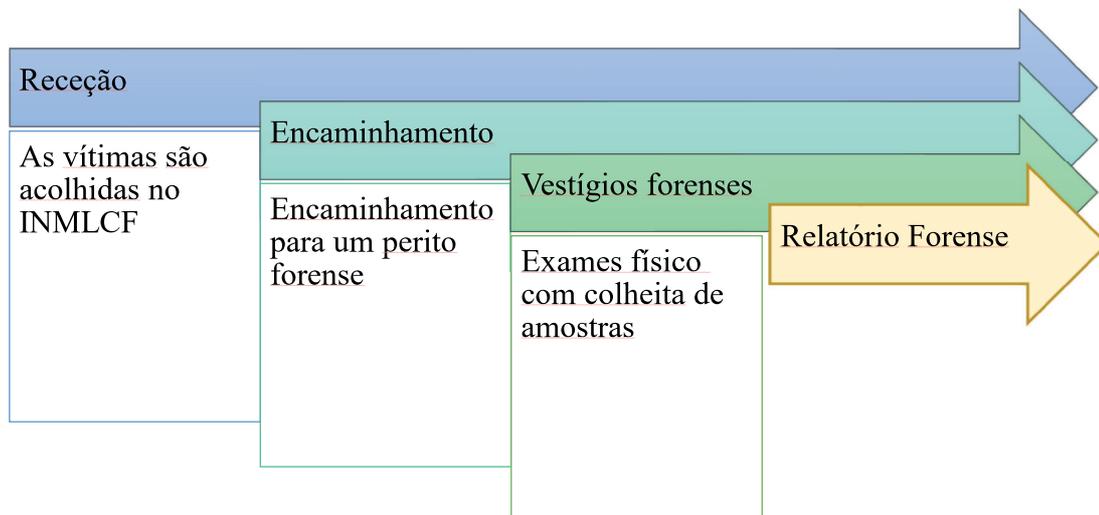


Figura 2. Processo de encaminhamento da vítima de alegado crime sexual.

No que diz respeito à natureza dos crimes sexuais, em Portugal, estes podem dividir-se em crimes públicos e semipúblicos (Simas Santos & Leal-Henriques, 2020). Nos crimes públicos, como é o caso dos crimes contra crianças, em geral, basta a sua notícia pelas autoridades judiciárias ou policiais, bem como a denúncia facultativa de qualquer pessoa e o processo ocorre mesmo contra a vontade do titular dos interesses ofendidos. No caso de crime semipúblico, geralmente contra adultos e, em algumas situações específicas, crianças (nunca antes dos 14 anos de idade da vítima), é necessária queixa da pessoa com legitimidade para a exercer (por norma o ofendido ou seu representante legal). Neste caso, as entidades policiais e funcionários públicos são obrigados a denunciar esses crimes, pelo que o titular do direito da queixa pode desistir deste procedimento.

A complexidade dos crimes sexuais, na sua vertente da saúde, justiça, proteção e serviço social, é enorme e implica uma articulação séria e de qualidade entre os profissionais envolvidos dado que, efetivamente, estamos perante um problema cuja intervenção é

multidisciplinar. Importa, por isso, refletir sobre cada vertente dessa intervenção para aferir onde é que o sistema pode ter falhas que mereçam ser corrigidas.

### 1.1.1 Tipos

A Lei Portuguesa prevê a punição de diferentes tipologias de crime sexual, de acordo com o Código Penal (CP), considerando a idade da vítima e, conseqüentemente, da sua capacidade de se autodeterminar com base no conhecimento detido: (a) os crimes contra a liberdade sexual; (b) os crimes contra a autodeterminação sexual. Os primeiros incluem, por exemplo, a coação sexual (art. 163º do CP) referente a atos sexuais de relevo praticados contra a vontade de outrem por intermédio de violência e/ou autoridade e a violação (art. 164º do CP) que inclui à prática de cópula, coito anal, oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, nas mesmas condições referidas no artigo anterior. Relativamente aos crimes contra a autodeterminação sexual, incluem: o abuso sexual de crianças (art. 171º), que visa proteger crianças menores de 14 anos de atos que prejudiquem o seu direito à autodeterminação sexual, como abordar a vítima por meio de conversa, escrito, espetáculo ou objeto pornográficos; o abuso sexual de menores dependentes (art. 172º) aplicável ao caso de vítimas com 14 a 18 anos confiadas ao agressor para educação ou assistência; os atos sexuais com adolescentes (art. 173º) relativos a abuso de vítima com idade entre 14 e 16 anos, sendo esta incapaz de dar consentimento esclarecido sobre as mesmas e as suas conseqüências (Alves, 2018).

Um dos locais de ocorrência mais comuns deste tipo de crime é a residência da vítima, no entanto, também há registo de ocorrência no local de trabalho, em escolas e na via pública (OMS, 2003). Neste tipo de casos, é importante saber que tipo de agressor sexual pode estar implicado, o seu estatuto social, grau de educação, perspectiva religiosa, situações de guerra em que possa ter estado envolvido, consumos de droga e de álcool, e até mesmo a sua informação genética (Calley, 2007; dos Reis, Cavalcante, & Valente, 2019; Kewley, Beech, & Harkins, 2015; Kruger et al., 2019; Langevin, Proulx, & Lacourse, 2017).

### 1.1.2. Distribuição e Prevalência

De acordo com *Our World in Data*, uma publicação digital da Universidade de Oxford, os continentes Africano e Asiático são os que apresentam maior incidência de crimes sexuais. Em 2014, o *World Bank Gender Statistics* divulgou que a taxa de violência física ou sexual por um parceiro íntimo contra mulheres em África atinge os 43.6 % na Guiné Equatorial, sendo elevada noutros países como a Tanzânia (36.8 %), o Uganda (34.6%) e Camarões (32.6%) (UNSD, 2014). No continente Asiático, atingem os 50.7% no Bangladesh (UNSD, 2014). As estatísticas da UNICEF revelam que, segundo relatos de relações sexuais forçadas na infância, há países com uma elevada prevalência deste fenómeno, como é o caso dos Camarões (16%) (UNICEF, 2017).

Na Europa, a *Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia* (FRA) estima que 5% das mulheres europeias terá sido violada em idade igual ou superior a 15 anos (FRA, 2014) ao passo que, na América Latina e Caraíbas, esta taxa pode ascender aos 15% (Bott, Guedes, Goodwin, & Mendoza, 2012). Nos EUA, contudo, 19.3% das mulheres admitem ter sofrido uma violação ao longo da sua vida (Breiding, 2015) sendo que um estudo conduzido em serviços de urgência revelou que a maioria das vítimas de crime sexual são mulheres. Excetua-se a faixa etária inferior a 9 anos de idade, com uma prevalência de 54.1% das vítimas do sexo masculino (Loder & Robinson, 2020). Os adolescentes são outro grupo vulnerável a abusos sexuais (Trotman, Young-Anderson, & Deye, 2016) particularmente se do sexo feminino, em que 23% reportam ter experienciado contacto sexual indesejado enquanto sob influência de drogas ou álcool (Wallace, 2015). No caso de adolescentes transgénero, a taxa de perpetração é de 26.7% (Rosenberg, 2019).

### 1.1.3. Fatores de risco

Os fatores de risco associados à predominância do crime sexual estão relacionados com atitudes, comportamentos, crenças enquanto outros estão enraizados no meio familiar e social (Tharp et al., 2013; Zinzow & Thompson, 2015). Estes fatores não influenciam só a probabilidade de crime sexual, mas também a reação a este. Existem indivíduos que estão mais vulneráveis devido aos seguintes fatores: (a) problemas de drogas ou álcool;

(b) história de abuso sexual; (c) envolvimento em atividades de prostituição; (d) vivência de violência nas relações de intimidade; (e) mulheres sem uma relação de intimidade conhecida; (f) institucionalização, no caso de crianças e jovens; (g) deficiência intelectual e física.

#### 1.1.4. Indicadores

O diagnóstico de casos de crimes sexuais é complexo e os vestígios biológicos são frequentemente escassos (Gentile Long, Whitman-Barr, Kurland, & Shute, 2019; Ramos González et al., 2019), sendo os indicadores psicológicos os que apresentam mais desafios como meios de prova.

Os profissionais de saúde, aquando da avaliação de vítimas de crime sexual, têm de considerar os seguintes indicadores de carácter sexual: (a) lesões: que podem ocorrer a partir de carícias sexualmente perceptíveis, penetração de uma ou mais cavidades corporais, que vão depender do tipo de agressão física, da idade da vítima e do intervalo de tempo entre a agressão e o exame médico-legal; (b) vestígios biológicos (cabelos, pelos, saliva, sangue, esperma): estes são valorizados enquanto prova de contacto sexual e pode permitir a identificação do agressor; (c) vestígios físicos (lubrificantes, terra, folhagem, fibras): para dar referências sobre o local onde a agressão aconteceu; (d) infeções sexualmente transmissíveis (IST): certas infeções consistem num precioso indicador de crime sexual, sendo distinta a valoração se estivermos perante crianças pré-púberes, pós-púberes ou adultos. As infeções mais frequentes têm na sua constituição os seguintes agentes, em sentido descendente (Jauréguy, Chariot, Vessières, & Picard, 2016; Magalhães, Jardim, & Rodrigues, 2019; Magalhães, 2019): (a) *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, e *Treponema pallidum*; (b) Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); (c) *Trichomonas vaginalis*; (d) Vírus do Papiloma Humano, Vírus Herpes simplex; (e) Infeção polimicrobiana (anaeróbios, *Gardnerella vaginalis*, outras bactérias Gram negativas que condicionam a vaginose bacteriana; (f) *Mycoplasma* genitais (*Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma*); (g) gravidez.

Os indicadores psicológicos incluem:

1. Em crianças:
  - a. distúrbios funcionais: dores abdominais sem motivo aparente, incontinência urinária e fecal, anorexia e bulimia;
  - b. excessiva obediência aos adultos;
  - c. relacionamento pobre com outras crianças;
  - d. comportamentos que colidem com normas sociais acerca da sexualidade: comportamentos inapropriados para a idade, assim como um conhecimento desadequado sobre a sexualidade e masturbação compulsiva;
  - e. comportamentos agressivos.
2. Em adolescentes:
  - a. perturbação a nível da sexualidade, como masturbação em frente dos outros, abuso sexual de crianças mais pequenas;
  - b. comportamentos excêntricos: e.g. urinar a cama para evitar o contacto com o agressor, vestir roupa de dia para dormir ou roupa demasiado larga, recusa em despir-se nos balneários ou tomar banho;
  - c. perturbações psicológicas: depressão, mutilação e comportamentos suicidas;
  - d. comportamentos desviantes: drogas, álcool e prostituição.

A escassez dos vestígios biológicos pode ser explicada pelos seguintes motivos: (a) destruição dos vestígios pela própria vítima ou agressores; (b) demora na denúncia: o exame médico-legal realizado em tempo superior a 72 horas pode inviabilizar a colheita de material biológico útil; (c) este tipo de crime pode não deixar evidências dado que alguns comportamentos sexualmente abusivos não são fisicamente intrusivos, podendo a ejaculação acontecer fora das cavidades ou com o uso do preservativo; no casos dos adolescentes e adultos, não causa necessariamente lesões, devido a elasticidade dos tecidos ou ao uso de lubrificantes (Gentile Long et al., 2019; Magalhães et al., 2019; Ramos González et al., 2019). Releva-se aqui que apesar de não existirem lesões ou vestígios, tal não significa a exclusão da eventualidade de ter ocorrido crime sexual (Magalhães, 2019).

#### 1.1.5. Consequências para a saúde

As agressões sexuais têm várias consequências para a saúde, tanto físicas como psicológicas, a curto ou a longo prazo (Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013; Oram, 2019; Sanz-Barbero, Barón, & Vives-Cases, 2019; Stockman, Hayashi, & Campbell, 2015). Desta forma, as consequências físicas podem incluir ISTs, lesões e gravidez indesejada (Long & Butler, 2018; Teixeira, Taquette, & Monteiro, 2019). As ISTs são frequentes em vítimas de agressão sexual (Drezett et al., 2012) e dependem de vários fatores, tais como a frequência, a existência de lesões genitais concomitantes e carga viral do agressor (Seña et al., 2015; Teixeira et al., 2019; van Rooijen, Schim van der Loeff, van Kempen, & de Vries, 2018). Quanto às lesões genitais em mulheres, estas são mais prováveis de serem observadas nos pequenos lábios, o hímen e/ou a fossa navicular (Magalhães et al., 2019). As mais comuns incluem: (a) equimoses; (b) vermelhidão e inchaço; (c) abrasões. As lesões físicas não genitais geralmente incluem: (a) lacerações; (b) contusões; (c) marcas de ligaduras nos pulsos, tornozelos e pescoço; (d) lesões figuradas (e.g. marcas de mordida, marcas de cinto, marcas de dedo e impressões de mãos); (e) trauma anal ou retal.

As consequências psicológicas variam de pessoa para pessoa e podem apresentar-se sob a forma de depressão, ansiedade, ideação suicida e perturbação de stress pós-traumático (Bounds, Edinburgh, Fogg, & Saeywc, 2019; Oram, 2019). No caso de abuso sexual, a perturbação de stress pós-traumático tem sido considerado o mais recorrente em mulheres (Acosta, 2002). Este tipo de transtorno está associado a eventos extremos resultantes em lesões físicas como lacerações, fraturas, mutilação genital, doenças sexualmente transmissíveis (Seña et al., 2015), gravidez indesejada ou patológica (Murphy, Schei, Myhr, & Du Mont, 2001), depressão (Wise et al. 2001), distúrbios alimentares (Goodwin, Hoven, Murison, & Hotopf, 2003), comportamentos parasuicidários (Alix, Cossette, Hébert, Cyr, & Frappier, 2017) distúrbios genitourinários e sexuais (Velia et al., 2015), e perturbação de stress pós-traumático (Gauthier-Duchesne, Hébert, & Daspe, 2017; Jonas et al., 2011).

## 1.2. Abordagem médica e forense do crime sexual

A violência sexual é um problema de saúde pública que afeta os indivíduos de todas as faixas etárias, independentemente do sexo e do estrato socioeconómico. A prioridade, ao cuidar das vítimas de crimes sexuais, deve sempre prender-se com a garantia do seu bem-estar e saúde. A prestação de serviços médico-legais, de avaliação e de tratamento no caso de gravidez e ISTs são, também, cuidados urgentes aquando o tratamento da vítima. Devem, ainda, ser oferecidos serviços suplementares que minimizem os danos físicos e psicológicos sofridos, entendimento que os estudos científicos e documentos técnicos vem defendendo como universais.

Contudo, a abordagem médica e forense nos diferentes países pode estar organizada de formas distintas, tendo em conta as diferentes redações legais subjacentes, estando sob diferentes tutelas e sendo posta em prática por diferentes profissionais em diferentes locais. A variabilidade de procedimentos pode revelar-se arriscada ou mesmo ineficaz, podendo ainda colocar as vítimas em situações de desconforto, o que contribui para a vitimização secundária.

### 1.2.1. Serviços forenses

#### 1.2.1.1. *Timing* de atuação

A colheita de amostras pode capturar evidências científicas e deve ser realizada o mais precocemente possível (Campbell, Covey, Salvatore, MacCabe, & Pressler, 2011). Um atraso no acesso aos serviços pode resultar numa perda de material biológico (sangue e sémen), pode ocorrer alterações nas evidências físicas (cicatrização de lesões) e pode haver perda de oportunidades terapêuticas (contraceção de emergência). Por estas e outras razões, a intervenção deve ser executada o mais rapidamente possível. O processamento das evidências biológicas deve seguir uma sequência rigorosa: secagem, embalagem, rotulagem e selagem (Magalhães, 2019). É imprescindível secar os vestígios húmidos à temperatura ambiente, num ambiente limpo, estéril e rápido, de forma a que evite a contaminação. Se os vestígios forem secos, utilizam-se recipientes de papel em vez de plástico, porque os recipientes de plástico retêm humidade e promovem a

degradação dos vestígios biológicos. Os procedimentos adequados de secagem e embalagem são fundamentais para evitar o crescimento de fungos e bactérias que podem destruir uma amostra probatória.

#### 1.2.1.2. Recolha de vestígios forenses

Uma recolha eficiente de vestígios forenses nas vítimas de agressão sexual está dependente dos procedimentos na sequência de seleção e recolha dos indícios (Cross et al., 2020; Lincoln, 2018). A recolha desses vestígios, assim como as técnicas utilizadas no exame físico vão depender de uma série de fatores, tais como: (a) sexo e idade da vítima; (b) tipo de contacto sexual entre a vítima e o alegado agressor; (c) tempo decorrido entre o contacto sexual e o exame médico forense (EMF). Perante este tipo de crime devem ser tomadas todas as diligências no sentido de serem preservados todos os vestígios na vítima e indícios suscetíveis como meio de prova de crime sexual e desta forma é imprescindível a identificação do agressor.

O material e as técnicas utilizadas para estas colheitas, dependem do tipo de vestígio e do tipo de material onde se encontram depositados. Desta forma, os fluidos biológicos são colhidos através de zaragoas, enquanto que outros tipos de vestígios são recolhidos recorrendo a outras técnicas.

Edmond Locard, na teoria do “Princípio das trocas”, refere que entre o autor do crime, vítima e local verifica-se sempre troca de elementos. Tal princípio aplica-se mormente no caso das agressões sexuais explicando que o contacto entre o agressor e a vítima deixará sempre vestígios na cena do crime. Desta forma, no caso de uma eventual alegada agressão sexual, deve-se proteger e isolar de forma imediata a cena da alegada agressão, de forma a assegurar a colheita de vestígios presentes (Acosta, 2002; Horswell, 2004).

### 1.2.1.3. Serviços prestados

Os profissionais de saúde devem prestar assistência médica às vítimas de crime sexual, atuando de forma articulada, tendo como objetivo a proteção da vítima e o melhor interesse da mesma. Estes profissionais devem ter formação especializada de forma a dar a adequada assistência às vítimas, minimizando a vitimização secundária (Magalhães, Jardim, & Rodrigues, 2013).

A intervenção pode variar consoante: (a) o contexto (intra ou extrafamiliar), a sua frequência e tipo dessa atividade. Quando o crime é divulgado e a vítima é submetida a um exame médico-legal até 72 horas após o crime, considera-se um crime agudo, com a oportunidade de colheita de vestígios biológicos. Nos casos de crime sexual no seio intrafamiliar, é imperativo a aplicação de medidas que garantam a proteção da vítima de forma a evitar repetições; (b) idade da vítima determina frequentemente se estamos perante um crime público ou semipúblico e, desta forma, a autenticidade da intervenção médico-legal sem existir uma denúncia formal preexistente por parte da vítima ou representante legal é comprometida (Magalhães et al., 2019).

A intervenção dos profissionais de saúde pode comportar o risco de contaminação do relato, o que deve ser acautelado através do recurso a estratégias específicas. Estas estratégias devem ter em conta a sugestionabilidade face ao entrevistador, especialmente presente em crianças. Trata-se aqui de prevenir o viés introduzido pelo entrevistador, sempre que este interage, de forma verbal ou não verbal, com uma testemunha ou vítimas no âmbito de uma entrevista de carácter forense. Sabe-se que se este transmitir nas suas perguntas as suas próprias convicções, poderá obter uma mera confirmação das mesmas. Tal pode dever-se à pressão para dar uma resposta ou à imaturidade, aspetos que, aliados ao stress naturalmente introduzido por uma inquirição, podem produzir respostas que não refletem inteiramente ou sequer em parte a verdade (Peixoto, Ribeiro, & Alberto 2013).

### 1.2.2. Acompanhamento à vítima de crime sexual

O ideal é que os serviços de saúde prestados às vítimas de crimes sexuais se articulem com os serviços sociais, centros de crise, organizações não-governamentais (ONGs) e instâncias legais de forma a garantir que as necessidades complexas das vítimas sejam atendidas e que haja uma continuidade na prestação dos serviços. As vítimas de crimes sexuais requerem um atendimento e serviço multidisciplinar que permita uma resposta eficaz.

Os benefícios de integrar uma equipa de resposta em crise, para um profissional de saúde, incluem permitir que este tenha um papel e incumbências definidos e limitados, melhorando o seu desempenho e a qualidade dos serviços, bem como promovendo o bem-estar e a segurança das vítimas. Um estudo no Canadá, junto de enfermeiros que prestam atendimento clínico direto a vítimas agredidas sexualmente apurou que quase 73.1% dos enfermeiros admitiam ter pouca ou nenhuma experiência em cuidar deste tipo de público além de que 95.7% sente falta de treino específico na área (Du Mont, Kosa, Solomon, & Macdonald, 2019). É fundamental que os enfermeiros nos centros de tratamento da violência tenham uma elevada competência no atendimento a pessoas que foram sexualmente agredidas, uma vez que a falta das mesmas resulta num potencial risco em termos de cuidados de saúde (Dewey, 2008; McPhail, Rountree-James, & Whetter, 2016; Shaffer, 2005).

Desde a Convenção de Istambul, que surgiu com a finalidade de vincular Estados-Membros da União Europeia no sentido de eliminar a violência contra as mulheres e a violência doméstica, 47 países já assinaram um tratado para prevenir e combater o crime sexual (CE, 2020). Alguns países criaram centros específicos de atendimento nos seus sistemas de saúde, por exemplo, os “Centra voor Seksueel Geweld” na Holanda (Draucker, 2002), as Unidades de Tratamento de Agressão Sexual na Irlanda (Spataro, Moss, & Wells, 2001), as Equipas de Resposta a Agressão Sexual (Campbell, 2001) nos Estados Unidos e os Centros para Vítimas de abuso na Dinamarca e Suécia (Heger, Emans, & Muram, 2000).

## 2. Objetivos

O objetivo principal do presente estudo é analisar os procedimentos das entidades com competências médico-legais e forenses da Europa e da América Latina, junto de vítimas de agressão sexual.

Deste modo, os objetivos específicos são avaliar a concordância destas práticas com as guidelines internacionais, particularmente as recomendações da OMS, analisando: (a) caracterização das vítimas, profissionais e condições para a realização do exame; (b) requisição do exame médico-legal aos profissionais que o realizam; (c) termo de consentimento; (d) intervalo de tempo entre a alegada agressão e o exame médico; (e) atendimento e encaminhamento das vítimas; (f) entrevista forense e respetivos protocolo; (g) exame médico-forense, colheita de vestígios e respetivo protocolo; (h) fotodocumentação e registo de vídeo; (i) utilização do colposcópico no exame físico; (j) análise toxicológica; (k) estudos microbiológicos; (l) cadeia de custódia.

### 3. Material e Métodos

Usou-se um questionário especificamente elaborado para o efeito, inspirado nas recomendações da OMS relativamente ao atendimento das vítimas de agressão sexual (OMS, 2003). O questionário incluía 30 questões (Anexo 1), divididas nas seguintes secções: (a) requisições judiciais (modelo de requisição de exames, profissionais responsáveis pela consentimento dos mesmos, requisição de ordem legal para a sua realização, necessidade de consentimento informado, implementação de protocolos para a realização do exame-médico legal, entrevista forense, ou para a execução da história forense e documentação necessária); (b) procedimentos médico-laboratoriais (profissionais de saúde responsáveis pela recolha de vestígios e realização do exame, tempo entre a agressão e o exame, uso de kits, tipos de vestígios analisados e abordagem para a sua colheita); (c) questões logísticas (horários de atendimento destes casos nas diferentes instituições); (d) informação adicional acerca das vítimas (faixa etária e sexo mais comuns no atendimento, e estado das vítimas à data do exame).

O questionário foi disponibilizado online na plataforma *Google Forms* em três idiomas, Português, Espanhol e Inglês. O primeiro foi disponibilizado junto de entidades em Portugal e Brasil, o segundo em países de expressão espanhola e o último foi enviado para toda a Europa (exceto Espanha e Portugal). Este questionário foi disponibilizado assegurando os princípios da Declaração de Helsínquia referentes ao consentimento informado para participação no estudo, às garantias de confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos providenciando-se informação acerca do estudo propriamente dito.

Procedeu-se a uma pesquisa das entidades com competências neste tipo de atendimento no espaço Europeu e na América Latina. Por se desconhecer a realidade da América Latina, considerou-se o envio para centros de atendimento centrais, regionais e locais de saúde sendo que, em alguns casos, foi-nos reportado que este tipo de atendimento não era executado nestas instituições. No caso dos países europeus, o envio foi feito para Hospitais, Institutos de Medicina Legal e Universidades. Foram efetuados 384 contactos por correio eletrónico disponibilizando o link junto das diversas

instituições previamente referidas tendo-se obtido uma taxa de resposta de 18%. Foram ainda recebidas, por ter havido partilha do link, 3 respostas da Austrália e 1 do Rwanda mas foram excluídas do estudo, por estarem fora do âmbito geográfico proposto.

O resultado das respostas obtidas foi retirado do *Google Forms* e inserido no SPSS versão 25.0 e foi feita uma análise de frequências para todas as variáveis além do uso do Qui-quadrado de Pearson nas comparações e verificação de independência de variáveis categóricas.

## 4. Resultados e Discussão

### 4.1. Caracterização dos respondentes

As respostas recebidas ao inquérito realizado representam 25 países, sendo 22 da Europa. Do total de respostas, a maioria (n=54; 83.1%) é oriunda de países europeus, do quais Espanha (n=7; 13.0%), Alemanha (n=5; 9.3%), Bélgica(n=5; 9.3%), Dinamarca (n=5; 9.3%), Itália (n=4; 7.4%), Hungria (n=3; 5.6%), Polónia (n=3; 5.6%), Suíça (n=3; 5.6%), Áustria (n=2; 3.7%), Bulgária (n=2; 3.7%), Estónia (n=2; 3.7%), Grécia (n=2; 3.7%), Lituânia (n=2; 3.7%), enviaram mais do que uma resposta, enquanto Luxemburgo, Macedónia, Malta, Países Baixos, Portugal, Reino Unido e Roménia apenas enviaram uma (n=1, 1.9%). Dos 16.9% respondentes da América Latina, constam o Brasil (n=8; 72.7%), El Salvador (n=2; 18.2%) e Colômbia (n=1; 9.1%) (Tabela 1).

Relativamente ao tipo de instituição respondente, foram recebidas respostas de universidades (46.2%), serviços de medicina legal (36.9%) e hospitais (16.9%) (Tabela 1). O exame médico forense é realizado pelo médico forense em 73.8% das instituições, mas estes também são realizados por ginecologistas/obstetras, enfermeiros e professores universitários, havendo ainda referência a chefes de departamento de serviços de genética e de saúde pública (Tabela 1).

Optamos por estudar estes dois continentes pois, devido aos laços políticos e de cooperação científica, seria mais expectável encontrar similitudes nos procedimentos em estudo. Isto, apesar de sabermos que os crimes de natureza sexual ocorrem em qualquer comunidade, independente da etnia, sexo, idade, classe social e meio socioeconómico (Coulter et al., 2017; Kalof, 2000; Thompson, McGee, & Mays, 2012; Zerbo et al., 2018), sendo nos países de Terceiro Mundo, como o Afeganistão, Congo, Paquistão e Índia, que se observam os índices mais elevados deste tipo de crimes. Os fatores de risco adiantados pela literatura para estes países passam pelo baixo nível de alfabetização, elevados índices de pobreza e, no caso das mulheres, o facto destas não serem casadas, contrariamente ao observado nos países desenvolvidos (Bohra et al., 2015).

Recorreu-se aos hospitais, além dos institutos de medicina legal e universidades, porque o serviço de urgência hospitalar é uma das principais portas de entrada deste tipo de vítimas, muito especialmente nos casos agudos e extrafamiliares, e muitos hospitais estão protocolados com universidades e serviços médico-legais como acontece, aliás, em Portugal.

Tabela 1. Caracterização dos respondentes (n=65)

		n	%
Instituições (n <sub>total</sub> =65)	Serviços médico-legais	24	36.9
	Hospitais	11	16.9
	Universidades	30	46.2
Respostas/país (n <sub>total</sub> =65)	Brasil	8	12.3
	Espanha	7	10.8
	Alemanha	5	7.7
	Bélgica	5	7.7
	Dinamarca	5	7.7
	Outros	35	53.8
	Profissional que realiza o exame (n <sub>total</sub> =65)*	Médicos forenses	48
Enfermeiros forenses		4	6.2
Médicos e enfermeiros forenses		7	10.8
Médicos sem treino forense		7	10.8
Outros		10	15.4

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem; \*- representa questões onde era possível selecionar mais do que uma opção pelo que a análise destas perguntas foi efetuada individualmente para cada uma das possíveis respostas.

#### 4.2. Caracterização das vítimas, tipos de casos e condições para a realização do exame

Nas entidades analisadas, as vítimas mais frequentemente atendidas são do sexo feminino, na maioria mulheres adultas (81.4%), seguindo-se as adolescentes do sexo feminino (35.6%) e crianças com menos de 13 anos, também do sexo feminino (25.4%) (Tabela 2). Este achado é corroborado por quase todos os estudos na matéria (Breiding et al., 2014; Carey, Durney, Shepardson, & Carey, 2015; Coulter et al., 2017; Loder & Robinson, 2020; OMS, 2013) e pelas estatísticas oficiais (FRA, 2014; Walby et al., 2013). Estes abusos podem ter sido praticados por parceiros íntimos (Du Mont,

Woldeyohannes, Macdonald, Kosa, & Turner, 2017; Lovell et al., 2019), sendo que aproximadamente 30% das mulheres já sofreu de violência física ou sexual por parte do parceiro (OMS, 2014). Segundo a literatura, a taxa de vitimização de indivíduos do sexo masculino é bastante mais reduzida para este tipo de crimes, situando-se entre 0.6% e 10% (Bullock & Beckson, 2011; Elliott, Mok, & Briere, 2004; Mezey & King, 1992; Scarce, 1997). No entanto, suspeita-se que este valor pode estar a ser subestimado, por falta de reconhecimento social do problema, e ausência de reporte do crime (Barbaro, Parkhill, & Nguyen, 2018; Bullock & Beckson, 2011; Hequembourg, Parks, Collins, & Hughes, 2015; Petersson & Plantin, 2019; Stemple & Meyer, 2014). Há estudos que apontam para uma maior incidência de vitimização entre jovens adultos (20-30 anos) (Elliott et al., 2004; OMS, 2014), sendo que no caso dos indivíduos do sexo masculino se encontra, mais frequentemente, mais do que um agressor (Hodge & Canter, 1998).

No presente estudo, 60.9% dos profissionais avaliam tanto casos de agressão sexual mortais como não mortais, enquanto 28.1% avaliam apenas casos não mortais, o que está de acordo com o facto do crime não ser fatal num grande número de casos.

A requisição do exame é maioritariamente feita pela polícia (78.5%), seguindo-se o Juiz (55.4%), o Ministério Público (53.8%), a própria vítima ou representante legal (36.9%), um médico de uma unidade de saúde (27.7%), um técnico dos serviços de proteção de crianças (20.0%) ou outro (13.8%) (Tabela 2).

O presente estudo demonstra que, à semelhança do Reino Unido, tanto na Europa como na América Latina, a realização deste exame é levada a cabo, por norma, por médicos com formação forense. No entanto, acontece ser realizada por médicos sem esta formação e enfermeiros, com ou sem treino específico e, por vezes, em conjunto (Tabela 2). A presença de profissionais de saúde especializados na realização de exame médico forense, é fundamental para realizar a colheita de vestígios e o exame físico segundo as normas da atividade probatória (Davis et al., 2017; Ludes et al., 2018; Sande et al., 2013). Nos Estados Unidos, são enfermeiros especializados em agressão sexual que desempenham essa tarefa (Campbell et al., 2005; Girardin, 2005; Litte, 2001), ao passo que na maior parte dos países estudados são os médicos forenses. No Reino Unido, as vítimas de agressão sexual são encaminhadas para centros de referência de agressão

sexual (SARCs), onde o exame é realizado por um médico forense (Toon & Gurusamy, 2014; UKAFN, 2020).

No presente estudo, verificamos que na Europa e na América Latina, o exame pode ser realizado sem ordem judicial em 45.3% dos casos, havendo instituições onde tal é apenas possível em casos urgentes (15.6%) (Tabela 2). Contudo, verificamos que na Europa, é mais frequente a realização de exame médico-forense sem ordem judicial (49.1%) comparativamente à América Latina (27.3%). No que concerne à realização de exame médico-forense a crianças e jovens, na Europa e na América Latina, é dispensado o consentimento dos progenitores/cuidadores em 33.8% dos casos, sendo que em 1.5% dos casos, apenas é dispensado se a vítima tiver mais de 12 anos e, em 9.2%, se for maior de 15 anos; em 16.9%, ocorre dispensa quando o progenitor/cuidador é considerado suspeito. Em Portugal, quando há suspeita de agressão sexual, pode realizar-se o exame sem ordem prévia ou autorização judiciária ou judicial, dado estarem em causa situações de urgência em que existe a possibilidade de os vestígios se perderem com o tempo. A perícia é preferencialmente feita por peritos do INMLCF, mas se tal não for possível, nos termos da lei, são os médicos do Sistema Nacional de Saúde Português que se encontram num serviço de urgência hospitalar, que realizam esta perícia como, já atrás referido (Magalhães 2007; Magalhães 2011). O atendimento atempado das vítimas de crime sexual (idealmente nas primeiras 24 horas e no máximo até às 72 horas após o contacto sexual) permite não só a prevenção de ISTs como aumenta a probabilidade de se encontrarem vestígios biológicos no corpo da vítima (OMS, 2003; APAV, 2013).

Das respostas obtidas, 46.2% refere a existência de um formulário próprio desenvolvido no respetivo departamento para obtenção do consentimento informado, sendo que 30.8% não dispõe de formulário específico para este fim (Tabela 2). Este facto poderá resultar da aplicação deste consentimento de forma divergente em relação às recomendações internacionais que visam promover o respeito pela vontade da vítima durante todo o processo, nomeadamente, pedindo-lhe permissão para cada procedimento realizado durante a realização do exame físico, de modo a respeitar o seu pudor e mantê-la informada de tudo o que lhe acontece (Magalhães et al., 2019).

Tabela 2. Caracterização das vítimas, tipos de casos e condições para a realização do exame.

		n	%
Grupo etário das vítimas (n <sub>total</sub> =65)*	Adultas do sexo feminino	53	81.4
	Jovens adolescentes do sexo feminino	23	35.6
	Meninas com menos de 13 anos de idade	17	25.4
	Meninos com menos de 13 anos de idade	10	14.8
	Jovens adolescentes do sexo masculino	3	5.1
	Adultas do sexo masculino	1	1.7
	Outros	1	1.7
Entidade requerente do exame (n <sub>total</sub> =65)*	Polícia	51	78.5
	Juiz	36	55.4
	Ministério Público	35	53.8
	Vítima ou representante legal	24	36.9
	Médico da unidade de saúde	18	27.7
	Técnico dos serviços de proteção de crianças	13	20.0
	Outros	9	13.8
Necessidade de ordem judicial para a realização do exame (n <sub>total</sub> =64)	Sempre	23	35.9
	Não é necessário em casos urgentes	10	15.6
	Nunca	29	45.3
	Outro	2	3.1
Termo de consentimento (n <sub>total</sub> =55)	Formulário próprio	30	46.2
	Formulário adaptado	11	16.9
	Outro	4	6.2
	Sem formulário	20	30.8

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem; \*- representa questões onde era possível selecionar mais do que uma opção pelo que a análise destas perguntas foi efetuada individualmente para cada uma das possíveis respostas.

#### 4.3. Intervalo de tempo entre a alegada agressão e o exame médico

Verificou-se que em 29.2% dos casos de agressão sexual, o exame é realizado no próprio dia, mas a maioria das respostas aponta para um tempo decorrido entre as agressões e o exame de 72 a 96 horas (49.2%) (Tabela 3); estudos em Portugal referem uma recolha de vestígios biológicos, na sua maioria, até 72 horas (Gomes, Jardim, Taveira, Dinis-Oliveira, & Magalhães, 2014), tal como noutros países (Burg, Kahn, & Welch, 2011; Connery, 2013). No entanto, um estudo efetuado na Irlanda revela que este tempo varia muito com o local da sua colheita, podendo mesmo ultrapassar os 7 dias (Eogan,

McHugh, & Holohan, 2013), o que é prejudicial à boa prossecução da justiça, dado que o risco de resultados negativos aumenta em aproximadamente 3% a cada hora (Joki-Erkkilä et al., 2014). O exame médico forense, segundo as normas internacionais, deve ser realizado em menos de 72 horas, uma vez que o sémen e outros produtos raramente são recuperáveis, condicionando o sucesso dos resultados analíticos (Niec, 2002; Sande et al., 2013; Tozzo et al., 2018) e, conseqüentemente, a produção de prova.

O horário de atendimento das diversas instituições analisadas, para a realização do exame médico forense, é maioritariamente feito 24 sobre 24h (75.4%), para um horário definido nos 7 dias da semana (6.2%), encerram aos feriados e fins-de-sema, período durante o qual as vítimas são encaminhadas para outras instituições (6.2%), e encerram aos feriados e fins-de-semana, período o qual as vítimas têm de aguardar pela sua abertura (1.5%) (Tabela 3). O atendimento permanente verifica-se sobretudo no atendimento de vítimas adolescentes do sexo feminino, com entrevista forense antes do exame físico. A elevada percentagem de instituições com atendimento 24 sobre 24h está de acordo com as diretrizes da OMS, que assim o aconselha (OMS, 2003). As instituições que apresentam este horário de funcionamento parecem apresentar condições para que a entrevista forense se realize antes do exame físico e denotam ser mais procuradas por vítimas adolescentes do sexo feminino.

Tabela 3. Atendimento às vítimas de crime sexual

		n	%
		19	29.2
Intervalo de tempo entre a agressão e o exame (n <sub>total</sub> =65)	Menos de 24 h	32	49.2
	Menos de 72/96h	11	16.9
	Mais de 72/96h	3	4.6
	Outros	49	75.4
Horário de atendimento para exame (n <sub>total</sub> =58)	Permanente	4	6.2
	Todos os dias da semana com horário definido	1	1.5
	Dias úteis com horário definido (aguarda abertura)	4	6.2
	Dias úteis com horário definido (encaminhamento)		

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem.

#### 4.4. Entrevista forense

Neste estudo, observa-se que a realização de entrevista forense ocorre em 84.6% das entidades, sendo que 21.5% diz promover este procedimento sempre que possível, para todas as vítimas. Dos casos em que é realizada a entrevista forense, em 53.8% é-o feito antes do exame físico para todas as vítimas. No caso de vítimas crianças ou adolescentes, 98.5% das entrevistas é feita antes do exame físico. O recurso a protocolos de entrevista tem, frequentemente, por base um modelo próprio do departamento/serviço (55.6%) ou outro adaptado (15.8%), ao passo que 25.4% das instituições admite não usar qualquer protocolo (Tabela 4). O uso de protocolo de entrevista forense está relacionado positivamente com a aplicação de protocolo de colheita de vestígios durante o exame médico forense ( $r=.355$ ;  $p<0.01$ ). Observa-se, ainda, que o uso de protocolo de colheita de vestígios está associado à realização de fotodocumentação ( $r=.428$ ;  $p<0.01$ ) bem como à tendência para usar procedimentos inerentes à manutenção da cadeia de custódia ( $r=.290$ ;  $p<0.05$ ) (Tabela 5). No que diz respeito à entrevista forense, a OMS afirma que esta constitui um dos elementos chave para a avaliação das vítimas de alegados crimes sexuais (OMS, 2003), particularmente no caso das crianças vítimas deste tipo de crime (Peixoto, Ribeiro, & Alberto, 2013). Acresce que a aplicabilidade da entrevista forense constitui um procedimento legal obrigatório em muitos países, no contexto de suspeita de crime sexual (Mont & White, 2013), o que não se verifica ainda em Portugal. Estas diretrizes justificam a elevada percentagem de entrevistas forenses realizadas pelas instituições presentemente estudadas. A tendência geral para as entidades recorrerem mais frequentemente a protocolos e formulários próprios para as entrevistas forenses pode ser resultado da experiência dos próprios departamentos, contudo esta diversidade de protocolos poderá não ser favorável para a abordagem genérica destes casos e não permitirá a realização de estudos científicos comparados, importando analisar em que aspetos concretos recaem essas diferenças.

Nas instituições aqui analisadas, esta é realizada na maioria dos casos pelo médico forense (94.7%) havendo casos em que também podem fazê-lo outros profissionais que estejam disponíveis (15.8%), entre psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais (Tabela 4). Estes dados vão ao encontro das diretrizes da OMS que indicam que a entrevista

forense deve ser realizada por um profissional treinado (OMS, 2003) embora a OMS recomende, também, que, no caso de entrevistas forenses a crianças, seja usado o espelho unidirecional, permitindo que a criança seja entrevistada por apenas um profissional de saúde, podendo outros elementos do processo judicial (e.g., juiz de instrução, ministério público, advogados ou polícias) assistir à entrevista, sem serem observados (OMS, 2003). Este recurso permite manter a privacidade da entrevista, mas, ainda assim, ter a participação de uma equipa multidisciplinar e ser conseguido que este procedimento tenha valor da prova (se na presença do juiz de instrução), o que importa especialmente no caso de testemunhas mais jovens. Contudo no presente estudo, verificamos que o uso de espelho unidirecional é pouco frequente, dado que 93.6% dos casos não dispõem deste recurso (Tabela 4).

Tabela 4. Entrevista forense

		n	%
Existência de protocolo de entrevista (n <sub>total</sub> =63)	Não	16	25.4
	Modelo próprio da instituição	35	55.6
	Outro	10	15.8
	Não aplicável	2	3.2
Profissional que a realiza a entrevista (n <sub>total</sub> =65)*	Médicos forenses	62	94.7
	Outros	3	15.8
Salas com vidro unidirecional (n <sub>total</sub> =63)	Presente	2	3.2
	Ausente	59	93.6
	Outros	2	3.2

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem; \*- representa questões onde era possível selecionar mais do que uma opção pelo que a análise destas perguntas foi efetuada individualmente para cada uma das possíveis respostas.

Tabela 5. Correlação entre o protocolo da entrevista forenses e o protocolo da colheita de vestígios. Ainda, o uso do protocolo da colheita de vestígios e o uso da fotodocumentação.

		Fotodocumentação	Cadeia de custódia
Protocolo de colheita de vestígios	Correlação de Pearson	.428**	.290*
	Sig. (2 extremidades)	0	0,02
	n	65	64§

§ Um dos institutos foi excluído uma vez que não respondeu.

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

\* A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

#### 4.5. Exame médico-forense e colheita de vestígios

O presente estudo indica que o uso de protocolo de colheita de vestígios é frequente, sendo que 80% das respostas confirma a utilização de um modelo próprio da entidade. Contudo, os procedimentos variam, sendo que, por exemplo, 41.5% realiza esfregaço do conteúdo das cavidades sempre e 24.6%, apenas se considerar provável haver material biológico (Tabela 6). O uso de protocolos constitui uma melhor garantia de boas práticas de colheita de vestígios, sendo que a OMS define diretrizes para a realização de exame físico e recomenda os procedimentos a seguir pelos profissionais de modo a que os vestígios sejam corretamente preservados (Acosta, 2002; OMS, 2003).

A recolha de vestígios foi realizada com recurso ao material disponível no gabinete médico em 26.2% das instituições, ao passo que outras referem o uso de kits pré-preparados: 60% dos kits criados no próprio departamento/instituição, 10.8% comprados a laboratórios e 3.1% outros kits. A prática de recolha de vestígios forenses é essencial para o sucesso de uma investigação de crime sexual. Contudo esta recolha é muitas vezes efetuada em contexto de urgência hospitalar, não apresentando as condições ideais para a sua recolha (Muldoon, Drumm, Leach, Heimerl, & Sampsel, 2018). Neste contexto, as jurisdições atuais sugerem a utilização de um kit de evidências de agressão sexual (*rape kit*) de forma a garantir a recolha padronizada de amostras forenses e preservação para procedimentos legais. No entanto, mais recentemente

múltiplos laboratórios têm procurado melhorar a recolha por *rape kits*, criando o seu próprio protocolo (Bazinet et al., 2020).

#### 4.6. Fotodocumentação e registo de vídeo

O presente inquérito demonstra que a fotodocumentação é feita em 38.5% da totalidade de repostas obtidas, ao passo que 38.5% apenas no caso de existirem achados positivos (Tabela 6). Já o registo em vídeo apresenta-se neste estudo como raro, sendo de 7.8% se houverem achados positivos ou 9.4% noutros casos não especificados. Estes resultados vão de encontro às diretrizes da OMS que recomenda a fotodocumentação como parte fundamental do exame médico forense em casos de agressão sexual, sendo duas as abordagens: (a) fotografias adquiridas com o consentimento dos pacientes, de lesões detetadas e anatomia normal (aparentemente sem lesões) envolvida na agressão; (b) fotografias que demonstram as lesões detetadas.

#### 4.7. Exame com colposcópio

No presente estudo, verifica-se que o exame com colposcópio não é uma prática corrente, sendo que 49.2% dos profissionais inquiridos não o realiza por sistema e 38.5% apenas quando considera necessário, sendo que 7.7% realizam sempre (Tabela 6). Ao correlacionar a prática sistemática da colposcopia com a utilização de relatório forense em modelo do próprio do departamento/serviço, observa-se uma correlação significativa ( $r=.301$ ;  $p<0.05$ ) que pode refletir o grau de investimento da instituição em seguir as recomendações internacionais. Este tipo de prática é importante na identificação de trauma em situações em que as lesões são difíceis de detetar a olho nu, uma vez que permite iluminar a região a observar e ampliar a imagem (El-Din, Kamel, Sobhy, Rasheed, & Abdelkhalek, 2019).

Tabela 6. Protocolos, colheita de vestígios, fotodocumentação e uso de colposcópio.

		n	%
Protocolo de colheita de vestígios (n <sub>total</sub> =65)	Protocolo do departamento	52	80.0
	Outro protocolo	8	12.3
	Sem protocolo	5	7.7
Esfregaços das cavidades corporais para microscopia (n <sub>total</sub> =65)	Sempre	27	41.5
	Se existir material biológico suficiente	16	24.6
	Nunca	15	23.1
	Outro	7	10.8
Fotodocumentação (n <sub>total</sub> =65)	Sempre	25	38.5
	Apenas em casos positivos	25	38.5
	Nunca	7	10.8
	Outro	8	12.3
Exame com colposcópio (n <sub>total</sub> =65)	Sempre	5	7.7
	Se necessário	25	38.5
	Nunca	32	49.2
	Outro	3	4.6

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem.

#### 4.8. Análise toxicológica

Nas respostas obtidas no presente estudo, a colheita de material para estudo toxicológico forense não é realizada em 10.8% dos casos. Em 30.8% dos casos ocorre sempre esta colheita, ao passo que 44.6% dos profissionais responde que apenas o faz se houverem achados clínicos sugestivos (Tabela 7). Os testes toxicológicos devem ser realizados o mais rápido possível caso se suspeite de agressão sexual facilitada por álcool ou drogas (Dinis-Oliveira, Vieira, & Magalhães, 2017). O tempo que as drogas permanecem na urina ou no sangue depende de fatores como a massa corporal e o metabolismo, do tipo e quantidade consumida, sendo ponderado o jejum ou a excreção. A urina permite avaliar um espectro mais alargado de tóxicos do que o sangue. A análise toxicológica é extremamente importante e vários estudos revelam que os crimes sexuais estão associados ao consumo de drogas (Anderson, Flynn, & Pilgrim, 2017; Fiorentin &

Logan, 2019; Sandal, 2020). Um estudo conduzido nos Estados Unidos demonstrou que o álcool é a substância mais detetada em vítimas de crimes sexuais (30.9%), seguindo-se os canabinóides (28.8%), anfetaminas/metanfetaminas (16.5%), cocaína (10.4%) e benzodiazepinas (7.6%). Deste modo, é importante a realização da análise toxicológica, de forma a que esta constitua prova em tribunal.

#### 4.9. Análises microbiológicas

Verificou-se que 26.2% dos respondentes não realizam colheita para análise microbiológica, ao passo que 38.5% o fazem sempre e 23.1% só o fazem perante evidências clínicas sugestivas ou perante casos previamente definidos, que não foram especificados (4.6%) (Tabela 7). A não observância da recomendação da OMS neste aspeto particular do atendimento a vítimas de agressão sexual, pode representar um risco para a saúde das vítimas, tendo em conta a probabilidade de infeção neste tipo de agressões, podendo, também, perder-se uma prova fundamental. Em Portugal, além da prova do contacto sexual relativamente a alguns agentes microbiológicos, uma IST agrava, também, a medida da pena.

Tabela 7. Exames toxicológicos e microbiológicos.

		n	%
Análise toxicológica (n <sub>total</sub> =65)	Sempre	20	30.8
	Se existir achados clínicos sugestivos	29	44.6
	Nunca	7	10.8
	Em casos previamente definidos	9	13.8
Estudos microbiológicos (n <sub>total</sub> =65)	Sempre	25	38.5
	Se existir achados clínicos sugestivos	15	23.1
	Nunca	17	26.2
	Em casos previamente definidos	3	4.6
	Outros	5	7.7

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem.

#### 4.10. Cadeia de custódia e modelo de relatório forense

O presente estudo aponta para o cumprimento de critérios definidos pela própria entidade para seguimento da cadeia de custódia em 71.9% dos casos (Tabela 8). Durante o processo de análise da vítima de alegado crime sexual, é importante para garantir que não houve perda ou alteração das evidências antes do julgamento. De modo a que a recolha, a transferência e o armazenamento dos vestígios seja processada eficazmente e sem trocas de amostras desde a colheita à receção e permanência no laboratório, a OMS determina que a cadeia de custódia dos espécimes recolhidos tem que ser documentada (OMS, 2003).

Observa-se, também, que o relatório forense segue um modelo do próprio departamento/serviço na maioria dos casos estudados (75.8%; Tabela 8), podendo este dado apontar para uma preocupação das instituições em sistematizar a informação colhida nestes casos e em normalizar a sua apresentação para fins não só de saúde, mas de prossecução da justiça.

Tabela 8. Cadeia de Custódia.

		n	%
Cadeia de Custódia (n <sub>total</sub> =64)	Formulário próprio	46	71.9
	Outro	6	9.4
	Ausente	12	18.8
Modelo de relatório forense (n <sub>total</sub> =65)	Formulário próprio	50	75.8
	Outro	1	1.5
	Ausente	14	22.7

n<sub>total</sub> - representa o número total de institutos que responderam à pergunta indicada; n- representa o número de respostas; %- percentagem.

## 5. Conclusões

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que, nos países analisados:

1. As principais vítimas atendidas por alegada agressão sexual são do sexo feminino e as do sexo masculino encontram-se entre as crianças com menos de 13 anos;
2. Existem muitas diferenças entre os profissionais e as entidades requisitantes deste tipo de perícias;
3. A realização do exame pericial é, maioritariamente, da responsabilidade dos médicos com formação forense;
4. Existe uma elevada prevalência do atendimento 24 horas por dia;
5. A realização de entrevista forense é maioritariamente referida, embora nem todos recorram a protocolos de entrevista previamente validados;
6. Para a obtenção de consentimento informado, o recurso a formulários próprios revela-se muito variável;
7. A dispensa de procedimentos legais para colheita de vestígios, como a existência de ordem judicial, é mais frequente na Europa do que na América Latina, sendo que em todas as entidades se observa uma moderada taxa de dispensa da autorização do consentimento pelos progenitores/cuidadores de crianças, que aumenta se estes forem considerados suspeitos;
8. O recurso a protocolos de colheita de vestígios, padronizados, é elevado; porém, entre os procedimentos previstos, a variabilidade é evidente, sendo que não há uma harmonização no que respeita à colheita, nem no uso de *rape kits*. O mesmo acontece com a realização de fotodocumentação, do uso do colposcópio e na colheita de material para estudo toxicológico e microbiológico, havendo quem os realize em todos os casos e quem o faça apenas quando há suspeita ou perante um achado sugestivo;
9. Observa-se uma tendência geral para as entidades que recorrem mais frequentemente a protocolos e formulários próprios para os procedimentos periciais (relatório, colheitas, etc.) e passos administrativos/legais/éticos

- (ordem judicial, consentimento), também aderirem mais a outras diretivas da OMS, podendo isso significar a maior aceitação da importância das mesmas;
10. Embora uma importante percentagem dos atendimentos e consequente recolha de vestígios decorra num tempo curto, a maioria é feita após as 72 horas, podendo haver perda de material probatório;
  11. A cadeia de custódia não é inteiramente garantida numa percentagem importante de casos.

## **6. Limitações do estudo e perspectivas futuras**

Tendo em conta os resultados obtidos, torna-se relevante indicar as principais limitações encontradas e perspectivas futuras. No que respeita às limitações deste estudo, a amostra de instituições analisadas é reduzida, pelo que não se pode aferir qualquer resultado para as instituições que atendem vítimas de crime sexual globalmente. As entidades respondentes relativas à América Latina estiveram limitadas ao Brasil, Colômbia e El Salvador pelo que não são representativas de todo o território da América Latina. Apesar das limitações, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para aprofundar o conhecimento sobre os procedimentos aplicados pelas várias entidades com competências médico-legais e forenses, bem como demonstrar a importância das diretrizes internacionais para as boas práticas neste domínio.

Em trabalhos posteriores seria importante a realização de um estudo mais alargado, de forma a aumentar o número de entidades respondentes e também a sua distribuição geográfica, o que permitiria obter uma melhor noção dos procedimentos aplicados pelas várias entidades a nível global.

## 7. Referências Bibliográficas

Acosta, M. L. Collecting evidence for domestic and sexual assault: highlighting violence against women in health care system interventions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 78(S1): S99-S104, 2002.

Alix, S., L. Cossette, M. Hébert, M. Cyr and J. Y. Frappier. Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame. *J Child Sex Abus* 26(2): 158-174, 2017.

Alves, M. Abuso sexual – relevância da formação específica dos profissionais de saúde, 2018.

Anderson, L. J., A. Flynn and J. L. Pilgrim. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *J Forensic Leg Med* 47: 46-54, 2017.

Barbaro, N., M. R. Parkhill and D. Nguyen. Anxious and Hostile: Consequences of Anxious Adult Attachment in Predicting Male-Perpetrated Sexual Assault. *J Interpers Violence* 33(13): 2098-2117, 2018.

Bazinet, M., J. Larose, S. Noël, J. Comte, M. Primeau, M. Lapointe, C. Paquet, R. Landry, L. Croteau and F. Gingras. Data driven optimization of sexual assault case processing. *Forensic science international. Synergy* 2: 164-172, 2020.

Bohra, N., I. Sharma, S. Srivastava, M. S. Bhatia, U. Chaudhuri, S. Parial, A. Sharma and D. Kataria. Violence against women. *Indian journal of psychiatry* 57(Suppl 2): S333-338, 2015.

Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin and J. A. Mendoza. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. ." Washington, DC: PAHO, 2012.

Bounds, D. T., L. D. Edinburgh, L. F. Fogg and E. M. Saeywc. A nurse practitioner-led intervention for runaway adolescents who have been sexually assaulted or sexually exploited: Effects on trauma symptoms, suicidality, and self-injury. *Child Abuse Negl* 90: 99-107, 2019

Breiding, M. J. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *American Journal of Public Health* 105(4): e11-e12, 2015.

Bullock, C. M. and M. Beckson. Male Victims of Sexual Assault: Phenomenology, Psychology, Physiology. 39(2): 197-205, 2011.

Burg, A., R. Kahn and K. Welch. DNA testing of sexual assault evidence: The laboratory perspective." *Journal of Forensic Nursing* 7(3), 2011.

Calley, N. G. Integrating theory and research: The development of a research-based treatment program for juvenile male sex offenders. *Journal of Counseling & Development* 85(2): 131-142, 2017.

Connery, S. A. Three decade old cold case murder solved with evidence from a sexual assault kit. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 20(4): 355-356, 2013.

Coulter, R. W. S., C. Mair, E. Miller, J. R. Blosnich, D. D. Matthews and H. L. McCauley. Prevalence of Past-Year Sexual Assault Victimization Among Undergraduate Students: Exploring Differences by and Intersections of Gender Identity, Sexual Identity, and Race/Ethnicity. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research* 18(6): 726-736, 2017.

Cross, T. P., M. Alderden, A. Wagner, L. Sampson, B. Peters and K. Lounsbury. Biological Evidence in Adult and Adolescent Sexual Assault Cases: Timing and Relationship to Arrest. *J Interpers Violence* 35(7-8): 1828-1839, 2020.

Davis, R. C., B. Auchter, S. Howley, T. Camp, I. Knecht and W. Wells. Increasing the Accessibility of Sexual Assault Forensic Examinations: Evaluation of Texas Law SB 1191. *J Forensic Nurs* 13(4): 168-177, 2017.

Dewey, J. M. Knowledge Legitimacy: How Trans-Patient Behavior Supports and Challenges Current Medical Knowledge. *Qualitative Health Research* 18(10): 1345-1355, 2018.

DGS. Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2011. Consultado em 2020, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>.

DGS. Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2014. Consultado em 2020, em <https://www.dgs.pt/documentos-e>

publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx.

Dillon, G., R. Hussain, D. Loxton and S. Rahman. "Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine* 2013: 313909, 2013.

Dinis-Oliveira, R. J., D. N. Vieira and T. Magalhães. Guidelines for Collection of Biological Samples for Clinical and Forensic Toxicological Analysis." *Forensic sciences research* 1(1): 42-51, 2017.

dos Reis, D. C., L. I. C. Cavalcante and M. D. R. Valente. Biopsychosocial characteristics of sex offenders: An analysis of legal proceedings/Características biopsicossociais de autores de agressão sexual de crianças/adolescentes: uma análise de processos jurídicos. *Estudos de Psicologia* 36, 2019.

Draucker, C. "Domestic violence: the challenge for nursing." *Online Journal of Issues in Nursing*(7): 1-20, 2002.

Drezett, J., M. d. T. Blake, K. S. F. d. Lira, R. M. Pimentel, F. Adami, M. M. M. Bessa and L. C. d. Abreu. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. *Reprodução & Climatério* 27(3): 109-116, 2012.

Du Mont, J., S. D. Kosa, S. Solomon and S. Macdonald. Assessment of nurses' competence to care for sexually assaulted trans persons: a survey of Ontario's Sexual Assault/Domestic Violence Treatment Centres. *BMJ open* 9(5): e023880-e023880, 2019.

Du Mont, J., M. Woldeyohannes, S. Macdonald, D. Kosa and L. Turner. A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. *BMC women's health* 17(1): 59-59, 2017.

El-Din, E., M. Kamel, A. Sobhy, S. Rasheed and M. Abdelkhalek. Sexual Assault Forensic Examination in adult and child cases: Is Colposcopy Really Necessary? *Instant Journal of Forensic Science* 1: 45-58, 2019.

Elliott, D. M., D. S. Mok and J. Briere. Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress* 17(3): 203-211, 2004.

Eogan, M., A. McHugh and M. Holohan. The role of the sexual assault centre. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 27(1): 47-58, 2013.

- Fiorentin, T. R. and B. K. Logan. Toxicological findings in 1000 cases of suspected drug facilitated sexual assault in the United States. *J Forensic Leg Med* 61: 56-64, 2019.
- (FRA), E. U. A. f. F. R. Violence against Women: an EU-wide survey, Luxembourg: Publication Office of the European Union. 9, 2014.
- Gauthier-Duchesne, A., M. Hébert and M. Daspe. Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse Negl* 64: 79-88, 2017.
- Gentile Long, J., C. Whitman-Barr, J. Kurland and R. Shute. Beyond DNA - The Role of Physical Evidence in Sexual Assault Investigations. Forensic Technology Center of Excellence (FTCOE) FY17, 2019
- Gomes, V., P. Jardim, F. Taveira, R. J. Dinis-Oliveira and T. Magalhães. Alleged Biological Father Incest: A Forensic Approach. 59(1): 255-259, 2014.
- Goodwin, R. D., C. W. Hoven, R. Murison and M. Hotopf. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American journal of public health* 93(7): 1065-1067, 2003.
- Heger, A., S. Emans and D. Muram. Making the diagnosis of sexual abuse: ten years later. Evaluation of the sexually abused child. H. A. New York, NY, Oxford University Press: 1–10, 2000.
- Hequembourg, A. L., K. A. Parks, R. L. Collins and T. L. Hughes. Sexual assault risks among gay and bisexual men. *J Sex Res* 52(3): 282-295, 2015.
- Hodge, S. and D. Canter. Victims and Perpetrators of Male Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence* 13(2): 222–239, 1998.
- Jauréguy, F., P. Chariot, A. Vessières and B. Picard. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections detected by real-time PCR among individuals reporting sexual assaults in the Paris, France area. *Forensic Sci Int* 266: 130-133, 2016.
- Johnson, D., J. Peterson, I. Sommers and D. Baskin. Use of Forensic Science in Investigating Crimes of Sexual Violence: Contrasting Its Theoretical Potential With Empirical Realities. *Violence Against Women* 18(2): 193-222, 2012.
- Joki-Erkkilä, M., S. Tuomisto, M. Seppänen, H. Huhtala, A. Ahola, J. Rainio and P. J. Karhunen. Clinical forensic sample collection techniques following consensual intercourse in volunteers – Cervical canal brush compared to conventional swabs. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 27: 50-54, 2014.

Jonas, S., P. Bebbington, S. McManus, H. Meltzer, R. Jenkins, E. Kuipers, C. Cooper, M. King and T. Brugha. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 41(4): 709-719, 2011.

Kalof, L. Ethnic differences in female sexual victimization. *Sexuality and Culture* 4(4): 75-98, 2000.

Kewley, S., A. R. Beech and L. Harkins. Examining the role of faith community groups with sexual offenders: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 25: 142-149, 2015.

Kruger, T. H. C., C. Sinke, J. Kneer, G. Tenbergen, A. Q. Khan, A. Burkert, L. Müller-Engling, H. Engler, H. Gerwin, N. von Wurmb-Schwark, A. Pohl, S. Weiß, T. Amelung, S. Mohnke, C. Massau, C. Kärgel, M. Walter, K. Schiltz, K. M. Beier, J. Ponseti, B. Schiffer, H. Walter, K. Jahn and H. Frieling. Child sexual offenders show prenatal and epigenetic alterations of the androgen system. *Translational Psychiatry* 9(1): 28, 2019.

Langevin, S., J. Proulx and E. Lacourse. Sexual Aggressors Against Women's Sexual Lives: A Latent Class Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 62(6): 1430-1451, 2017.

Lenahan, L. C., A. Ernst and B. Johnson. Colposcopy in evaluation of the adult sexual assault victim." *The American Journal of Emergency Medicine* 16(2): 183-184, 1998.

Lincoln, C. A. Sexual Assault: Forensic Examination in the Living and Deceased. *Academic Forensic Pathology* 8(4): 912-923, 2018.

Loder, R. T. and T. P. Robinson. The demographics of patients presenting for sexual assault to US emergency departments. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 69: 101887, 2020.

Long, L. and B. Butler. Sexual assault. *The Obstetrician & Gynaecologist* 20(2): 87-93, 2018.

Lovell, R. E., C. C. Collins, M. J. McGuire, L. T. Overman, M. N. Luminais and D. J. Flannery. Understanding Intimate Partner Sexual Assaults: Findings from Sexual Assault Kits. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 28(1): 8-24, 2019.

Ludes, B., A. Geraut, M. Väli, D. Cusack, D. Ferrara, E. Keller, P. Mangin and D. N. Vieira. Guidelines examination of victims of sexual assault harmonization of forensic and medico-legal examination of persons. *Int J Legal Med* 132(6): 1671-1674, 2018.

Magalhaes, T., P. Jardim and F. Rodrigues. *Agressao sexual: A intervenção medico-legal e forense*. Coimbra: Almedina, 2013.

Magalhães, T., P. Jardim and F. Rodrigues. *Agressões sexuais: a intervenção médica-legal e forense*, 2019.

Magalhães, T. and D. N. Vieira. *Questões legais e éticas sobre os exames de natureza sexual. Abuso & Negligência, SPECAN - Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Abusada e Negligenciada: 49-74*, 2012.

McPhail, D., M. Rountree-James and I. Whetter. *Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. Canadian medical education journal* 7(2): e70-e78, 2016.

Mezey, G. C. and M. B. King. *Male victims of sexual assault*. New York, NY, US, Oxford University Press, 1992.

Mont, J. D. and D. White. *Barriers to the Effective Use of Medico-Legal Findings in Sexual Assault Cases Worldwide. Qualitative Health Research* 23(9): 1228-1239, 2013.

Muldoon, K. A., A. Drumm, T. Leach, M. Heimerl and K. Sampsel. *Achieving just outcomes: forensic evidence collection in emergency department sexual assault cases. Emerg Med J* 35(12): 746-752, 2018.

Murphy, C. C., B. Schej, T. L. Myhr and J. Du Mont. *Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 164(11): 1567-1572, 2001.

Newton, M. *The forensic aspects of sexual violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 27(1): 77-90, 2013.

Niec, A. *Forensic issues in the assessment of sexually assaulted adolescents. Paediatrics & child health* 7(3): 153-159, 2002.

Oram, S. *Sexual violence and mental health. Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28(6): 592-593, 2019.

Peixoto, C. E., C. D. V. Ribeiro and I. M. M. Alberto. *O protocolo de entrevista forense do NICHD. Contribuo na obtenção do testemunho da criança no contexto judicial português. [Lisboa], Revista do Ministério Público*, 2013

Petersson, C. C. and L. Plantin. *Breaking with Norms of Masculinity: Men Making Sense of Their Experience of Sexual Assault. Clinical Social Work Journal* 47(4): 372-383, 2019.

Ramos González, B., M. Córdova Mercado, O. Salas Salas, J. C. Hernández Reyes, M. Guardiola Ramos, E. Solis Esquivel, G. Castellanos Aguilar and P. Diaz Torres. Biological Evidence Analysis in Cases of Sexual Assault. *Biochemical Analysis Tools - Methods for Bio-Molecules Studies*. O.-M. Boldura, Intechopen, 2019.

Rights, E. U. A. f. F. Violence Against Women: An EU-Wide Survey. European Union Agency for Fundamental Rights. Vienna: FRA, 2014.

Rogers, A., S. L. McIntyre, L. Rossman, S. Solis, T. A. Bacon-Baguley and J. Jones. The forensic rape examination: Is colposcopy really necessary? *The American Journal of Emergency Medicine* 37(5): 999-1000, 2019.

Rosenberg, K. Higher Prevalence of Sexual Assault Among Transgender and Nonbinary Adolescent Students. *Am J Nurs* 119(8): 49-50, 2019.

Sandal, C. Drug-Facilitated Sexual Assault. *Workplace Health & Safety* 68(3): 155-155, 2020.

Sande, M. K., K. B. Broderick, M. E. Moreira, B. Bender, E. Hopkins and J. A. Buchanan. Sexual assault training in emergency medicine residencies: a survey of program directors. *The western journal of emergency medicine* 14(5): 461-466, 2013.

Sanz-Barbero, B., N. Barón and C. Vives-Cases. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLOS ONE* 14(10): e0221049, 2019.

Scarce, M. Male on male rape: The hidden toll of stigma and shame. Insight Books/Plenum Press, 1997.

Seña, A. C., K. K. Hsu, N. Kellogg, R. Girardet, C. W. Christian, J. Linden, W. Griffith, A. Marchant, C. Jenny and M. R. Hammerschlag. Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clinical Infectious Diseases* 61(suppl\_8): S856-S864, 2015.

Shaffer, N. Transgender Patients: Implications for Emergency Department Policy and Practice. *Journal of Emergency Nursing* 31(4): 405-407, 2005.

Simas Santos, M. and M. Leal-Henriques. *Noções Elementares de Direito Penal*. Lisboa, Rei dos Livros, 2020.

Spataro, J., S. A. Moss and D. L. Wells. Child Sexual Abuse: A Reality for Both Sexes. *Australian Psychologist* 36(3): 177-183, 2001.

Stemple, L. and I. H. Meyer. The sexual victimization of men in America: new data challenge old assumptions. *American journal of public health* 104(6): e19-e26, 2014.

Stockman, J. K., H. Hayashi and J. C. Campbell. Intimate Partner Violence and its Health Impact on Ethnic Minority Women." *Journal of women's health* (2002) 24(1): 62-79, 2015.

Subramanian, S. and J. S. Green . The General Approach and Management of the Patient Who Discloses a Sexual Assault. *Missouri medicine* 112(3): 211-217, 2015.

Teixeira, S. A. M., S. R. Taquette and D. L. M. Monteiro. Violence and sexually transmitted infections in pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira* 65: 475-484, 2019.

Tharp, A. T., S. DeGue, L. A. Valle, K. A. Brookmeyer, G. M. Massetti and J. L. Matjasko. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence Abuse* 14(2): 133-167, 2013.

Thompson, N. J., R. E. McGee and D. Mays. Race, Ethnicity, Substance Use, and Unwanted Sexual Intercourse among Adolescent Females in the United States. *The western journal of emergency medicine* 13(3): 283-288, 2012.

Toon, C. and K. Gurusamy. Forensic Nurse Examiners versus Doctors for the Forensic Examination of Rape and Sexual Assault Complainants: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews* 10(1): 1-56, 2014.

Tozzo, P., E. Ponzano, G. Spigarolo, P. Nespeca and L. Caenazzo. Collecting sexual assault history and forensic evidence from adult women in the emergency department: a retrospective study. *BMC health services research* 18(1): 383-383, 2018.

Trotman, G. E., C. Young-Anderson and K. P. Deye. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29(6): 518-526, 2016.

UKAFN. "UNITED KINGDOM ASSOCIATION OF FORENSIC NURSES. 2020 retirado de <http://www.ukafn.org/map/>.

UNICEF. Percentage of women aged 18 to 29 years who experienced forced sex before the age of 18. UNICEF; Data and Analytics Section; Division of Data, Research and Policy, 2017.

UNSD. "PROPORTION OF WOMEN SUBJECTED TO PHYSICAL AND/OR SEXUAL VIOLENCE IN THE LAST 12 MONTHS (% OF WOMEN AGE 15-49)." UNSD: World Bank Gender Statistics, 2014.

van Rooijen, M. S., M. F. Schim van der Loeff, L. van Kempen and H. J. C. de Vries. Sexually Transmitted Infection Positivity Rate and Treatment Uptake Among Female and Male Sexual Assault Victims Attending The Amsterdam STI Clinic Between 2005 and 2016. *Sexually Transmitted Diseases* 45(8), 2018.

Velia, M., A. Argo, A. Costanzo, L. Tarantino, L. Milone and C. Pavone. Female Genital Mutilations: Genito-Urinary Complications and Ethical-Legal Aspects. *Urologia Journal* 82(3): 151-159, 2015.

Walby, S., P. Olive, J. Towers, B. Francis, S. Strid, A. Krizsán, E. Lombardo, C. May-Chahal, S. Franzway, D. Sugarman and B. Agarwal. Overview of the worldwide best practices for rape prevention and assisting women victims of rape. Brussels, European Parliament, Policy Department Citizens' Rights and Constitutional Affairs, 2013.

Wallace, K. "23% of women report sexual assault in college, study finds." 2015 retirado de <http://www.cnn.com/2015/09/22/health/campus-sexual-assault-new-large-survey/>.

Zerbo, S., L. Milone, E. Scalici, S. Procaccianti, R. Nardello, E. Ventura Spagnolo, D. Piscionieri and A. Argo. Medico legal procedures related to sexual assault: a 10-year retrospective experience of a Daphne protocol application. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 8(1): 4, 2018.

Zinzow, H. M. and M. Thompson. A longitudinal study of risk factors for repeated sexual coercion and assault in U.S. College men. *Arch Sex Behav* 44(1): 213-222, 2015.

## 8. Anexos

### Anexo 1

#### Questionário



## Forensic Examination of Sexual Offense Victims

This is a scientific study of the University Institute of Health Sciences and the University of Porto's Faculty of Medicine, Porto, Portugal, being conducted by a multidisciplinary team directed by Professor Teresa Magalhães.

Since we know that the forensic approach has an impact both on victims and justice it is also clear that it can be particularly critic in the case of a sexual offense.

The aim of this study is to characterize the forensic/medical approach to victims of sexual violence in different countries, in order to propose harmonized procedures for sexual forensic examinations that promote justice and protect victims.

If you see or provide medical care to victims of an alleged sexual offense for forensic medical examination (FME) purposes and if you agree to participate, this questionnaire is ANONYMOUS and the names of the departments and institutions WILL NOT BE DISCLOSED to the public in any moment of this scientific work.

We expect this to take just 7 minutes of your time.  
Our contacts are [mjalves@med.up.pt](mailto:mjalves@med.up.pt) and [tmaga@med.up.pt](mailto:tmaga@med.up.pt).

Thank you in advance for your collaboration!

Teresa Magalhães, Maria Vidal-Alves and Patrícia Ribeiro

\* Required

**Institution \***

Your answer \_\_\_\_\_

**Department (if applicable)**

Your answer \_\_\_\_\_

**City \***

Your answer \_\_\_\_\_

**Country \***

Your answer \_\_\_\_\_

**Position, within the department, of the respondent \***

Your answer \_\_\_\_\_

Do you see or provide medical care to victims of an alleged sexual offense for forensic medical examination (FME) purposes? \*

- Yes, but only living victims
- Yes, but only dead victims
- Yes both alive and dead victims
- No (if so, you have finished this quiz, thanks for your collaboration)
- Other

Who is entitled/able to request FME in cases of alleged sexual aggression to your department?

- Police
- Public Prosecutor's Office / Ministério Público
- Judge
- Physician from a Health Care Unit
- Technician from a Child Protective Centre/Services
- Victim or a legal representative
- Other

Who performs FMEs at your department?

- Forensic medical doctor
- Nurse with forensic training
- Forensic doctor and forensic nurse together
- Medical professional without forensic training
- Other (please specify)

Is it possible, in your department, to perform FMEs without a court order? \*

- Yes, always
- Yes, but only in urgent cases, to avoid loss of evidence
- No
- Other (please specify)

In the case of children/adolescents, is it possible to perform the FME without the caregiver's informed consent? \*

- Yes, always
- Yes, for victims under 12, if they consent themselves
- Yes, for victims under 15, if they consent themselves
- Yes, for all minors, but only if the caregiver is a suspect
- No
- Other

Is there, in your department/institution, a specific form/document to get informed consent from victims? \*

- No
- Yes, one we created specifically
- Yes, from another institution
- Other

Which, from the following, are the most frequent cases of sexual offense victims that your department deals with? \*

- Female children under 13 years old
- Male children under 13 years old
- Teenage girls
- Teenage boys
- Female Adults
- Male Adults
- Other

Concerning the time elapsed between last alleged sexual contact and the FME, what is the most frequent length of time verified in your department? \*

- Within 24 hours (same day)
- Less than 72 hours
- Less than 96 hours
- More than 96 hours
- Other

Is the FME in NON-RECENT episodes performed at your department? \*

- Yes, always
- No, only in cases occurred less than 72 hours ago
- No, only in cases occurred less than 96 hours ago
- It depends on the type of sexual contact, the time elapsed since the alleged offense and on the possibility of evidence in the victim
- Other (please explain)

Is your department/institution open for FME of sexual offense victims 24/24 hours? \*

- Yes
- No, only during a defined schedule, every day of the week
- No, only during a defined schedule and only in working days (except weekends and holidays; then victims are referred to other services)
- No, only during a defined schedule in working days (in such case, victims must wait until we open)
- Other (please specify)

Are forensic interviews to victims performed at your department/institution? \*

- No
- Yes, prior to FME in all cases
- Yes, prior to FME with child and adolescent victims
- Yes, after FME in all cases
- Yes, after FME with child and adolescent victims
- Yes, whenever it is possible, in all cases
- Yes, whenever it is possible, with child and adolescent victims
- Other

Are Forensic Interviews in your department/institution performed with the use of any protocol? \*

- No
- Yes, one from my department/institution
- Yes, another (please specify)
- Not applicable
- Other: \_\_\_\_\_

Do the premises where the Forensic Interview takes place have a two-way mirror? \*

- No
- Yes
- Not applicable

Do forensic doctors collect forensic history, if the victim is a child or an adolescent? \*

- Not if the forensic interview already took place
- Yes, always
- It depends on the victim's age and current conditions
- Other

Does the forensic doctor follow any protocol for physical examination or evidence collection during FME? \*

- No
- Yes, one from our department/institution
- Other

During FMEs, are there any smears of cavities content performed, for microscopic observation? \*

- No
- Yes, always
- Yes, but only if there is enough biological material
- Other

During FME of sexual offense victims, is photo-documentation performed? \*

- No
- Yes, always
- Yes, but only if there are positive findings
- Other

During FME of sexual offense victims, is it ever performed a video record of it?

- No
- Yes, always
- Yes, but only if there are positive findings
- Other: \_\_\_\_\_

Is colposcopy used during FME of sexual offense victims? \*

- No
- Yes, always
- Yes, if necessary

Is there a pre-formed kit (rape kit) with all items necessary for evidence collection? \*

- No, only the usual in any medical examination room
- Yes, one from our department/institution
- Yes, one bought to a commercial brand

During FME, is there a sample collection for toxicology testing?

- No
- Yes, always
- Yes, but only in case of suggestive clinical findings

During FME, is there a sample collection for microbiology testing (STDs)? \*

- No
- Yes, always
- Yes, but only in case of suggestive clinical findings

Is there a chain of custody form/document available and in use?

- No
- Yes, one from our department/institution
- Other

Is there a template for forensic medical reports? \*

- No
- Yes, one from our department
- Other

Would you like to share any comments? We appreciate every contribution to our study.

Your answer \_\_\_\_\_