

PRÁTICAS SEXUAIS COM RELEVÂNCIA CRIMINAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DAS VÍTIMAS PERSPETIVA MÉDICO-LEGAL E FORENSE

Teresa Magalhães

*Professora Catedrática, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto e
Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU, Portugal*

Resumo: As práticas sexuais na ausência de consentimento válido constituem uma grave violação dos direitos humanos, com importantes repercussões sociais e para a saúde das vítimas. Neste sentido, a intervenção do Direito, criminalizando estas práticas, revela-se fundamental. Isto, independentemente da intervenção nestes casos dever ser sempre multidisciplinar. Daí que todos os profissionais que trabalham com estas vítimas devam ser detentores de conhecimento sobre: (1) as consequências destas práticas na saúde das vítimas, seja a curto seja a longo-prazo, as quais podem constituir indicadores de agressão sexual (físicos, sexuais e psicológicos), de forma a promover a deteção, o diagnóstico e a intervenção atempados nestes casos; (2) a importância da denúncia e sinalização da suspeita deste tipo de crime (tendo em atenção que alguns se revestem de natureza pública); (3) a forma de abordar e comunicar com a vítima; (4) e os requisitos e dificuldades na produção da prova pericial médico-forense nesta matéria, incluindo a entrevista forense. Todos estes aspetos serão discutidos no presente trabalho.

Palavras-chave: Práticas sexuais; crime; vítima; saúde; perícia médico-legal; prova forense.

1. Introdução

As práticas de cariz sexual que em diversos ordenamentos jurídicos vão sendo criminalizadas, têm vindo a sofrer profundas alterações ao longo dos tempos, acompanhando a evolução científica, clínica e social no que ao



relacionamento interpessoal e sexualidade diz respeito, bem como a evolução dos direitos humanos. Estas mudanças têm-se mostrado benéficas, não só pela relevância da boa identificação entre as percepções sociais e a administração da justiça, mas também pelo impacto que estas podem ter enquanto medida de apoio à prevenção de práticas danosas para as pessoas que as sofrem.

Efetivamente, as consequências que resultam da sujeição de uma pessoa a determinados comportamentos de natureza sexual, revestem-se, frequentemente, de gravidade extrema, podendo no limite chegar à morte. É certo que esta gravidade vai depender de uma grande variedade de determinantes, internos e externos à vítima, mas em caso algum se evitam marcas indeléveis com tradução a nível da sua saúde, pelo que a intervenção no caso de alegados crimes sexuais deve ser um assunto da agenda dos profissionais e instituições que trabalham com vítimas e potenciais vítimas, bem como da agenda política de cada Estado.

No entanto, as decisões judiciais, quer seja na fase de inquérito (acusação e qualificação jurídico-penal da conduta), quer seja na fase de julgamento (condenação e aplicação da moldura penal), estão frequentemente dependentes da prova pericial médico-legal e forense. Ora, no caso das práticas sexuais supostamente abusivas, esta prova encerra dificuldades múltiplas, relacionadas, entre outras, com a própria natureza dos factos, com o comportamento das vítimas, com a frequente ausência de lesões ou de vestígios físicos ou biológicos, mas também com questões éticas e deontológicas e, muito particularmente, com a necessidade de evitar a vitimização secundária. Acresce que, num grande número de casos, pela específica natureza da problemática em questão, se exige um trabalho de equipa multidisciplinar, sendo que nem sempre é fácil garantir uma cooperação eficaz entre profissionais de diversas áreas.

Importa, pois, refletir sobre a importância da criminalização de certas condutas de carácter sexual e sobre as dificuldades de produção de prova nestes casos, de maneira a que de uma forma articulada, todos os profissionais que trabalham com vítimas de agressão sexual possam orientar da melhor forma os seus procedimentos, tendo em vista prevenir novos casos e detetar precocemente os já existentes - assegurando um tratamento adequado e atempado da vítima, e evitando a recidiva.

2. Práticas sexuais com relevância criminal

A questão da tolerância/aceitação social e da criminalização de certos comportamentos sexuais, tem evoluído ao longo da História da humanidade, quase sempre no sentido de se tolerar menos e reprimir mais determinados tipos destas condutas. Assim, muitos comportamentos até há pouco socialmente

aceites e não criminalizados, constituem hoje crime em muitos países, sendo quase sempre altamente repudiados pela sociedade (Dias et al., 2010). Como exemplo disso, refira-se, em Portugal, o facto do crime de violação ter sido alargado a vítimas do sexo masculino ou a submissão de uma mulher a práticas sexuais com o conjugue, contra a sua vontade, merecer agora proteção legal; também práticas emergentes, como as relacionadas com a pornografia, sobretudo infantil, encontram agora conforto legal. No entanto, outros comportamentos relacionados com a sexualidade, muito particularmente a mutilação genital feminina, apesar de serem objeto de grande atenção por parte de muitas associações internacionais de luta contra a violência sexual, e de muitos Estados, são ainda, se não legalmente aceites, pelo menos tolerados por outros.

A evolução do Direito, nesta matéria, não tem, assim, nada a ver com os conhecidos tabus associados à sexualidade humana mas, antes, com a evolução científica, clínica e social relativa à multiplicidade de questões no que concerne ao relacionamento interpessoal e sexualidade (muito particularmente ligados à violência e abuso), bem como com a evolução das perspetivas relacionadas com os direitos humanos, procurando-se garantir não apenas o direito à vida, à saúde e à honra/dignidade das pessoas mas, também, à sua liberdade e autodeterminação sexual.

A relevância criminal de certas práticas e/ou contactos sexuais concretos, resulta, portanto, e em primeiro lugar, do tipo de condutas criminalizadas em cada país. Mas de uma forma genérica, e independentemente das particularidades de cada lei penal, o que em geral justifica a criminalização de certos comportamentos de natureza sexual é, essencialmente: (a) a falta de consentimento para a prática sexual, pela pessoa objeto dessa prática, caso esta tenha capacidade para o dar, tratando-se assim de um ato forçado/violento; (b) a falta de consentimento “informado” (sem erros de vício) para a prática sexual, sendo o consentimento dado com base em pressupostos errados, podendo neste caso constituir um ato fraudulento; (c) o abuso de pessoa incapaz de dar qualquer tipo de consentimento, em razão da idade ou das suas condições de saúde físicas e/ou mentais.

Existem, contudo, uma série de práticas cujos contornos legais se podem discutir, mas que não assumem, em regra, relevância criminal, como é o caso dos contactos sexuais: (a) entre indivíduos de menor idade, nas fases iniciais de descoberta da sexualidade; (b) entre indivíduos de menor idade, na sequência de relações de namoro, acontecendo por mútua vontade, independentemente da ausência legal de capacidade para prestar consentimento; (c) perpetrados por crianças ou adolescentes (em idade não conferente de responsabilidade criminal), mesmo que não consentidos pela pessoa alvo desses contactos. Esta “falta de relevância”, que aqui referimos, não impede que em muitos casos haja investigação criminal inicial, acompanhada da realização de perícias



médico-legais e forenses, sendo que questões legais, de outra natureza, também podem estar em causa.

Apesar dos crimes sexuais se apresentarem como um flagelo na atualidade, parecendo quase sugerir que, ao contrário do expectável, a sua repressão judicial não tem contribuído para o seu decréscimo, a verdade é que o aumento dos casos estará, antes, relacionado com a sua maior visibilidade, resultado do maior interesse e atenção conferido pela sociedade, pelos media, pelas associações, pelas instituições e pelos Estados, a estes casos. Ainda assim, é sabido que nem todos os casos considerados inicialmente como “crime”, terminam em condenação, isto porque, por um lado, tal como acontece em Portugal, muitas agressões sexuais configuram um crime de natureza semipública, pelo que nem todas (mesmo que reveladas pelas vítimas), virão a constituir-se como crime se não denunciadas por esta ou pelo seu representante legal; por outro lado, também nem todas as alegadas práticas de agressão sexual irão ser consideradas crime pelo competente tribunal, em virtude de múltiplos aspetos, entre os quais releva a dificuldade na produção da prova (Jardim et al., 2011). E é certo que o conhecimento social quanto às baixas taxas de condenação nestes casos, gera por vezes algum descrédito no sistema judicial, podendo potenciar o silêncio de muitas vítimas, profissionais ou de outras testemunhas, face a estes casos (Jardim et al., 2011). Nessa medida, promover e melhorar a informação sobre este assunto, desmistificando a ideia da baixa eficácia do sistema de justiça nestes casos, poderá contribuir para melhorar as taxas de revelação e denúncia, permitindo que, se atempadamente feitas, haja uma maior capacidade de produção da prova médico-legal e forense.

De qualquer forma, todas as mudanças que se têm verificado, designadamente na criminalização de condutas sexuais que até há pouco não o eram, se têm revelado benéficas, não só por permitirem uma maior identificação entre as perceções sociais sobre o fenómeno e a administração da justiça, mas também pelo seu efeito como estratégia de suporte na prevenção de comportamentos lesivos das pessoas vítimas.

Importaria, ainda, acrescentar que os termos usados pelas diversas leis penais para designar os crimes sexuais (e.g., violação, abuso sexual) diferem frequentemente, em termos de designação e significado, entre os diferentes ordenamentos jurídicos, bem como dos utilizados pela comunidade científica. Este facto é prejudicial do ponto de vista epidemiológico (Pereda et al., 2009; WHO, 2003) e da comunicação entre os diversos profissionais implicados nesta problemática. Daí que na literatura científica relativa à violência sexual se comece a utilizar cada vez mais expressões como “contacto sexual”, fazendo-se referência ao facto de este não ser consentido, ser forçado, ou ser perpetrado mediante o uso de aliciamento, violência física, ameaças ou depois de colocada a vítima em condições de não ser capaz de reagir, bem como ao tipo de práticas concretas, descrevendo-as ao invés de as rotular (e.g., sem



contacto físico ou com contacto físico - como carícias sexualmente explícitas, contacto entre os órgãos sexuais, contacto oral com órgãos genitais, manobras masturbatórias ou penetração oral, vaginal ou anal) (Finkel, 2005).

3. Consequências das práticas sexuais abusivas para a saúde das vítimas

A abordagem genérica sobre questões relacionadas com comportamentos sexuais, designadamente quanto às suas repercussões legais, sociais e para a saúde das vítimas, é sempre complexa e arriscada, independentemente do âmbito da disciplina em que a mesma tenha lugar. Isto porque em causa podem estar situações muito diversas, que justifiquem não só o recurso a técnicas de intervenção específicas para cada caso, bem como a maior ou menor dificuldade na concretização de um diagnóstico e, consequente, na produção da prova pericial.

Quanto a essa diversidade de situações, refira-se, entre outros, o facto de se poder estar a trabalhar com: (a) vítimas de menor idade, jovens, adultas ou idosas; (b) vítimas do sexo feminino ou masculino; (c) vítimas com diferentes graus de vulnerabilidade, podendo-se tratar de pessoas com afetação grave da sua funcionalidade, designadamente com diversos graus de incapacidade intelectual; (d) alegados abusadores de menor ou de maior idade; (e) alegados abusadores de ambos os sexos (ainda que as abusadoras femininas sejam muito raras ou pelo menos com muito baixa visibilidade); (f) relacionamentos intra ou extrafamiliares (e nestes últimos, entre pessoas conhecidas ou desconhecidas); (g) práticas sexuais recentes ou não recentes; (h) práticas sexuais isoladas ou reiteradas (estas, com frequências variadas); (i) práticas sexuais sem contacto ou com contacto físico, podendo estas últimas variar muito quanto ao seu grau de intrusividade física (desde carícias com carácter sexual, a penetração de cavidades corporais); (j) práticas com diversos graus de intrusividade emocional ou psicológica.

Todos os aspetos atrás referidos, justificam que cada vez mais a questão dos comportamentos sexuais passíveis de configurar um crime e/ou um dano para a saúde de quem o sofre, seja tratada de acordo com as suas diferentes vertentes (e.g., recente ou não recente; contra crianças, adultos ou idosos; contra indivíduos do sexo feminino ou masculino; intra ou extrafamiliares; abuso físico, pornografia infantil, mutilação genital, etc.). Evita-se, com isto, generalizações que em certos aspetos podem não se aplicar a determinado tipo de casos.

De qualquer forma, e correndo o risco atrás exposto, diríamos que as consequências da vivência de um determinado facto dependem, desde logo, da circunstância de este ter sido vivenciado, ou não, como traumático, e



depois, de uma série de fatores que estarão sobretudo relacionados com: (a) a vulnerabilidade da vítima (devida à idade, a experiências abusivas prévias, a consumos, a patologias, ao isolamento familiar e social, entre outros), (b) o grau de proximidade afetiva com o alegado abusador; (c) o tipo e grau de intrusividade do contacto sexual, a sua frequência e circunstâncias (muito particularmente a existência de ameaças a si ou a terceiros); (d) a existência e qualidade do suporte familiar, comunitário e social; (e) a precocidade da deteção do caso e do início de medidas curativas e de reabilitação/reintegração.

A curto-prazo, as consequências físicas de um contacto sexual efetivo, geralmente mais frequentes nos casos extrafamiliares, podem ser (Jardim & Magalhães, 2010; Oral et al, 2011): (a) lesões (com ou sem sequelas orgânicas) na superfície corporal em geral, na cavidade oral ou na região ano-genital; (b) infeções sexualmente transmissíveis (IST); (c) gravidez (nos casos em que tal se aplica).

Quanto às consequências psicológicas, em geral mais severas nos casos intrafamiliares e nos mais jovens (Magalhães, 2005; Magalhães, 2010; Peixoto & Ribeiro, 2010), podemos destacar nas crianças: (a) perturbações funcionais: anorexia, bulimia, terrores noturnos, incontinência para a urina ou fezes, dores abdominais inexplicadas e recorrentes; (b) obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar; (c) pobre relacionamento com as outras crianças; (d) condutas sexualizadas: interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (traduzidos, por exemplo, pelo uso de linguagem específica e desapropriada para a idade), masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexualmente explícitas; (e) comportamentos agressivos. Nos adolescentes, podem-se identificar: (a) comportamentos aparentemente bizarros, como dormirem vestidos com roupa de dia, urinarem de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador os toque, destruição ou ocultação de sinais de feminilidade que possam ser atrativos; recusa para tomarem banho ou se despirem nos vestiários, recusa em ir à escola ou em voltar da escola para casa; (b) perturbações do foro sexual, como comportamentos autoeróticos extremos (e.g., masturbação em frente dos outros, interação sexual com os colegas, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos) ou repulsa em relação à sexualidade; (c) comportamentos desviantes como abuso de álcool e drogas, delinquência ou prostituição; (d) outras perturbações como depressão, automutilação, comportamento suicida ou fuga. Todas estas consequências descritas constituem, também, indicadores de abuso sexual mas, por si só, não permitem fazer o diagnóstico de abuso, dado nenhum deles ser patognomónico dessa prática.

Mas existem múltiplas outras consequências a longo-prazo, sobretudo para as crianças que vivem estas situações como experiências adversas, e que se podem manifestar na sua vida adulta, através de diversas patologias



(especialmente de foro psicossomático), do consumo excessivo de medicamentos ou de outras substâncias, de perturbações do comportamento (por vezes desviantes), de ideação/tentativa/consumação de suicídio, da baixa rentabilidade a nível de formação e laboral, das dificuldades nos relacionamentos e, mesmo, da mortalidade precoce (www.iowaaces360.org/). Note-se que estas situações podem ser ultrapassadas por quem as viveu de forma positiva, sendo que algumas vítimas podem não vir a apresentar estas consequências.

4. Requisitos e dificuldades na produção da prova médico-legal e forense

Como já atrás referido, a investigação criminal poderá não ter lugar em todos os casos passíveis de configurar um crime sexual, dado que nem todos os supostos crimes têm natureza pública. Mas naqueles em que esta intervenção se verifica, um passo de fulcral relevância é a produção da prova médico-legal e forense, dado tratar-se de situações que envolvem a perceção e apreciação de factos em que são necessários especiais conhecimentos técnico-científicos, que os julgadores não possuem. Esta prova deverá permitir aos magistrados fundamentar com segurança as suas decisões, na fase de inquérito e/ou de julgamento.

A possibilidade de produzir prova pericial depende de diversos fatores, entre os quais: (a) da informação prestada pela vítima, bem como por terceiros; (b) da natureza dos factos; (b) do tempo decorrido entre o alegado contacto sexual e o exame médico-forense.

Esta prova é em geral multidisciplinar e pode incluir uma entrevista forense, um exame médico forense, uma avaliação psicológica forense e a realização de exames complementares de diagnóstico (e.g., exames de genética e/ou toxicologia forenses, exames microbiológicos para despiste de IST, teste imunológico de gravidez).

Importante será ainda realçar que esta prova fica a depender muito da forma como a vítima for contactada pelo primeiro profissional que a aborda relativamente ao caso (e.g., polícia, educador, profissional de saúde) (Magalhães et al., 2011). Se a suspeita se revelar consistente, deverá esse profissional sinalizar e/ou denunciar o caso às autoridades competentes, de modo que a perícia médico-legal e forense ocorra o mais precocemente possível. Deverá, ainda, abster-se de fazer perguntas à vítima de cujas respostas não necessite no imediato, para não contaminar o seu relato, fornecendo informação sobre a preservação de eventuais vestígios, designadamente, e dependendo do tipo de práticas sexuais que possam estar em causa (Magalhães et al., 2013): (a) não comer, beber ou fumar; (b) não lavar a boca nem os dentes; (c) não tomar



banho nem lavar os órgãos genitais; (d) não lavar as mãos, não limpar nem cortar as unhas; (e) não se pentear; (f) não mudar de roupa e, se já o tiver feito, preservar a que usava à data da ocorrência (incluindo absorventes), se possível seca e em sacos de papel; (g) não urinar ou defecar e, caso o tenha de fazer, conservar esses produtos numa embalagem adequada (e.g., contentor limpo para exame bacteriológico de urina, com tampa); (h) não tocar no local onde decorreu a agressão, não limpar ou arrumar esse local, não esvaziar baldes do lixo nem puxar o autoclismo.

Em todo este processo é fundamental que os profissionais envolvidos sejam capazes de compreender as dificuldades da vítima na revelação e/ou apresentação de denúncia, bem como na interpretação e aceitação dos factos.

A adequação e a eficácia da atitude destes profissionais é fundamental, dela dependendo a forma como a vítima vai colaborar e participar no exame médico-legal e forense, bem como no processo judicial (Finkelhor et al., 2005).

4.1. Entrevista forense

Existem diversos aspetos que podem impossibilitar o diagnóstico de um contacto sexual, designadamente abusivo, apenas com base nos exames físico e laboratoriais, pelo que a entrevista forense desempenha um papel fundamental no diagnóstico destes casos, sendo que o relato da vítima pode constituir a única prova do crime (Peixoto et al., 2011). Este procedimento é especialmente relevante no caso de crianças e adolescentes, e deve ter lugar o mais rapidamente possível depois de colocada a suspeita.

Dada a delicadeza e complexidade da matéria em causa, esta entrevista deve ser conduzida por um profissional com formação técnica específica e acreditada em entrevista forense, e experiência demonstrada, de modo a que esta seja conclusiva e não haja risco de vitimização secundária; este deve seguir as normas internacionalmente reconhecidas nesta área (Peixoto et al., 2011).

A recolha de informação neste procedimento é influenciada por diversos fatores, nomeadamente: (a) período de tempo decorrido entre evento e a entrevista (quanto mais longo for mais prejudicada estará a obtenção de informação); (b) idade da vítima (no caso da criança, quanto mais nova for, maior dificuldade terá em distinguir factos); (c) tipo de questões utilizadas (e.g., perguntas abertas reduzem o risco de erro); (d) perguntas mal conduzidas ou sugestivas (Peixoto et al., 2011).

A entrevista é mais complexa no caso das crianças, pelo que o entrevistador deverá ser um profundo conhecedor das competências das crianças no que respeita ao uso e compreensão da linguagem, conforme os seus diferentes estádios de desenvolvimento; de igual modo, e tendo em conta que um dos objetivos da entrevista é facilitar a recolha de informação acerca de acontecimentos específicos, deverá ter especial atenção à memória, reconhecendo os seus mecanismos, as etapas do seu desenvolvimento, o modo



de reconstrução dos factos e o que a pode afetar, não esquecendo que a memória não funciona como uma simples gravação de vídeo - a chamada amnésia infantil não permite a lembrança, durante a infância tardia ou na idade adulta, de factos ocorridos anteriormente aos três anos de idade (Peixoto et al., 2011).

É também importante o conhecimento das dinâmicas do abuso sexual, tais como a existência de sentimentos de vergonha e de culpa, de segredo, de negação e de responsabilidade nas consequências da revelação, as quais influenciam o armazenamento e a descrição posterior dos factos; por isso, no caso das crianças, as confusões que possam existir no seu relato são compreensíveis e não indicativas de falta de credibilidade (Peixoto et al., 2011).

O entrevistador deve atender à sugestibilidade das crianças, a qual será contornada com base no conhecimento dos fatores passíveis de desencadear e o uso de técnicas de entrevista adequadas. Reconhece-se, atualmente, a natureza eminentemente social da sugestibilidade, podendo a pressão social, o encorajamento de descrições através de jogos e o reforço seletivo da memória, contribuir para a aumentar e para enfraquecer a capacidade das crianças fornecerem informação precisa sobre factos vividos (Peixoto et al., 2011).

Note-se que o impacto emocional do abuso sexual em crianças e adolescentes pode fazer com que estes não o revelem, mesmo a um entrevistador experiente, sendo comuns as falsas negações de abuso.

Por outro lado, o défice cognitivo constitui um desafio à obtenção de informação pelo entrevistador forense em situações de abuso sexual; além de ter de se focar em características cognitivas específicas daquela pessoa, o entrevistador tem, muitas vezes, de se socorrer de outras fontes informativas, como relatórios escolares ou de psicólogos clínicos. No entanto, é reconhecida a capacidade de reportar eventos traumáticos a pessoas com défices cognitivos, sendo que a maior dificuldade poderá resultar do próprio entrevistador: (a) da sua baixa expectativa face àquelas pessoas; (b) da falta de experiência com casos idênticos; (3) devido a estereótipos previamente assumidos (Cederborg & Lamb, 2008).

Muitos autores consideram que pode ser útil filmar a entrevista, dado que o material de vídeo é cada vez mais aceite como uma evidência auxiliar em casos legais, sendo que esta é a prática já usada nas entrevistas de crianças, pelo menos nos países que seguem o modelo do Child Advocacy Center (Huizar, 2011) ou das Children's Houses (Gudbrandsson, 2010), de modo a garantir que não mais haverá necessidade de repetir a entrevista (a qual fica totalmente registada em vídeo). Em Portugal (Carmo, 2010), esta solução não está legalmente prevista, havendo apenas o registo em áudio para memória futura, que acontece em geral muito tarde no processo, sendo que estes procedimentos deveriam, idealmente, constituir o mesmo e único momento de audição da vítima sobre os factos, a ter lugar o mais precocemente possível.



Neste âmbito, tão relevante para garantir a validade do relato (frequentemente a única prova), não o contaminando, e para evitar a vitimização secundária, muito há ainda a fazer.

4.2. Exame médico forense

Os objetivos de uma perícia médica forense por suspeita de contacto sexual abusivo são (Jardim & Magalhães, 2010): (a) identificar vestígios, lesões e/ou sequelas, e interpretá-los no contexto do alegado contacto; (b) obter amostras biológicas para estudos de criminalística biológica (pesquisa de ADN), de microbiologia (pesquisa de IST) ou de toxicologia, entre outros; (d) obter outras amostras não biológicas que possam ter utilidade em termos da investigação criminal. De facto, do contacto físico entre duas pessoas (neste caso, abusador e vítima) podem resultar lesões, além da transferência de material biológico e não biológico (entre vítima, agressor e local). No caso dos crimes sexuais, esta permuta pode-se dever apenas à agressão ou ao próprio ato sexual, podendo em qualquer das circunstâncias haver vestígios biológicos que assumem particular relevância na investigação criminal, por relacionar o agressor com o crime (Malsom et al., 2008), tais como: (a) material biológico subungueal, na vítima e/ou no abusador; (b) pelos ou cabelos, na vítima e/ou no abusador; (c) esperma, na roupa e/ou corpo da vítima; (d) exsudados vaginais, ou outros, no corpo e/ou roupa do abusador; (e) material biológico de outra natureza, como sangue ou saliva (e.g., nas marcas de mordedura). No entanto, para a concretização efetiva destes objetivos é necessário que a perícia seja realizada o mais próximo possível da data do contacto sexual, tendo em vista evitar a destruição e contaminação de vestígios, bem como a cicatrização das lesões.

Assim, a grande expectativa nestes exames recai na possibilidade de produção de prova material (lesões e/ou vestígios físicos e/ou biológicos) do contacto sexual, a qual, no entanto, é frequentemente negativa (Heger et al., 2002; Finkel, 2005; Magalhães et al, 2009). Acresce que, mesmo na presença de lesões, estas são frequentemente inespecíficas, não contribuindo substancialmente para o diagnóstico definitivo do contacto sexual (Jardim & Magalhães, 2010).

Os vestígios biológicos, dado permitirem provar o contacto e identificar o suspeito através de estudos de ADN, são aqueles que têm revelado ter maior valor em sede de julgamento. No entanto, mesmo nos poucos casos em que possam existir, são, pela sua fragilidade, difíceis de demonstrar. A sua negatividade resulta, em geral: (a) da tardia revelação ou denúncia dos casos - frequentemente o período entre a ocorrência e o exame médico forense é superior a 72 horas, dado que a revelação é tardia (sobretudo nas situações intrafamiliares), o que torna difícil, se não impossível, a colheita de material biológico (Magalhães et al, 2009); (b) da destruição dos vestígios pelas vítimas



ou agressores (e.g., por lavagem) (Jardim & Magalhães, 2010); (c) do facto de grande parte das práticas de cariz sexual não deixarem evidências, dado que (Jardim & Magalhães, 2010): a cicatrização das lesões anogenitais é rápida e muitas vezes total (podendo não ser identificáveis quando a vítima é submetida a perícia médico forense alguns dias depois da agressão); a grande maioria dos contactos sexuais não é fisicamente intrusiva, principalmente nas crianças; a ejaculação acontece, muitas vezes, fora das cavidades naturais ou com uso de preservativo; no caso de adolescentes e adultos a penetração não causa, necessariamente, lesões, em virtude da elasticidade dos tecidos, do uso de lubrificantes e da pouca resistência apresentada por parte das vítimas, devido a paralisação pelo medo ou para abreviar um contacto forçado, que não desejam.

No entanto, o facto de estes casos não apresentarem vestígios ou lesões/sequelas, não permite, por si só, excluir a hipótese de contacto sexual (Heger et al, 2002). Por outro lado, apesar da elevada frequência de situações em que não existem vestígios ou lesões, e apesar da frequente inespecificidade destas últimas, pelo menos uma parte das vítimas apresentará indicadores sugestivos ou mesmo diagnósticos, daí que o exame médico forense deva ser efetuado em todas as vítimas em que haja suspeita de contacto sexual abusivo (Heger et al, 2002; Jardim & Magalhães, 2010). Além disso, este exame reveste-se de particular importância tendo em conta que nem sempre é possível obter um testemunho válido por parte da vítima (sobretudo em virtude da idade ou de alguma perturbação cognitiva) ou de terceiros, sendo a interpretação das lesões e restantes vestígios um elemento fundamental para a investigação criminal (Pillai, 2008).

Há que ser prudente com o diagnóstico de contacto sexual, tendo apenas em conta a existência de vestígios e/ou lesões/sequelas, uma vez que num elevado número de casos, como já referido, os exames são negativos ou os achados são inespecíficos, o que não significa que esta não possa ter acontecido. Daí a relevância da realização de perícias multidisciplinares, como aqui se descreve

A avaliação médica forense compreende a (Magalhães & Vieira, 2013): (a) obtenção do consentimento informado para a realização do exame, sendo que mesmo após obtido o consentimento, e durante o exame, a vítima deverá ser novamente informada sobre cada um dos procedimentos, per si, avisando-se quando, como, onde e com que instrumentos irá ser tocada, aguardando-se que dê a sua permissão e deixando claro que poderá interromper o exame em qualquer ocasião, se necessário, podendo recusar todo ou algumas partes do mesmo; (b) colheita da história forense (deve-se privilegiar a obtenção de informação já recolhida por outros profissionais, para evitar a repetição de perguntas e, conseqüentemente, a vitimização secundária; a abordagem deve ser limitada ao estritamente necessário, seguindo as normas da entrevista



forense (Ribeiro & Magalhães, 2007; Peixoto et al., 2010), para não contaminar os relatos; (c) colheita de vestígios e de amostras de referência, e exame físico; (d) colheita de amostras biológicas para pesquisas laboratoriais de tóxicos, de IST ou de gravidez, entre outras.

4.3. Exame de psicologia forense

A avaliação psicológica forense constitui um procedimento distinto da entrevista forense. Uma vez que, como referido, a maior parte dos casos de contacto sexual, mesmo que não consentido, não apresenta lesões ou vestígios que permitam provar inequivocamente esse contacto e identificar o suspeito, pelo menos nos casos em que as vítimas são crianças e adolescentes esta avaliação psicológica deveria ser sistematicamente realizada na sequência do exame médico forense, pois é de fundamental interesse para apoiar o diagnóstico de abuso, muito particularmente nos casos intrafamiliares. Este exame permite avaliar o desenvolvimento psicológico geral da vítima e valorar uma série de sintomas e alterações comportamentais que podem constituir indicador importante de abuso sexual, bem como as dinâmicas psicológicas geralmente associadas a estes casos; permite, ainda, analisar a capacidade de testemunhar da vítima (credibilidade do testemunho), tantas vezes posta em causa no caso das crianças e de pessoas com incapacidade intelectual (Ribeiro & Peixoto, 2013).

A metodologia da avaliação psicológica forense encontra-se muito bem documentada na literatura (Magalhães & Ribeiro, 2007). Além de uma entrevista inicial com cuidadores ou outras pessoas de referência que acompanhem a vítima, e que sejam detentores de informação relevante sobre o caso, importa analisar toda a informação documental disponível (e.g., registos clínicos, registos escolares ou de associações de apoio a vítimas). Só depois de recolhidos todos os elementos possíveis, terá início a entrevista, tendo em vista dar resposta aos aspetos acima mencionados, podendo ser complementada por uma avaliação psicométrica.

5. Considerações finais

A criminalização de certos comportamentos sexuais tem-se mostrado relevante no sentido de promover a proteção e reabilitação da vítima e de prevenir novos abusos perpetrados por determinado abusador sexual. A decisão quanto aos comportamentos a criminalizar deve acompanhar a evolução social e científica nesta matéria. No entanto, nenhuma lei penal, por melhor que seja, irá surtir o desejado efeito se os profissionais implicados não atuarem de forma articulada, cooperando entre si, sempre no respeito pelo papel e competências de cada um, e tendo como objetivo o melhor interesse e a proteção da vítima

(Magalhães, 2005). Para isso, além de outros aspetos, devem conhecer: (a) as técnicas de abordagem das vítimas deste tipo de abuso, de forma a contribuir para a preservação dos relatos e evitar a vitimização secundária; (b) os fatores de risco e indicadores físicos e psicológicos, o que os tornará mais capazes para detetarem os casos; (c) o modo de funcionamento da rede de profissionais que em cada comunidade intervém nestas situações; (d) as normas quanto à orientação das vítimas do ponto de vista terapêutico, médico-legal, social e legal; (e) os específicos contextos legais em que se inserem estes casos.

Na investigação de um alegado contacto sexual abusivo, a atuação multidisciplinar, célere e eficiente, é fundamental para a eficácia do resultado final. Desde logo, a falha na deteção dos casos, sobretudo nas situações suscetíveis de configurarem um abuso sexual, impedindo a sua sinalização e/ou denúncia, pode significar a sua perpetuação, com graves consequências físicas e psicológicas para a vítima, bem como a impossibilidade de se vir a provar o crime devido à perda dos vestígios (Magalhães et al., 2013).

Após a sinalização e/ou denúncia, um correto e atempado diagnóstico médico-legal e forense do caso permitirá a tomada das medidas adequadas (terapêuticas, de proteção e/ou de investigação criminal), pelo que este tipo de avaliações, que devem ser únicas, são sempre consideradas de caráter urgente, quer seja o exame físico com colheita de eventuais vestígios e fotodocumentação, quer seja a entrevista forense. Nesta medida, o estabelecimento guidelines e protocolos para uma atuação multidisciplinar concertada das diversas entidades intervenientes permitirá a uma maior segurança e eficácia nas decisões quanto à proteção/reabilitação da vítima e família, e investigação criminal (Magalhães et al., 2013).

Referências bibliográficas

- Carmo, R. (2010). A Justiça e o abuso de crianças e jovens. Um caminho em constante construção. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico* (pp.189-204). Lisboa, Lidel.
- Cederborg, A.C., & Lamb, M. (2008). Interviewing alleged victims with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 52 (Pt1), 49-58.
- Dias, I., Ribeiro C., & Magalhães, T. (2010). A construção social do abuso na infância. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico* (pp.7-22). Lisboa, Lidel.
- Finkel M.A. (2005). Sexual abuse: the medical examination. In A.P. Giardino, R. Alexander (Ed), *Child maltreatment. A clinical guide and reference*, 3rd ed. (pp. 253-289). St. Louis. GW Medical.
- Finkelhor, D., Cross, T.p., & Cantor, E.N. (2005). *The Justice System for*



- Juvenile Victims: A Comprehensive Model of Case Flow. *Trauma, Violence & Abuse*, 6 (2), 83-102.
- Gudbrandsson, B. (2010). Towards a child-friendly justice and support for child victims of sexual abuse. In: *Protecting Children from Sexual Violence: A Comprehensive Approach*, Council of Europe, pp. 85-96.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26, 645-65.
- Huizar, T. (2011). Children's Advocacy Centers. In T. Magalhães (Ed.), In T. Magalhães (Ed.), *Abuse & Neglect Series. (1) To improve the Management of Child Abuse and Neglect* (pp.49-88). Maia, SPECAN.
- Jardim, P., & Magalhães, T. (2010). Indicadores físicos e biológicos de abuso sexual. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico* (pp.110-118). Lisboa, Lidel.
- Jardim, P., Matos, E., & Magalhães, T. (2011). O impacto da perícia médico-legal na decisão judicial nos casos de abuso sexual de crianças. Estudo preliminar. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 22:23-54.
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático para profissionais*. Coimbra, 4ª Ed.). Coimbra, Quarteto.
- Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso. Respostas simples para questões complexas*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Magalhães, T., & Ribeiro, C. (2007). A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 439-445.
- Magalhães, T., Jardim, P., Rodrigues, F. (2013). Agressão sexual: A intervenção médico-legal e forense. In A.I. Sani & S. Caridade (Eds.), *Violência, agressão e vitimação: práticas para a intervenção* (pp. 251-272). Coimbra, Almedina.
- Magalhães, T., Ribeiro, C.S., Jardim, P., & Vieira, D.N. (2011). Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 339-48.
- Magalhães, T., Taveira, F., Jardim, P., Santos, L., Matos, E., & Santos, A. (2009). Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 455-459.
- Magalhães, T., Vieira, D.N., Eds. (2013). *Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada*. Abuso & Negligência, Série n.2, Maia, SPECAN.
- Malsom, S., Flanagan, N., Mcalister, C., & Dixon, L. (2008). The prevalence of mixed DNA profiles in fingernail samples taken from couples who co-habit using autosomal and Y-STRs. *Forensic Sci Int*, Genetics Journal homepage: www.elsevier.com/locate/bsig

- Oral, R., Jardim, P., & Magalhães, T. (2011). Sexually transmitted infections in child sexual abuse/assault: diagnosis, forensic significance, and treatment. In T. Magalhães (Ed.), *Abuse & Neglect Series. (1) To improve the Management of Child Abuse and Neglect* (pp.161-174). Maia, SPECAN.
- Peixoto, C., & Ribeiro, C. (2010). Indicadores psicológicos de abuso. In T. Magalhães (Ed.), *Abuso de crianças e jovens. Da suspeita ao diagnóstico* (pp. 39-50). Lisboa, Lidel.
- Peixoto, C., Ribeiro, C. & Lamb, M. (2011). Forensic Interview Protocol in Child Sexual Abuse. Why and what for. In T. Magalhães (Ed.), *Abuse & Neglect Series. (1) To improve the Management of Child Abuse and Neglect* (pp.133-160). Maia, SPECAN.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29:328-338.
- Pillai, M. (2008). Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 21, 177-185.
- Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2013). Avaliação psicológica forense de crianças alegadamente vítimas de abuso. In T. Magalhães & D.N. Vieira (Eds), *Agressões sexuais. Intervenção pericial integrada. Abuso & Negligência, Série n.2*, (pp.103-119). Maia, SPECAN.
- WHO - World Health Organization (Ed.). (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*.
- www.iowaaces360.org/